



Salud pública

y enfermería
comunitaria

María Susana González Velázquez
Silvia Crespo Knopfler



Manual Moderno®



Salud pública y enfermería comunitaria



Salud pública y enfermería comunitaria

Dra. María Susana González Velázquez

Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Maestría en Investigación Educativa.

Doctora en Educación.

Miembro de la Línea Evaluación de Instituciones Educativas.

Profesora Tiempo Completo Titular “B” Definitivo,

Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza,

Universidad Nacional Autónoma de México.

Dra. Silvia Crespo Knopfler

Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Maestría en Investigación Educativa.

Doctora en Educación.

Responsable de la Línea de Investigación Evaluación de Instituciones Educativas.

Profesora Tiempo Completo, Titular “B” definitivo,

Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza,

Universidad Nacional Autónoma de México.

Editor responsable

M. en C. María Teresa Hernández Martínez

Editorial El manual Moderno



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

IMPORTANTE

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguro que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o farmacoterapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 Ciudad de México, México

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Salud pública y enfermería comunitaria

D.R. © 2018 Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Av. Guelatao No 66, Iztapalapa, Col. Ejército de Oriente, 09230, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-30-0195-3 (versión electrónica)

Fecha de edición: 15 de mayo de 2018

En coedición con:

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-687-2 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto
Novedades
Distribuciones y más
www.manualmoderno.com

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo/Asociada:
Mtra. Vanessa Berenice Torres Rodríguez

Diseño de portada:
DG. José Arturo Castro García





E.E.S.P. Blanca Adriana Casasola Cerna

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Salud Pública. Profesora
Asignatura A Carrera de
Enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, Universidad Nacional
Autónoma de México.

Capítulo: 5

Mtra. Belinda De La Peña León

Licenciada en Enfermería. Maestra en Educación. Miembro de la Línea Evaluación de
Instituciones Educativas.
Técnico Académico Titular B. Carrera de Enfermería Facultad de Estudios Superiores de
Zaragoza,
Universidad Nacional Autónoma de México.

Capítulos: 2, 6

E.E.S.P. Leticia Jinez Ramos

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Salud Pública. Profesora
Asignatura A, Carrera de
Enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, Universidad Nacional
Autónoma de México.

Capítulo: 7

E.E.S.P. Blanca Estela Marín De La Cruz

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Salud Pública. Profesora
Asignatura A, Carrera de
Enfermería, Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, Universidad Nacional
Autónoma de México.

Capítulos: 3, 6, Instrumento A, B

Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Enfermería. Doctora en Ciencias de
Enfermería. Línea de
cuidado familiar y cuidadores. Candidata al Sistema Nacional de Investigadores.
Profesora Tiempo Completo
Titular “A” definitivo. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad
Nacional Autónoma de México.

Capítulo: 4

Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Modificación de la Conducta.
Doctora en Salud Pública.

Profesora Tiempo Completo, Titular “A” Definitivo. Miembro del Sistema Nacional de
Investigadores Nivel I,
División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala,
Universidad
Nacional Autónoma de México.
Capítulo: 4



Prefacio

Mejorar la salud de la población es la meta de la Secretaría de Salud en México, para ello, en los últimos años, los debates de política acerca de cómo alcanzar esta meta se han ampliado para incluir el tema de las funciones esenciales de salud pública o los servicios esenciales de salud pública como los cimientos que permitirán alcanzar metas concretas.

El aporte que enfermería en salud pública hace es exclusivo de su perfil profesional. No puede sustituirse por ningún otro participante del equipo de salud debido a la especificidad de sus competencias, indispensables para poner en marcha cualquier programa de salud, detección temprana de enfermedades, así como el uso de herramientas y modelos propios de la enfermería para el control de padecimientos.

El presente libro trata de temas que las autoras consideran de gran importancia en el trabajo que la enfermera realiza en la comunidad, y tiene el propósito de servir de guía para los profesionales de la salud y los estudiantes de enfermería, los cuales, en su plan de estudios abordan temas de salud pública y que desafortunadamente muchas veces no existe una bibliografía que contengan temas tan específicos que les permita realizar una integración teórica en la práctica comunitaria.

El libro está conformado en dos apartados. El primero revisa aspectos conceptuales y está integrado por siete capítulos, los cuales se describen de manera general a continuación:

- El capítulo 1 aborda los antecedentes de la enfermería y salud pública en México, así como el perfil de la enfermera en salud pública.
- En el capítulo 2 se detallan aspectos conceptuales de la atención primaria, sus componentes programáticos y cuáles son las funciones de la enfermería.
- En el capítulo 3 se aborda el concepto de comunidad, los tipos, así como cuáles son los conocimientos y habilidades que necesita la enfermera para realizar el trabajo comunitario, y aspectos importantes como el estudio de comunidad y el diagnóstico de salud.
- El capítulo 4 trata sobre enfermería, el cuidado de la familia, la composición familiar y axiología para el cuidado de los familiares.
- En el capítulo 5 se revisa la importancia del proceso de comunicación terapéutica y la participación de enfermería, así como las repercusiones en la atención a la salud.
- En el capítulo 6 se aborda un tema que ha cobrado gran importancia en los últimos años; la participación del cuidador primario en el cuidado de su familiar, los problemas de salud que puede presentar y cuál es el papel de enfermería.
- En el capítulo 7 se expone un tema de suma importancia y que desafortunadamente no se le ha dado la trascendencia en la formación de los alumnos, y se refiere a la

normatividad para los procesos de salud pública y la participación de enfermería en los mismos.

El segundo apartado del libro se ha denominado Instrumentos comunitarios, los cuales tienen un papel fundamental para el trabajo de la enfermera.

El instrumento A expone el estudio de cartografía, objetivos, usos y elaboración de un croquis, la simbología que se utiliza y cuáles son las principales fuentes de información.

El instrumento B hace referencia a la visita domiciliaria, que juega un papel fundamental en el trabajo de la enfermera, se revisa concepto, objetivos, tipos de visita y la planificación de la misma.

El instrumento C muestra otro punto importante en el trabajo comunitario de la enfermera; la entrevista, cuál es su objetivo, qué características debe de tener el entrevistador y los pasos a seguir durante la misma.

El instrumento D expone el tema del puesto de vacunación, sus generalidades, la clasificación y procedimiento para la instalación de éste.

Esperamos que el presente libro sea de gran utilidad para los estudiantes de enfermería en los diferentes niveles de formación, les ayude en su trabajo comunitario, y que de igual forma les permita entender la importancia de enfermería en el mismo.

Dra. María Susana González Velázquez
Dra. Silvia Crespo Knopfler



Prólogo

Es de celebrar el gran acierto que las autoras han tenido en darle expresión y visibilidad a la Enfermería en Salud Pública para proyectar a través de ésta obra los saberes y conocimientos indispensables para entender y comprender de una manera didáctica el hacer cotidiano de la enfermería dedicada a la Atención Primaria, y más aún cuando son justificadas de forma elegante y precisa las bases conceptuales que brindan el soporte para la enseñanza y formación de recursos humanos en enfermería.

La Organización Mundial de la Salud desde el año 2014, se ha pronunciado a través de una de sus directrices hacia una Cobertura Sanitaria Universal, lo que implica la reestructuración del modelo actual en cuestión de salud, propiciando volver la mirada hacia al trabajo de enfermería como líder en la Salud Pública para la implementación de estrategias que den respuesta a las necesidades de salud de una sociedad compleja y en transición en diferentes aspectos como el político y el económico que se reflejan en los servicios de salud que tienen como reto el garantizar el acceso y equidad desde lo individual hasta el colectivo.

El libro está conformado por dos apartados; el primero está integrado por siete capítulos, en el primer capítulo se abordan aspectos conceptuales y antecedentes de la enfermería. El capítulo 2, conceptualiza a la atención primaria, sus componentes y las funciones que servirán de base para analizar a la comunidad y sus tipos, así como los conocimientos y habilidades que requiere el profesional para realizar su intervención con base al estudio de comunidad y el diagnóstico de salud; contenidos que se desarrollan con claridad en el tercer capítulo.

El capítulo 4, trata sobre enfermería y el cuidado a la familia, la composición familiar, axiología para el cuidado de las familias, para posteriormente revisar la temática incluida en el capítulo 5, sobre la importancia del proceso de comunicación terapéutica y la participación de enfermería, así como repercusiones en la atención a la salud.

Otro aspecto relevante que es contemplado en el capítulo 6, el papel del cuidador primario en el cuidado de su familiar, ya que la transición demográfica y las diferentes composiciones y estructuras familiares han ocasionado el incremento de la participación de esta figura, llevándolos a desarrollar la mayoría de las veces diferentes problemas de salud, por lo que es necesario conocer cuál es la función de enfermería para atender a éste grupo y ofrecerle opciones que mejoren su proceso como cuidadores.

Para coronar esta primera parte del libro en forma de cierre e integrando los aspectos teóricos y el hacer de enfermería en salud pública; en el capítulo 7, se aborda un tema de suma importancia referente a la normatividad para los procesos de salud pública y la participación de enfermería en los mismos, que ofrecerá al lector, los elementos derivados de un marco legal para el ejercicio profesional.

En el segundo apartado del libro que consta de cuatro instrumentos, las autoras muestran la expresión tácita del hacer de la enfermería en salud pública a través de diversos instrumentos comunitarios como el estudio de cartografía o la elaboración de croquis, a su vez, hace referencia a elementos metodológicos como la visita domiciliaria y la entrevista, culminando con el tema del puesto de vacunación, sus generalidades, la clasificación y procedimiento para la instalación del mismo.

Sin duda alguna, el libro ofrece a través de su bien estructurada organización de los capítulos que lo conforman, una manera práctica y sustantiva de entender y comprender los saberes y actividades fundamentales de la enfermería en salud pública. Es una propuesta que verterá de significados a estudiantes y profesionales de enfermería.

Juan Gabriel Rivas Espinosa



Agradecimientos

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez
Director de la FES Zaragoza, UNAM
por su apoyo para la culminación de este libro.

A la Maestra Catalina Armendáriz Beltrán
por su ardua contribución durante el proceso y culminación de la obra.

Un especial agradecimiento y reconocimiento a las coautoras
por su trabajo, el cual ha sido arduo, por compartir su experiencia,
por el trabajo en equipo y con el único propósito de que estudiantes y
profesionales de enfermería tengan una herramienta para su trabajo comunitario.
¡Muchas gracias!



[Colaboradoras](#)

[Prefacio](#)

[Prólogo](#)

[Agradecimientos](#)

[Capítulo 1. Enfermería y salud pública](#)

María Susana González Velázquez, Silvia Crespo Knopfler

[Capítulo 2. Atención primaria y enfermería](#)

Belinda de la Peña León

[Capítulo 3. Comunidad y enfermería](#)

María Susana González Velázquez, Blanca Estela Marín de la Cruz, Silvia Crespo Knopfler

[Capítulo 4. Enfermería y el cuidado a la familia: perspectivas para su desarrollo](#)

Rosa María Ostiguín Meléndez, Diana Cecilia Tapia Pancardo

[Capítulo 5. Proceso de comunicación terapéutica](#)

Blanca Adriana Casasola Cerna

[Capítulo 6. Cuidador primario y enfermería](#)

María Susana González Velázquez, Blanca Estela Marín de la Cruz, Belinda de la Peña León

[Capítulo 7. Normatividad para los procesos de salud pública](#)

Leticia Jinez Ramos

[Instrumentos comunitarios](#)

[A Cartografía](#)

Blanca Estela Marín de la Cruz

[B Visita domiciliaria](#)

Blanca Estela Marín de la Cruz, María Susana González Velázquez

[C La entrevista](#)

María Susana González Velázquez

[D Puesto de vacunación](#)

María Susana González Velázquez



1 Enfermería y salud pública

María Susana González Velázquez, Silvia Crespo Knopfler

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública es la ciencia que protege y mejora la salud de las comunidades a través de la educación, promoción de estilos de vida saludables, y la investigación para prevenir enfermedades y lesiones.

En este capítulo se revisan los antecedentes históricos de la salud pública y la enfermería en México, así como su impacto en la formación y el perfil de la enfermera en salud pública en tiempos específicos de la enfermería mexicana.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

En 1841, se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros¹ y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre las cuales destacan la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841).²

Se debe resaltar que algunas medidas de higiene pública existían desde épocas tan antiguas como la Colonia. La recolección de la basura, el entierro de los difuntos y las cañerías, dan cuenta de destellos de modernidad (traídos desde la España ilustrada). Estas medidas, en general, no eran completadas en su totalidad, debido a la falta de fondos o porque algunas eran encomendadas a civiles que debían correr con los gastos, es decir, se pretendía que se realizasen con fondos privados y contribuciones mediante una suerte de rifas. “Fue el Conde de Revillagigedo, quien ordenó el traslado de las basuras hacia fuera de las garitas,³ con el fin de mantener la limpieza en las calles y así fomentar las buenas costumbres, aunque esta medida tuvo que ser cancelada por falta de fondos”; cabe señalar que se tenía la idea de mantener la higiene, aunque no fuera así en su totalidad.

Durante la década de los años veinte se introdujeron los sistemas y prácticas sanitarias modernas en México, además de señalar a la medicina estadounidense como la principal influencia durante esa época.⁴

En México, en el área de la salud, la presidencia de Porfirio Díaz fue adversa para los mexicanos, debido a una población diezmada por la mortalidad. El 77% estaba constituida por peones-jornaleros; el 14% eran obreros; existían bajos salarios, jornadas de trabajos que en promedio duraban 13 horas; la alimentación era monótona e insuficiente y consistía básicamente en frijoles, chile, gordas de maíz y se acompañaba de una gran cantidad de bebida (sobre todo pulque). Aunado a esto, la higiene era pésima, los peones no disfrutaban de agua entubada, baños y drenaje. No se ofrecían condiciones propicias para mejorar la salud de la población, ya que el reparto desigual de la riqueza hacía a la mayoría de la gente, y ante todo, a las personas en situación de pobreza, carecer de servicios médicos. La medicina organizada, aunque participaba en las tareas sanitarias, lo hacía de manera esporádica, sin preocuparse por la salud de las masas. Las clases dominantes justificaban su indiferencia hacia la enfermedad y la miseria dando a éstas como causas, la indolencia y la degeneración de la raza, y el gobierno estaba más deseoso de inyectar al país la savia vivificante de la inmigración extranjera, abandonando al proletariado.⁵

El presidente Lázaro Cárdenas asciende al poder ante un país caracterizado por la pobreza extrema de sus habitantes, producto de grandes desigualdades económicas, sociales y culturales, como resultado de un proceso histórico donde, si bien, se deben

colocar como piedras angulares para su determinación: la herencia socioeconómica del Porfiriato, los estragos de la lucha armada de la Revolución de 1910 y la crisis económica mundial de 1929. La decisión fue clara, "... dirigir la economía del país en el sentido de los intereses del mayor número de habitantes".

Durante la presidencia de Lázaro Cárdenas se constituyó un verdadero Modelo de Atención a la salud, caracterizado básicamente por:

- Rebasar la posición restaurativa, individual y biológica en la atención a la salud, para desarrollar aquella que esté centrada en la conservación de la misma, en una dimensión colectiva y social.
- Romper con la idea de depositar la responsabilidad de la atención a la salud en una profesión, incluso, en un sector, para contextualizarla en una dimensión multisectorial.

Dentro de este contexto multisectorial y centrándose en el sector obrero éste estaba representado en el Plan Sexenal por el Departamento de Salubridad Pública, al cual se le responsabilizaba de desarrollar: "...una acción sanitaria y en pro de la higiene, cuyos puntos principales consisten en la introducción de servicios públicos fundamentales para la vida de las colectividades,... y en combatir las causas de las endemias y epidemias, y de la mortalidad infantil,...".⁶

En el sexenio presidencial de Manuel Ávila Camacho (1940–1946) se realizó el primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia, en el que se analizaron todos los campos de la salud y se delinearon las principales normas, y políticas de ese sector, las que habrían de guiar el acontecer mexicano en el ámbito de la salud pública en los siguientes años.⁷

Para el año de 1960, el panorama del país era aún incierto, el dominio político de los latifundistas ya no existía, desaparecieron las tiendas de raya, y aunque la pobreza todavía agobiaba a campesinos, éstos ya no eran siervos, sino ciudadanos. En las ciudades, el cambio fue favorable, las leyes de trabajo impidieron la explotación de los trabajadores, la jornada de trabajo es la universalmente admitida; los descansos semanales y las vacaciones son obligatorias, las prestaciones médicas forzosas, y la ley obliga a los patrones a dar justa indemnización al trabajador en caso de accidente o de enfermedad profesional.

El éxito de las grandes campañas sanitarias y la inminente erradicación del paludismo, de la oncocercosis, del mal del pinto y de la lepra, permitieron construir uno de los más preciados galardones para los gobiernos revolucionarios, aunque todavía quedaba en pie resolver los problemas de la atención médica en relación con los padecimientos cardiovasculares, mentales y tumorales. Los campesinos y los jornaleros no sufrieron más los horrores de la viruela, tampoco fueron diezmados por el tifo ni vieron a sus hijos morir presa de las infecciones intestinales, pero frente a ellos se estableció un panorama de desnutrición y de miseria, contra las cuales no sirvió de nada el saneamiento del medio, el agua, los sueros y las vacunas.⁸

Aunque por separado, las diversas actividades de salud pública en los diferentes gobiernos tienen una larga historia. La organización de los departamentos de salud por jurisdicciones gubernamentales (ciudades, condados, distritos, naciones); empezó en el

siglo XIX y se centraba inicialmente en el saneamiento. Al comienzo, se prestó atención, sobre todo al abastecimiento de agua potable y a la eliminación inocua de desechos humanos y de otro tipo, en particular en los medios urbanos. A la postre, se emprendieron iniciativas para el control de las enfermedades transmisibles por otros medios, tal como la tuberculosis. A medida que se ha avanzado en el conocimiento de los factores determinantes de la salud y de las causas de enfermedad, se han ampliado los esfuerzos en materia de salud pública.⁹

El interés en el desarrollo de niños sanos se ha traducido en programas de nutrición materna infantil, de vacunación y de seguridad del niño. Los programas de seguridad y salud ocupacional se han introducido en una amplia gama de lugares de trabajo. Entre las esferas que recientemente han suscitado interés se encuentran: prevención del cáncer asociado al consumo del tabaco, promoción de la salud mental y reducción de la violencia, y el suicidio. La prestación de servicios clínicos a quienes padecen enfermedades concretas tiene mayores probabilidades de asociarse con la salud pública cuando hay pocos servicios de atención médica personal en la comunidad.

La salud pública también colabora de manera activa en caso de desastres naturales o causados por el hombre y vela para que la exposición al riesgo sea limitada y los servicios básicos de salud pública se restauren lo más rápido posible.¹⁰

CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

El campo de actuación de la salud pública integra al campo de la salud en general y abarca todos sus componentes desde la perspectiva de salud de la población. Las funciones de la salud pública tienen lugar dentro del ámbito más amplio de las actuaciones en salud, por lo que el análisis del concepto de salud pública no puede completarse, sino en el contexto de y frente a los conceptos de sistema de salud, atención de la misma y asistencia médica, con los que está intrínsecamente relacionados. Entendiendo que el sistema de salud tiene como finalidad fundamental producir salud para las personas, en especial para la población en su conjunto.

La Organización Panamericana de la Salud, en el libro *la Salud Pública en las Américas*, define a la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.¹¹

A principios del siglo XX, Winslow definió la salud pública como la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la buena salud física, por medio de los esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento ambiental, el control de las infecciones de la comunidad, la instrucción personal en los principios de la higiene individual, la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y la prevención de enfermedades, así como el desarrollo de la maquinaria social, con la cual se asegure a cada persona un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.¹²

En un concepto más reciente, Piédrola Gil simplifica la definición de Winslow: “La salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad”.¹³

En la actualidad, el objetivo de la salud pública es el de mejorar la salud y el bienestar de la población de los ministerios o secretarías de salud en la mayoría de las naciones. Las acciones de salud pública inciden sobre las determinantes sociales que condicionan el nivel de salud, sobre la prevención de epidemias y el control de enfermedades; sobre la protección contra riesgos ambientales, la prevención de daños a la salud, la promoción y fomento de comportamientos saludables, la respuesta organizada y oportuna a los desastres, y la garantía de calidad y accesibilidad a los servicios públicos de salud.¹⁴

El instituto de medicina de EUA definió a la salud pública como la serie de acciones que se ponen en marcha para cumplir el mandato que dicta la sociedad, con el fin de asegurar las condiciones de vida que favorezcan el desarrollo pleno y sano de todos sus miembros.¹⁵

Por otra parte, en México, Frenk¹⁶ menciona que la esencia de la salud pública moderna consiste en adoptar una perspectiva basada en grupos humanos o poblaciones lo cual, inspira sus dos vertientes, una como campo de encuentro de diversas disciplinas y áreas

del conocimiento, y otra como un ámbito de acción para maximizar la salud de las colectividades. En la salud pública coinciden las ciencias médicas y veterinarias, la administración, la estadística, la epidemiología, la bioética, la sociología, las ciencias del comportamiento y la economía en una intersección con la salud de las colectividades. Sus acciones buscan incidir sobre las determinantes sociales y económicas del proceso salud-enfermedad; promover la equidad en salud; ser participativas, incluyentes e intersectoriales en su diseño, operación y acción. La salud pública se ha convertido en un elemento central de las iniciativas que impulsan los gobiernos para mejorar el bienestar y el desarrollo de las comunidades.

Bajo esta perspectiva, la salud pública moderna logra sus objetivos a través de tres grandes acciones:

1. Evaluando y vigilando indicadores de salud de las comunidades, y poblaciones para identificar problemas y prioridades de intervención.
2. Formulando políticas públicas en colaboración con líderes comunitarios y gubernamentales, con el fin de resolver los problemas de salud identificados.
3. Asegurando acceso a una atención médica apropiada y costo-eficaz, que incluya servicios y acciones para promover la salud y prevenir enfermedades para todos los miembros de la sociedad.

Como puede apreciarse, tener un solo concepto de salud pública no sería adecuado, ya que implica un abordaje interdisciplinario con el único objetivo de incidir en la salud de las comunidades.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud utilizó la técnica de investigación Delfos para identificar las funciones esenciales, es decir, las que previenen las epidemias y la propagación de las enfermedades, las que protegen a la población contra los riesgos ambientales, las que advierten lesiones, promueven el comportamiento favorable a la salud y dan respuesta a los desastres. Las categorías clave de las funciones esenciales que se consideraron necesarias para cumplir con esta norma son:

- Vigilancia de la situación sanitaria (morbilidad y mortalidad, factores determinantes de la salud, y eficiencia de las funciones de salud pública).
- Protección del medio ambiente (agua potable, calidad e inocuidad de los alimentos, dotación de drenajes, alcantarillado y eliminación de desechos, control de sustancias peligrosas).
- Promoción de la salud (participación de la comunidad en la salud, información y educación para la salud y mejoramiento de la calidad de vida).
- Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles (vacunación, control de epidemias, vigilancia de enfermedades).
- Legislación y regulación en salud pública.
- Salud ocupacional.
- Servicios de salud pública (salud escolar, servicios de emergencia en casos de desastres, servicios de laboratorio).
- Gestión en salud pública (política sanitaria, planificación y gestión, utilización de pruebas científicas, investigación, colaboración internacional).

- Atención sanitaria a las poblaciones vulnerables y de alto riesgo (atención de salud materna, planificación familiar, atención al niño y al recién nacido).¹⁷

ANTECEDENTES DE LA ENFERMERA EN SALUD PÚBLICA

Las enfermeras salubristas ya formaban parte del equipo de salud pública a comienzos del siglo XX. Se atribuye a Lillian Wald haber acuñado el término “enfermera sanitarista” como una descripción de las enfermeras que trabajaban para promover la salud y prevenir las enfermedades en grandes concentraciones de inmigrantes pobres en la ciudad de Nueva York. Poco tiempo después, las publicaciones que mencionaban a las enfermeras como parte del personal imprescindible para un organismo sanitario las consideraban esenciales. Por ejemplo, en 1922, el comité relativo al ejercicio profesional del Departamento de Salud Municipal, determinó cuál era la fuerza laboral necesaria en un departamento de este tipo, que atendía a una población de 100 000 habitantes.¹⁸

En México, si bien la formación de enfermeras dedicadas a la salud pública inicia de manera oficial en 1922, con la fundación de la Escuela de Sanidad Pública, es necesario destacar que la práctica enfocada al cuidado de la salud tiene sus orígenes desde la época prehispánica, siendo ésta, principalmente efectuada por las mujeres. En la cultura náhuatl, las denominadas *Tlamatquiticitl*²⁹ enfocaban sus acciones al cuidado colectivo de la salud y del ambiente. Por su labor, ellas gozaban de gran respeto y prestigio entre la población.

Del año 1920 a 1929, al mejorar las condiciones sanitarias, se amplió el margen para las actividades de educación sanitaria a la población y se vio la importancia de utilizar a la enfermera como visitadora. Hacia el año de 1921, en la lista de personal sanitario de la federación se cuenta con 10 enfermeras visitadoras para el servicio de enfermedades transmisibles, ocho de éstas para el servicio de vacunación antivariólica y una para el servicio antirrábico.

La oftalmía purulenta fue una de las primeras enfermedades contagiosas en las que participó personal de enfermería. Fue hasta el año de 1925, cuando la Escuela de Salubridad estableció los cursos necesarios para preparar al personal técnico, incluido el de enfermería. Aquí se hizo evidente la necesidad de formar enfermeras sanitarias, y para ello se organizó un primer curso, cuyo propósito fundamental consistía en fortalecer al personal que prestaba sus servicios en la nueva organización encargada de velar por la salud pública. Para inscribirse en dicho curso —anunciado como: “*Enfermera visitadora*”— se les exigía a las alumnas el título en enfermería y el compromiso ineludible de concluir el programa; se contó con la participación de 31 estudiantes, a quienes, entre otras temáticas se les instruyó en las siguientes: higiene personal, individual y de alimentos; saneamiento, conocimiento general de las enfermedades, control de enfermedades transmisibles, vacunas, legislación sanitaria, ejercicio corporal y alcoholismo.²⁰

En el año de 1936, un grupo de enfermeras viajó a los EUA para recibir capacitación en salud pública, condición que hizo posible, posteriormente, consolidar las tareas de educación de enfermería sanitaria en México.²¹ Durante ese periodo destaca la labor de

las enfermeras en las comunidades rurales; no obstante, al enfrentar condiciones precarias de toda índole, ellas cubrían una amplia gama de acciones relacionadas con la educación higiénica, la salud materno-infantil, así como la capacitación de promotores rurales y parteras empíricas; todos estos conocimientos coadyuvaban de manera significativa a mejorar la salud de esas poblaciones rezagadas. Como resultado del esfuerzo conjunto entre el entonces gobierno cardenista y las comunidades marginadas, las campañas contra el paludismo, la tuberculosis, y la vacunación contra el tifo se declararon de interés público.²²

En el periodo de gobierno de Lázaro Cárdenas (1934–1940), por acuerdo presidencial, el 2 de marzo de 1937 se fundó la Escuela para Enfermeras del Ejército, después de diversos intentos realizados en 1815 y 1910. En su origen, la escuela funcionó exigiendo un año de prevocacional y tres de enfermería teórico-práctica; para 1939 desapareció el año prevocacional y se requirió la secundaria completa. Al término de los estudios, las alumnas recibían título de enfermera y grado de subteniente del Ejército Mexicano, con la obligación de prestar cinco años de servicio.²³ En este periodo, la enfermería desarrollaba acciones centradas en la enfermedad en dos direcciones bajo las cuales lleva a cabo su labor en el sector salud: la preventiva y la curativa.

La prevención se centra en la obra sanitaria con base en dos grandes estrategias, la implantación de los servicios públicos fundamentales y el desarrollo de campañas efectivas de persuasión e instrucción higiénica elemental, se responsabiliza a la enfermería de esta última, situación que se referencia en la siguiente cita: “La lucha contra la mortalidad infantil, contra las endemias y epidemias, además de la implantación de los servicios públicos fundamentales, exige la selección y adiestramiento de personal técnico que, distribuyéndose en la República a razón de una enfermera por cada diez mil habitantes, permita el desarrollo de efectivas campañas de persuasión e instrucción higiénica elemental”.²⁴ Donde, si bien se reconoce el papel social tan importante que tiene la enfermería dentro de esa estructura de atención a la salud, también sugiere su incorporación dentro de un equipo de trabajo para la salud, a nivel de coparticipación, así como, su dependencia del médico en cuanto a la determinación del campo de acción y de su proceso formativo.²⁵

Por su parte, en cuanto a la función curativa, respondiendo a la necesidad de mejorar la calidad de atención médica: “Con el propósito de que la mejor capacitación de los médicos le siguiese el correspondiente mejoramiento de sus auxiliares, las enfermeras, se abrió para éstas en el mismo Hospital General, una Escuela Secundaria donde irán especializándose en su profesión”,²⁶ lo anterior sugiere la incorporación de enfermería a un equipo de trabajo centrado en la función restaurativa, no en un nivel de coparticipación como en el caso anterior, sino de auxiliar médico, detectándose, una mayor determinación por parte de éste, de sus acciones y de su formación.

Durante esa época es importante resaltar que gran parte de la actividad de enfermería se centraba en la visita domiciliaria, donde el objetivo principal era educativo, tanto en medidas higiénicas y terapéuticas, como en acciones preventivas y acciones curativas. Situación que hasta la fecha continua y responde a una demanda real de la población en

el área de la salud.

De 1940 a 1949 se establece la supervisión de los servicios de enfermería y se fijan las necesidades de éstos. Es a partir del año de 1941 que la Escuela de Salubridad e Higiene tuvo a su cargo la formación de enfermeras sanitarias, con lo que se modificaba la noción de enfermera visitadora que había prevalecido hasta entonces, bajo un enfoque microbiologista. Los cursos que se ofrecían tenían una duración de 12 semanas,²⁷ de las cuales, 10 se dedicaban a la instrucción intramuros y dos al adiestramiento práctico en el campo. Dichos cursos analizaban, entre otros, los siguientes tópicos: higiene y medicina preventiva; nociones sobre nutriología, dietología, bacteriología, parasitología, estudios de laboratorio y clínicas de trabajo social. El número de alumnas graduadas fue de 244, entre los años de 1941 y 1946.

En el año de 1943 se crea la sección de enfermería sanitaria en el Departamento del Distrito Federal (SSA, 1945) para cubrir las carencias que dejara la Oficina de Enfermería Sanitaria al establecerse la Secretaría de Salud (SSA). El propósito de la nueva sección habría de centrarse en unificar las enseñanzas teórico-prácticas que tenían como fin, la formación en servicio de estos profesionales.²⁸

En 1952, se prepara el primer curso de Docencia para enfermeras instructoras, solicitando el bachillerato como requisito de ingreso. A partir del año siguiente, se consideró como una escuela universitaria. En esa época se detectaron necesidades en administración de instituciones de enseñanza, adiestramiento del personal, ampliación de los servicios de salud pública y atención en los hospitales de especialización; motivo por el cual iniciaron los primeros cursos de especialización, siendo el primero en pediatría, en el año de 1941; posteriormente, en 1945, de anestesia, de enfermera sanitaria en 1949; psiquiatría, educación y hematología en 1952; administración para jefes de servicio en 1953; y enfermera quirúrgica en 1956.²⁹

Es en el año de 1954, cuando se crea la Dirección de Enfermería y Trabajo Social para brindar asesoría en los aspectos técnicos de las oficinas aplicativas. Esta dirección, junto con los servicios coordinados, empieza a organizar los centros de salud en el país. En más del 80% de los estados se contaba con jefaturas de enfermería, que habían sido fundadas debido al aumento del personal de enfermería y las múltiples actividades que estos profesionales desempeñaban.³⁰

En el año de 1956 se crean las jefaturas estatales de enfermería y se nombran seis enfermeras sanitarias para la Sección de Enfermería de la Dirección General de Servicios Coordinados; una de ellas ocupó la jefatura nacional. En 1958 se nombra a una enfermera sanitaria, Directora Interina de Enfermería y Trabajo Social, la cual se transforma en 1960 en la Dirección General de Enfermería.³¹

A partir de 1963, la Secretaría de Salubridad y Asistencia fundó una Escuela de Enfermería que dependía de la Dirección de Educación Profesional en Salud Pública; su propósito fundamental constaba en preparar personal de enfermería que laborara en instituciones sanitarias y asistenciales de la propia secretaría y de otras dependencias oficiales o descentralizadas. La nueva escuela realizaba de manera anual, cursos dedicados a personas con estudios de educación secundaria, para que aspiraran a

convertirse en técnicas en enfermería, especialistas en salud pública, profesoras de enfermería o enfermeras con título. En su momento, los programas y planes de estudio se inspiraron en los que ofrecía la Universidad Nacional Autónoma de México (los cuales duraban tres años). Poco más tarde se abriría, también en esa institución, el programa académico único para formar, después del bachillerato y durante cuatro años, a los licenciados en enfermería y obstetricia.³²

En la década de los años ochenta, el Programa de Enfermería en Salud Pública cambió su orientación y se convirtió en “Especialidad de Enfermería en Salud Pública”, programa académico cuya duración fue prevista en 10 meses y cuyos contenidos más relevantes se relacionaban con estadística, diseño de investigaciones, sociología de la salud pública y administración de servicios de enfermería.

Hoy en día, la especialidad se encuentra integrada al Instituto Nacional de Salud Pública, sus programas académicos enfrentaron un proceso de revisión curricular y un replanteamiento de su propuesta pedagógica. En el año de 1997 se introdujo como fundamento pedagógico la Teoría del constructivismo en sustitución de la antigua tecnología educativa. Se adoptó el diseño instruccional por competencias profesionales e inició un proceso de sensibilización con los investigadores para renovar el estilo, la forma y el fondo de la enseñanza de las cátedras, mismo que continúa en la actualidad.³³

Al presente, en México, aunque sólo 7% de las enfermeras poseen formación especializada en salud pública, recientemente han entrado al campo de la investigación sobre salud de la comunidad. De esta forma, están ayudando a reorganizar los programas de salud pública del gobierno, sobre todo al de salud rural, mediante una herramienta de evaluación de salud de la comunidad, basada en la investigación.³⁴

PERFIL DE LA ENFERMERA EN LA SALUD PÚBLICA

La Organización Mundial de la Salud, define que la enfermería de salud pública es: “Uno de los siete servicios básicos de una unidad sanitaria local”, cuyas funciones se integran en un programa sanitario general de fomento de la salud, mejora de las condiciones del medio social y material, prevención de las enfermedades e incapacidades físicas y rehabilitación.

La Asociación de Enfermería Comunitaria especifica que la enfermería comunitaria es: “Aquella disciplina que desarrolla la enfermería mediante la aplicación integral de los cuidados, en el *continuum* salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la salud pública. Esta disciplina contribuye a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado”. La enfermera comunitaria conjuga la asistencia clínica con la salud pública.

Las tres funciones básicas de la salud pública son tres:

1. Valorar las necesidades de salud de la población.
2. Desarrollar las políticas de salud.
3. Garantizar la prestación de servicios sanitarios.³⁵

Las competencias que aparecen relacionadas con estas funciones son:

- a) Valorar las necesidades de salud de la población. A su vez, este apartado se subdivide en varios.
- b) Desarrollar las políticas de salud.
- c) Garantizar la prestación de servicios sanitarios.

El trabajo sobre un programa de estudios para las enfermeras salubristas empleadas actualmente³⁶ estipuló como metas que las enfermeras deberían poder:

- Establecer con claridad las diferencias y las similitudes entre la atención individual al paciente y la enfermería dirigida a la población.
- Describir la historia y las perspectivas actuales del ejercicio de la enfermería de salud pública.
- Demostrar aptitudes aplicando conocimientos claves de enfermería a la práctica de salud pública (funciones básicas y servicios esenciales de salud pública) en una comunidad.
- Aplicar principios y destrezas de salud poblacional a su práctica diaria en los organismos de salud pública.
- Utilizar la informática y la tecnología actual de las comunicaciones en toda la práctica de salud pública.
- Divulgar los beneficios de la salud pública y de la enfermería de salud pública.

El programa de estudios propuesto incluye epidemiología; aptitudes para adaptarse al cambio en las organizaciones; evaluación de la situación de salud y del cambio institucional; relación de las personas con las organizaciones; salud ambiental; políticas; negociación, colaboración, comunicación, promoción de la causa; análisis de datos y

estadística; economía de la salud; equipos interdisciplinarios; evaluación de programas; formación de coaliciones; principios e intervenciones para la población; política sanitaria; cómo sacarle partido a las diferencias y a la diversidad, y un enfoque para el mejoramiento de la calidad.

CONCLUSIONES

Parece desprenderse una cierta discrepancia entre la formación que las futuras enfermeras recibirán en el campo de las competencias y habilidades en salud pública y lo que las administraciones reclaman de ellas.

Es evidente que la salud pública es una ciencia multidisciplinaria donde, además de profesiones tradicionalmente vinculadas a este campo como enfermeras, médicos o veterinarios se han incorporado, matemáticos, sociólogos, economistas, ingenieros o fisioterapeutas. Es interesante la propuesta que ha formulado recién la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), la postura es que “se cree un tronco propio de Salud Pública, donde estarían los médicos de medicina preventiva y salud pública, junto a otros profesionales de la salud como veterinarios, farmacéuticos, enfermeras, etc., con un primer año común del máster en salud pública”.³⁷

Por último es importante tener en cuenta que la enfermería en salud pública, al igual que cualquier otra actividad, está influenciada por la forma en que se percibe el mundo. Su trabajo está destinado principalmente a grupos o a poblaciones y siempre pensando que las personas reciban la atención básica de salud que necesiten.



REFERENCIAS

1. **Carrillo AM:** Economics, politics, and public health in Porfirian México (1876-1910). *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002;(9 Suppl):67-87.
2. **Agostoni C:** *Práctica médica en la Ciudad de México durante el Porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad*. En: Cházaro L, comp. Michoacán: Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2009:163-184.
3. **Flores A:** *Suciedad y enfermedad en la ciudad de México*. Las fiebres misteriosas (?) de 1813. Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa; 2003.
4. **Fierros HA:** Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Historia y Filosofía de la Medicina*. *Gaceta Médica de México* 2014;150:150-159.
5. **Rivera-Tapia JA:** La situación de salud pública en México (1870 – 1960) *Rev Hosp Gral Dr. M. Gea González*, 2003;6(1).
6. **Martínez- Escamilla S:** La Enfermería y el Sistema Sanitario en el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas. *Biblioteca Las casas*, 2008; 4(4). [Internet] [Consultado: 31/08/2017] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0360.php>.
7. **Olivera CM, García Álvarez C, Olivera Gómez TE, Campuzano VC:** Sesenta años de salud pública en México, México, Talleres Gráficos de Cultura, 1993.
8. **Rivera-Tapia JA:** La situación de salud pública en México (1870 – 1960) *Rev Hosp Gral Dr. M. Gea González*, 2003;6(1).
9. **Amick BC, S Levine AR, Tarlov DC:** *Walsh. Societies and Health*. New York: Oxford University Press, 1995.
10. Información General. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. *Rev Enferm IMSS* 2004;12(3):159-170.
11. Organización Panamericana de la Salud *La Salud Pública en las Américas*. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS, © Publicación Científica y Técnica. 2002;589.
12. **Amory Winslow ChE:** *The evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. New Haven: Yale University Press, 1923.
13. **Piedrola G et al.:** *Medicina preventiva y salud pública*, 9a edición, Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas AS, 1991.
14. **Muñoz F, López AD, Halverson P et al.:** Las funciones esenciales de la salud pública: Un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev. Panam. Salud Pública* 8:126-134; 2000.
15. National Academy of Sciences, Institute of Medicine: *The future of Public health*, National Academy Press, Wasihington DC, 1988.
16. **Frenk J:** *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.
17. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional- Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP),

- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Rev Enferm IMSS 2004;12(3): 159-170.
18. Anonymous. An ideal health department for a city of 100.000 population. American Journal of Public Health, 1922;12(11):891-907.
 19. Instituto Nacional de Salud Pública-Escuela de Salud Pública de México (INSP): Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública, México, INSP-Coordinación Académica del Programa de Especialización de Enfermería en Salud Pública, documento interno, 2001.
 20. Alemán EML, Salcedo ARA, Ortega ADV: La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009. Perfiles Educativos IISUE-UNAM 2011;XXXIII(33).
 21. Martínez BMM, Latapí P, Hernández TI, Rodríguez VJ: Sociología de una profesión. El caso de enfermería, México: Centro de Estudios Educativos, 1993.
 22. Alemán EML, Salcedo ARA, Ortega ADV: op cit., 178.
 23. Torres-Barrera S, Zambrano-Lizárraga E: Breve historia de la educación de la enfermería en México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2010;18(2):105-110.
 24. Comité Ejecutivo Nacional del Partido Nacional Revolucionario, Plan Sexenal, P.N.R., México, 1934:51.
 25. Martínez- Escamilla S: La Enfermería y el Sistema Sanitario en el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas. Biblioteca Las casas, 2008; 4(4). [Internet] [Consultado: 31/08/2017] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0360.php>
 26. Velasco-Ceballos R: Asistencia Pública, Un año bajo la Administración del Presidente Cárdenas, D.A.P.P., México: Archivo Histórico de la Secretaria de Salud, 1934:44.
 27. Departamento de Salubridad Pública (DSP): “La Escuela de Salubridad”, Memoria que reseña las actividades del Departamento durante el ejercicio fiscal de 1941 bajo la gestión del Dr. Víctor Fernández Manero, México, DSP, 1942:227-229.
 28. Fajardo OG, Carrillo AM, Neri VR: Perspectiva histórica de la atención a la salud en México: 1902-2002, México, OPS-UNAM. 2002. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
 29. Torres-Barrera S, Zambrano-Lizárraga E: Breve historia de la educación de la enfermería en México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2010;18(2):105-110.
 30. Martínez BMM, Latapí P, Hernández TI, Rodríguez VJ: op cit.
 31. López LMC: Enfermería Sanitaria. México: Interamericana, 1987.
 32. Martínez Benítez MM, Latapí P, Hernández TI, Rodríguez Velázquez J: Sociología de una profesión. El caso de enfermería, México, Centro de Estudios Educativos, 1993.
 33. Alemán EML, Salcedo ARA, Ortega ADV: La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009. IISUE-UNAM. Perfiles Educativos 2011:(XXXIII)133.
 34. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para

el ejercicio profesional- Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Rev Enferm IMSS 2004;12(3): 159-170.

- 35. Ramalle GE:** Congreso Socinorte Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: Enfermería de salud pública, San Sebastián, 25 y 25 de marzo de 2010.
- 36.** La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional-Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Rev Enferm IMSS 2004;12(3): 159-170.
- 37. Ostiguín Meléndez RM:** Dimensiones del cuidado familiar en población mexicana. Rev. Enfermería Universitaria, 2016; 13(2):80-89. [consulta 06 enero 2017]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx>.

2

Atención primaria y enfermería

Belinda de la Peña León

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se abordarán aspectos relevantes como los antecedentes que dieron origen a la Atención Primaria de Salud (APS), sus componentes y el contexto actual, así como los desafíos que enfrentan el propio sistema de salud y sanitario.

En el plano internacional y nacional se han registrado avances importantes en la atención a la salud y la tecnología; sin embargo, los beneficios no son iguales debido a las transformaciones sociales y demográficas que atraviesa la población.

El proceso de globalización, urbanización y el cambio que ha presentado la pirámide poblacional plantean desafíos de años anteriores; de acuerdo con Julián Alcalá, que hace referencia al derecho social o la protección de la salud como resultado de un largo proceso histórico en el que el estado han asumido mayores responsabilidades en la materia de atención a la salud.¹

A nivel internacional, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo que participa México, suscribieron en Alma-Ata en el año de 1978 el compromiso de “Salud para todos en el año 2000”. Se formuló la estrategia de APS que propuso un concepto adaptable de cada país que participa y que tenía validez universal.²

En la misma declaración se plasma una serie de artículos que responden a la necesidad urgente de actuar por parte de todos los gobiernos y del personal de salud para el desarrollo de la comunidad, la protección y la promoción de la salud de todos los pueblos del mundo. Algunos de estos artículos son:

Artículo I. La salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de las personas y no sólo la ausencia de la enfermedad; la salud es un derecho fundamental de las personas.

Artículo II. Las desigualdades existentes en el estado de salud de las poblaciones son inaceptables, motivo de preocupación para todos los países.

Artículo III. El desarrollo económico y social es relevante para lograr el grado máximo de salud para todos y reducir la brecha en el plano de salud y contribuir a mejorar la calidad de vida.

Artículo IV. La sociedad tiene el derecho de participar en su atención de salud de manera personal o colectiva.

Artículo V. Los gobiernos tienen el compromiso de cuidar la salud de su país a través de medidas sanitarias individuales y colectivas de su comunidad.

Artículo VI. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías científicamente fundamentados y socialmente aceptados por los individuos, familia y comunidad, a través de su participación activa y a un costo que la comunidad pueda abastecer, con un compromiso de autorresponsabilidad y autodeterminación.³

Artículo VII. La APS está basada en la aplicación de los resultados de las investigaciones sociales, biomédica y de servicios de salud a través de la experiencia de la salud pública.

Artículo VIII. Todos los gobiernos deben enunciar estrategias, políticas y planes

sectoriales con la finalidad de mantener la atención primaria de salud como parte primordial del sistema nacional de salud.

Artículo IX. Todos los países deben contribuir con solidaridad y servicio, con la finalidad de garantizar la APS para todos, en conjunto con una base sólida de OMS y la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia).

Artículo X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales, una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales, que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular, para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud.⁴

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria es una estrategia que surgió hace más de 30 años aproximadamente, a través de una evaluación de los diversos servicios de salud, encontrándose que la mayoría de la población mundial no tenía acceso a una atención adecuada de salud. A través de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud llevada a cabo en Alma-Ata fue adoptada esta estrategia para el logro de Salud para todos en el año 2000.⁵

La atención primaria fue definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante la plena participación y aun costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo”. Esta propuesta floreció y fue aceptada en todo el mundo, en función de un diagnóstico global, de alguna manera avisaba el problema de la desigualdad existente en las condiciones de salud de las personas, familias y comunidades en los países de tercer y primer mundo, dentro de cada nación.

Con este sistema sanitario nacional que lleva los servicios lo más cerca que sea posible a los lugares en que viven y trabajan las personas, y que constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud integral.⁶ Sin embargo, esta estrategia de APS ha generado debates desde su aprobación, principalmente en la década de los años setenta.

Después de varias dificultades, con la estrategia establecida en ese momento, fue preciso establecer un análisis de la situación para sufrir una transformación al concepto establecido. La función primordial de la APS es el desarrollo social y económico de las naciones que la integran.

La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma-Ata, pero actualmente se enfoca al conjunto del sistema de salud, incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados, con y sin fines de lucro se destina a todos los países. Cada nación deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo con los recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y su propio Desarrollo Nacional de Salud.⁷

COMPONENTES PROGRAMÁTICOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Son elementos establecidos por la conferencia Internacional de Alma-Ata para la prestación de los servicios y se establecen a través de programas prioritarios de salud, los cuales pueden ser jerarquizados de acuerdo con las necesidades de cada nación. Éstos son:

1. Atención materno-infantil.
2. Inmunizaciones.
3. Planificación familiar.
4. Control de las enfermedades diarreicas.
5. Control de las enfermedades respiratorias.
6. Control de las enfermedades parasitarias.
7. Control de las enfermedades ocupacionales.
8. Control de las enfermedades de transmisión sexual.
9. Control, prevención y rehabilitación de enfermedades crónicas.
10. Alimentación y nutrición.
11. Saneamiento ambiental.
12. Salud mental.
13. Salud dental.
14. Prevención de accidentes.
15. Erradicación de la malaria.

RENOVACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

En la reunión de la OMS que se llevó a cabo en el año de 1978, se ha venido promoviendo la APS, desde ese entonces, se había adoptado como estrategia central para alcanzar la “Salud para todos”. Sin embargo, con los nuevos problemas epidemiológicos fue necesario actualizar, renovar, coordinar una nueva estrategia, con la finalidad de resolver los problemas y necesidades de salud, afrontar nuevos desafíos, así como mejorar la equidad de dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones.⁸

Valor ético inherente, basado en el principio de justicia distributiva acorde con los principios de los derechos humanos. Los derechos humanos sustentan la búsqueda de que toda persona tenga oportunidades iguales para el logro de la salud. El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre las nuevas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre las buenas prácticas que pueden incorporarse para lograr la verdadera efectividad de salud en las personas.

Por lo tanto, se considera una estrategia renovada en APS, condición esencial para lograr los objetivos de desarrollo a nivel internacional; para abordar las causas fundamentales de salud fue necesario apoyarse en el legado de Alma-Ata, para modernizar el enfoque y la práctica de la APS, y así estar preparados a los desafíos del siglo XXI. En la región de las Américas se ha logrado en el campo de la salud y desarrollo humano.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Es el conjunto de conocimientos y acciones necesarias para proporcionar cuidado a través del profesional de enfermería en los siguientes niveles: promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud, dirigida al individuo, la familia y la comunidad. Además de realizar funciones de investigación, administración y docencia aplicadas en los diferentes niveles de atención.

El perfil del profesional de enfermería en México para proporcionar atención primaria es a partir de la adquisición de ciertas habilidades y conocimientos en los aspectos de salud pública encaminada a la prevención actividades que se realizan en primer nivel de atención. Los aspectos importantes que se retoman para partir de esta premisa de atención primaria es tomar en cuenta los siguientes elementos:

1. Diagnóstico de salud del país.
2. Política global y regional de salud.
3. Plan Nacional de Desarrollo.
4. Programas nacionales de extensión y cobertura de servicios de salud.
5. Situación actual del profesional de enfermería en el país.

Las funciones de enfermería en atención primaria se asientan en el campo de competencia del profesional de enfermería y se alinean con las funciones que le corresponden, es decir, es el eje rector de la atención hacia la persona. Es importante incluir un equipo multidisciplinario para el trabajo en la comunidad y que éste se relacione al cuidado y se adapte a las necesidades encaminadas al primer nivel de atención.⁹

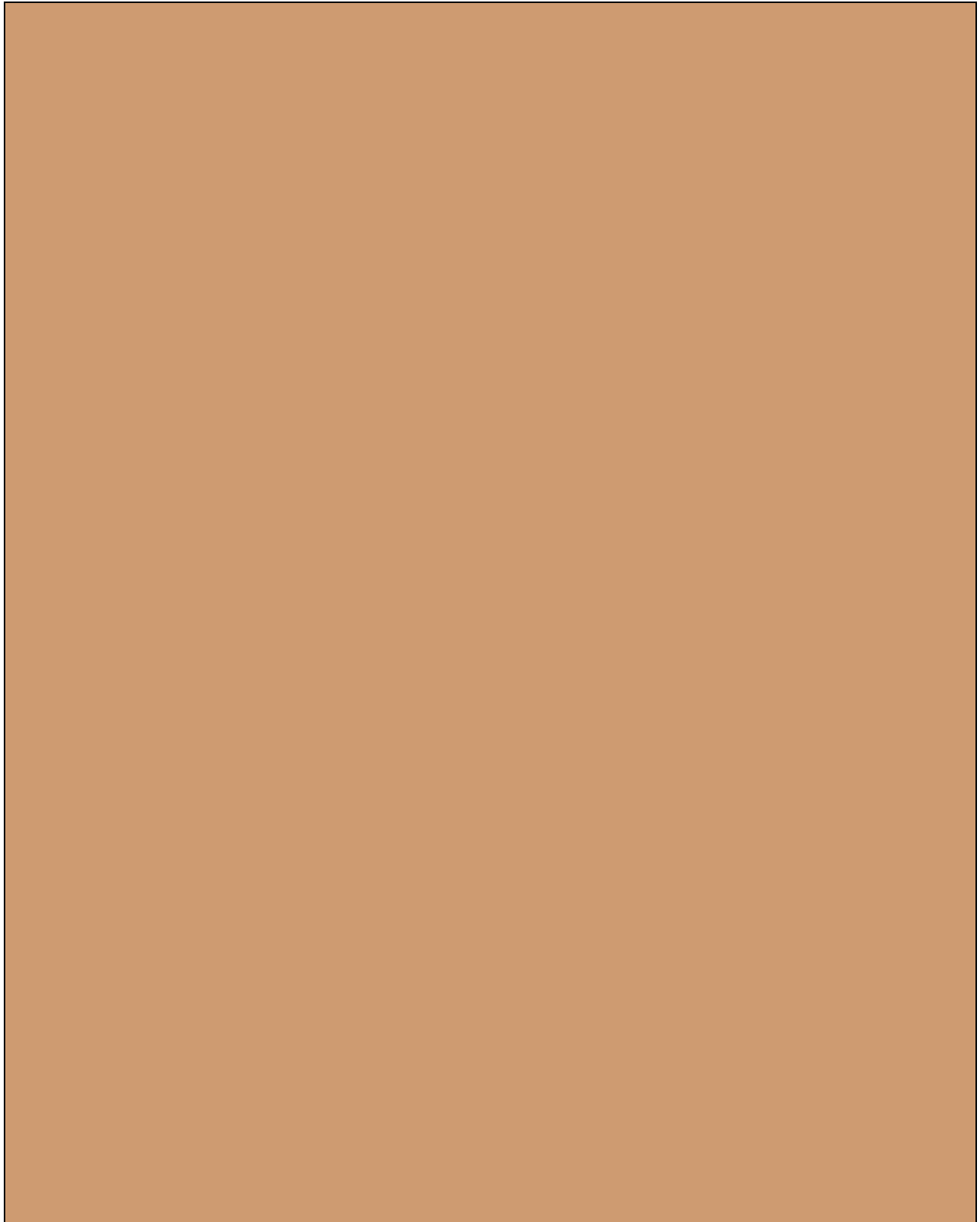
- Atención directa en el centro de salud o bien clínicas de primer nivel de atención y domicilio.
- Brindar consultoría.
- Educación para la salud al individuo, familia o comunidad.
- Participación comunitaria.
- Intervenciones en centros educativos.
- Gestión del cuidado.
- Realizar investigación.

Otros aspectos que debe de realizar el profesional de enfermería en la atención primaria son:

- Promover entornos saludables.
- Comunidad saludable.
- Fomentar los estilos de vida saludables.
- Prevención de riesgos y daños.
- Recuperación de la salud.

En conclusión, la atención primaria de la salud requiere de mayor voluntad política en la coordinación intersectorial, así como el definir, comprometer el cumplimiento de las

metas intersectoriales e integrar, y aplicar todos los elementos necesarios en el primer nivel de atención, así como cada país debe implementarlas con el fin de consolidar sus propios sistemas de salud, basados en valores y reformas políticas, para promover y proteger la salud de las comunidades.



REFERENCIAS

1. **González Guzmán R, Moreno Altamirano L, Castro Albarrán JM:** *La salud pública y el trabajo en comunidad*. México: MC Graw Hill; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud: Informe sobre salud en el mundo. La atención primaria de salud, necesaria que nunca. Ginebra; 2008.
3. **Martínez Rivera JR, Del Pino Casado R:** Manual práctico de enfermería comunitaria. España: Elsevier; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud: Declaración de Alma-ATA en Atención Primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre APS, URSS 6-12 de septiembre Ginebra: OMS; 1978.
5. **Martín Zurro JF, Cano Pérez J, Gené Badia:** *Atención primaria, principios, organización y métodos en medicina de familia*. 7ªed. España: Elsevier; 2014.
6. **SE Ivan, Burijovich J:** La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Jul 24]; 5(1): 27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652009000100003&lng=es
7. **Nebot C, Rosales C:** Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud, Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS: OPS; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsancar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria, actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2009.
9. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Rev Cubana Salud [internet];35(4): 31-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000400004&lng=es.

3 Comunidad y enfermería

María Susana González Velázquez, Blanca Estela Marín de la Cruz, Silvia Crespo Knopfler

Para Aristóteles se “es” en tanto se “co-es”, lo que significa que, a pesar de que cada hombre posee una dimensión individual que desarrolla una **personalidad o un “ser”**, y que también está inserta en la dimensión social del hombre para la **convivencia en comunidad** desde que se nace y para el desarrollo de su **coexistencia**.

La **dimensión individual** del hombre son las cualidades que éste posee, reconoce, explora y usa para convivir en comunidad de manera pacífica y para beneficiarse los unos a los otros. La dimensión individual, donde radica el ser, debe aprender a concordar con la dimensión social para convivir en sociedad. Este aprendizaje se llama proceso de sociabilización.

El **proceso de sociabilización** es el conjunto de aprendizajes que el hombre necesita para relacionarse con autonomía, autorrealización y autorregulación dentro de una sociedad, por ejemplo, la incorporación de normas de conductas, el lenguaje, la cultura, entre otros.¹ En suma, se aprenden elementos para mejorar la capacidad de comunicación y la capacidad de relacionarse en la comunidad.

En función de satisfacer las exigencias físicas y espirituales, el hombre necesita vivir en sociedad, y aunque éste sea racional e individual no es autosuficiente y requiere de la ayuda y protección de los demás de su especie, formando lo que llamamos comunidades.

Comunidad y comunitario son dos términos que se utilizan de manera frecuente sin prestar mucha atención a su significado ni a su connotación. En la práctica, comunidad y comunitario funcionan como sobrentendidos pues resultan muy funcionales, porque toleran un amplio espectro de aceptaciones.

Sin embargo, la variedad y la flexibilidad de estos términos, conlleva el riesgo de producir confusiones conceptuales o de propiciar usos ideológicos de la noción de la comunidad que pueden dificultar la percepción objetiva de la realidad social a la que se pretende nombrar. En ocasiones se llaman comunidades a ámbitos sociales o territoriales que se identificarían con mayor precisión empleando otros conceptos. Del mismo modo, en las actuaciones que se definen como comunitarias no siempre se justifica la validez de este adjetivo, ni se precisa siempre su verdadero alcance. De la misma manera es el concepto de comunidad que suele ser considerado como sinónimo de sociedad; sin embargo, esta última es un sistema extraordinariamente complejo y que por sus

características alude al término comunidad en aplicaciones como enfermería comunitaria y éstas refieren el espacio y alguna población particular.

La comunidad sólo adquiere un sentido identificable cuando aparece a partir de un elemento que sus miembros tienen en común, es un grupo específico de personas que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo; los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias.²

DEFINICIÓN DE COMUNIDAD

La comunidad ha dado lugar a tantas definiciones, como autores han intentado definirla. La falta de acuerdo sobre qué debe entenderse por comunidad tiene una larga historia. En un artículo que se convirtió en una referencia ineludible, Hillery, en 1955, analizó 94 definiciones del término comunidad, llegando a la pobre conclusión de que: “parte del concepto de que la gente vive en comunidad, no existe un acuerdo total referente a la naturaleza de la comunidad.” Ante esto, es continuar con aquellos conceptos que amplían y enriquecen el de Hillery.

El Diccionario temático de antropología de Aguirre-Baztán enuncia: “Agrupación de individuos de efectivos en general reducidos, distinta y estable, cuyos miembros comparten ciertos caracteres específicos, así como unas determinadas funciones sociales, distintas con respecto a otros.” Los rasgos que se apuntan en ella siguen un modelo de agrupación humana pequeña, relativamente aislada, que comparte un mismo espacio limitado y que puede ser distinguible con facilidad de otras a partir de determinadas características socioculturales, en la mayoría de los conceptos analizados coinciden en señalar como factores definitorios de una comunidad la interacción social y los lazos existentes entre el conjunto de sus componentes, por una parte y la localidad compartida por otra.³

Elena Socarrás define la comunidad como “[...] algo que va más allá de una localización geográfica, es un conglomerado humano con un cierto sentido de pertenencia. Es, pues, historia común, intereses compartidos, realidad espiritual y física, costumbres, hábitos, normas, símbolos, códigos”.⁴

Según San Martín: “Es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados, en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc.) comunes y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes”.⁵

El Glosario de Promoción de Salud de la Organización Mundial de la Salud,⁶ define la comunidad como un: “Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la misma comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas”.

Como puede observarse, no existe una definición de comunidad que refleje idealmente su naturaleza y complejidad, ya que así como el ser humano es complejo también existen múltiples perspectivas definir la comunidad.

TIPOS DE COMUNIDAD

De acuerdo con Klainber *et al.*,⁷ existen por su organización y naturaleza los siguientes tipos de comunidades:

Comunidad integral. Los individuos pertenecientes a este tipo de comunidades mantienen contacto frente a frente. Las normas, los valores y las actitudes de los vecinos apoyan a los de la comunidad. Los vecinos son unidos, aunque también pertenecen a otros grupos por fuera de su área de residencia. Cuando surgen problemas que no pueden ser manejados internamente, los líderes de la comunidad buscan soluciones.

Comunidad parroquial. En esta comunidad, los individuos pertenecientes a ésta mantienen contacto frente a frente, pero existe una ausencia de valores o lazos con la comunidad en general. Estos vecindarios tienden a proteger su condición, a menudo descartan valores que no se ajustan a los propios, fortaleciendo dentro del vecindario sus propias creencias. Se propicia el aislamiento respecto a la comunidad en general.

Comunidad difusa. Los individuos interactúan con escasa periodicidad entre sí y tienen pocos lazos con la comunidad en general. Con frecuencia no existen normas, valores ni actitudes compartidas. Un lazo primario entre sus miembros es la proximidad geográfica entre los mismos. Puede haber poco o ningún liderazgo en estas áreas y cuando éste existe, a menudo no es representativo de la comunidad en general.

Comunidad versátil. Se caracteriza por un rápido recambio de sus residentes, lo cual crea un débil sentido de identidad dentro del vecindario. Los miembros desean romper los lazos establecidos cuando surgen otros compromisos y oportunidades; ellos se esfuerzan por conseguir una posición social más elevada. No obstante, los residentes de estas áreas tienen lazos estrechos con la comunidad general e interactúan regularmente con sus vecinos.

Otra forma de clasificar a la comunidad es por la extensión del lugar o zona. En muchas ocasiones, el lugar es uno de los elementos más fuertes de cohesión que mantiene diferenciada a una comunidad; sin embargo, en otras comunidades, el elemento definitorio será un objetivo común, una perspectiva o una necesidad, aunque los miembros de la comunidad vivan en localidades diferentes por completo.

Sobre esta base, la forma más común de clasificar a las comunidades es en: **urbana** y **rural**, esto es de gran importancia para el equipo de salud y el enfoque del proceso salud-enfermedad, por la influencia que tiene el lugar donde viven y se desarrollan los individuos, familias y comunidades sobre la salud, los riesgos y la enfermedad.

Comunidad rural. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), una población se considera rural cuando tiene menos de 2 500 habitantes.⁸ Entre sus características destacarán que son áreas restringidas, dispersas, tienen densidad poblacional baja, presentan natalidad y mortalidad más alta, en muchas ocasiones por el escaso acceso a los servicios de salud. La población emigra hacia la ciudad, por lo general su ocupación es la agricultura y minería. La unidad de

producción es la familia y su crecimiento es a un ritmo muy lento, tiene un aislamiento geográfico y social, por último, escolaridad muy baja.

Comunidad urbana. De acuerdo con el INEGI, este tipo de comunidad se identifica por tener más de 2 500 habitantes.⁸ Entre sus características destaca un asentamiento históricamente constituido, su demografía es numerosa, por lo cual tiene una densidad poblacional alta. Su natalidad y mortalidad es más baja, debido al acceso de los servicios de salud. En el aspecto económico los sectores que predominan son los sectores secundarios y terciarios, así como la industria y el comercio, existe un alto grado de especialización de la actividad económica, la unidad de producción es la empresa y existe una dependencia del mercado para la satisfacción de las necesidades, por lo que se tiende a no ahorrar, sólo a consumir e invertir. En el aspecto sociocultural, el ritmo de vida es más rápido, por lo que las normas y los patrones de comportamiento cambian de manera constante. La escolaridad tiende a ser alta, así como la movilidad social.

TRABAJO COMUNITARIO

Los estudios de comunidad sirven de base para el conocimiento de la vida de la población y de sus principales problemas de salud, así como en la orientación de las actividades para la resolución de éstos. El trabajo comunitario comprende:

- Atención integral por los responsables de cada comunidad o sector; es decir una atención que se orienta hacia las personas como una unidad con sus diferentes áreas de desarrollo: físico, mental y social, y no sólo a las molestias o enfermedades. Comprende la atención básica al niño, la mujer, la gestante, recién nacido, al adolescente, al adulto y el saneamiento ambiental.
- Fortalecimiento del sistema comunal de salud mediante seguimiento y educación continua.
- Trabajo con enfoque de riesgo: búsqueda, identificación, intervención oportuna y seguimiento a casos de riesgo comunal, familiar e individual.
- Educación comunitaria en salud.
- Investigación en salud (morbilidad y mortalidad).
- Fortalecimiento de la organización y gestión comunal mediante el asesoramiento para la identificación, priorización y solución de sus problemas de salud y desarrollo (análisis comunitario de salud, planes comunales, proyectos).
- Promoción de la participación comunal, en la gestión de los servicios de salud.

El trabajo comunitario busca ampliar el espacio de relación actual entre el sistema oficial de salud y el sistema comunal a partir de intereses comunes.

- Mejorar coberturas de atención de los diferentes programas de salud.
- Mejorar la capacidad de solución los problemas de salud en la comunidad mediante la capacitación, educación continua y seguimiento a agentes comunales de salud.
- Prevenir los problemas de salud, a través de los agentes comunales de salud, promoviendo el autocuidado personal y familiar.
- Promocionar y difundir los servicios que se ofertan en los establecimientos de salud.
- Fortalecer y buscar nuevas formas de interrelación entre el personal de salud, para mejorar su capacidad de gestión y su respuesta a problemas integrales.

El trabajo comunitario permite conocer que muchos problemas de salud tienen su origen en cuestiones sociales, culturales, educativas, de organización, económicas, etc., por lo que, para solucionarlos, es necesaria la coordinación con otros sectores. Por esta razón, todo aquello que contribuya a mejorar las condiciones generales de vida (ingresos, educación, saneamiento, etc.) también lo es para mejorar la salud o prevenir las enfermedades de la población, especialmente de las zonas rurales.

¿QUIÉNES Y CUÁNDO DEBEN HACER EL TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD?

El acercamiento a la comunidad es una responsabilidad permanente de todo el personal de un establecimiento de salud en aquellas comunidades del sector a su cargo; sin embargo, el personal de enfermería comunitaria es un elemento valioso para el desarrollo de esta actividad. Esta nueva relación permite un reconocimiento mutuo al llevar la oferta del servicio al espacio de la comunidad, la población se familiariza con el personal de enfermería y con las diferentes atenciones que brinda el establecimiento de salud, orientando mejor su demanda; en otras palabras, identificará y valorará la oferta de los servicios; por su parte el personal de enfermería reconocerá la existencia y el valor del Sistema Comunitario de Salud, orientando mejor su oferta.⁹

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LA ENFERMERA EN COMUNIDAD

La enfermera requiere conocimientos científicos, habilidades y actitudes adecuadas que le permitan detectar las necesidades de la población a la que atiende, ofreciendo acciones de promoción, protección, prevención y rehabilitación en la comunidad o visita domiciliaria.

- Respetar y promover la participación de la población en todas las acciones de salud.
- Instrumentar la educación para la salud como una herramienta de trabajo fundamental que forme parte de sus actividades.
- Brindar atención al individuo, familia y comunidad como un todo.

ESTUDIO DE COMUNIDAD

El conocimiento de la comunidad es el primer paso de la organización, por lo que se requiere conocer los siguientes puntos acerca de la comunidad:

- 1. Situación geográfica.** Este es el primer dato que se necesita para realizar un estudio de comunidad, ya que permite saber la ubicación exacta, la extensión, límites, topografía del sector que se vaya a estudiar, el clima predominante, la superficie territorial, el tipo de flora y fauna.
- 2. Vías de comunicación.** Es importante saber cuáles son las vías de acceso, qué tipo de transporte llega a la misma, con qué medios de comunicación cuenta.
- 3. Antecedentes históricos.** Estos datos constituyen el patrimonio de la comunidad, ya que permitirán conocer cuál ha sido el desarrollo de la misma y la influencia en su proceso salud-enfermedad. Algunos indicadores son fecha de fundación de la comunidad, número de iglesias, escuelas, mercados, unidades de salud, tipo de religiones existentes, personajes relevantes en la comunidad, organización, políticas, creencias y ritos presentes.
- 4. Características de la población.** Esta información ayuda a indagar cuál ha sido el aumento de la población desde el último censo, la distribución por edad y sexo, tasas de morbilidad, natalidad, el estado civil, el tipo de ocupación entre la población económicamente activa, número de integrantes por familia.
- 5. Educación.** Ésta proporciona el nivel de la escolaridad que existe entre la población, si existe población analfabeta, cuáles son los recursos para la educación (número de escuelas, tipo y nivel), número y tipo de profesionistas, si existen apoyos para la cultura en la comunidad (casas de cultura, museos, bibliotecas).
- 6. Estructura social.** Proporciona información acerca de la existencia de grupos sociales, asociaciones, qué recursos se tienen para la salud (farmacias, consultorios médicos, dentales, hospitales, tipo de profesionales de la salud).
- 7. Condiciones del ambiente.** Es importante investigar con qué servicios públicos cuenta la comunidad; por ejemplo, la disposición de basura, excretas, tipo de abastecimiento de agua, si existen espacios ecológicos, cuáles son las principales fuentes de contaminación del ambiente, el tipo de vivienda que existe, así como la tenencia de la misma.
- 8. Estructura del poder.** Permite identificar si existe participación política de la comunidad, presencia de partidos políticos, personajes que influyen en decisiones de la comunidad.
- 9. Problemas sociales.** Hay que investigar si existe farmacodependencia, alcoholismo, presencia de centros de diversión negativos para la comunidad, presencia de pandillas.

DIAGNÓSTICO DE SALUD

La salud pública se define como los esfuerzos organizados de una sociedad, para la prevención, control y atención de los problemas de salud, y para promover una vida saludable de sus habitantes. Por tal motivo, los análisis de situación de salud como parte de la salud pública, conllevan una intención de intervención, cuya dirección es fortalecer las decisiones y acciones en esta materia y otras, donde se involucra a la población con un fin único de reducir o disminuir las inequidades sociales.¹⁰

Históricamente, los servicios de salud siempre han procurado la construcción del análisis de la situación de salud mediante el empleo de diferentes metodologías y con varios enfoques conceptuales. Estos enfoques han evolucionado desde la década de los sesenta, se realizaban bajo el estudio de los determinantes de la salud, en esta época destacaron los aportes de Morris (1968), quien se basó en un modelo socioecológico; Lalonde (1974) con el modelo conocido como Campo de la Salud y sus elementos, y Blum (1974) con su esquema sobre la teoría del campo social.

En último lugar, el modelo de los Determinantes Sociales de Salud referido por la OMS-OPS¹¹ indica que la mala salud de las personas en condiciones de pobreza, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

La realización de un diagnóstico de salud permite contar con la información básica para la dirección adecuada de las estrategias y acciones que deberán llevar al mejoramiento del nivel de salud de la población, consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y las necesidades de cada población, así como los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel.

El diagnóstico de salud realiza una identificación de la realidad en cuanto a varios ámbitos, incluyendo la situación de salud de la comunidad y sus determinantes, los recursos con que cuenta para dar respuesta a estos determinantes, así como los daños y la forma en que se organiza la comunidad para dar solución a estos problemas, también indica el apoyo con que cuenta por parte de las instancias gubernamentales de las que depende.

El diagnóstico de salud se define como la **investigación en salud pública por excelencia** y tiene como propósito evaluar la situación de salud de una colectividad y la respuesta social organizada, así como proponer alternativas viables y factibles para la solución de los problemas detectados.¹²

La Secretaría de Salud plantea el siguiente modelo con respecto a la atención y diagnóstico de salud: base de la planeación de los servicios de Salud.

Modelo de atención: forma en la que se otorga la atención a la población.

MODELO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN ABIERTA (MASPA)

El modelo de atención a la salud actual en la adopción de la estrategia de atención primaria de la salud incluye como elementos fundamentales para la organización y prestación de los servicios: la coordinación interinstitucional e intersectorial, la atención a la salud familiar, la participación activa de la comunidad y la interrelación de los recursos institucionales y comunitarios.

El diagnóstico de la situación de salud (DSS) (figura 3-1), es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de la salud-enfermedad de una comunidad. Mientras que el análisis de situación de salud (ASIS), representa un instrumento científico-metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios,¹³ la naturaleza, su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

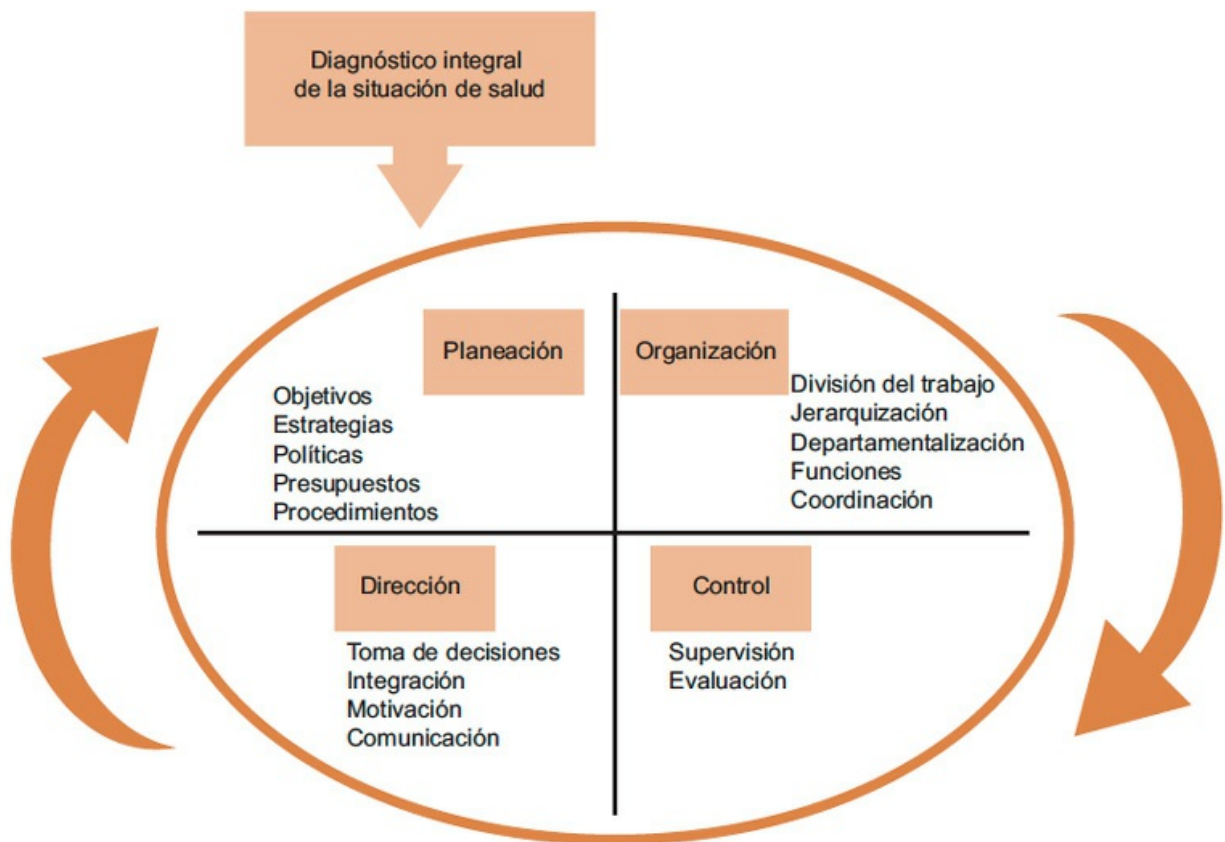


Figura 3-1. Diagnóstico integral de la situación de salud.

Se considera que representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas.¹⁴

En su elaboración se identifican dos etapas:

- **Primera etapa:** búsqueda de información e interpretación de los datos: diagnóstico de la situación de salud.
- **Segunda etapa:** análisis con los actores sociales para precisar necesidades reales de salud, el cual se realiza a través de la identificación y priorización de los problemas de salud de la comunidad en estudio, para así determinar cuáles serán las intervenciones, objetivos, metas, asignación y distribución de recursos.

A. Objetivo general

Identificar los problemas de la comunidad, a través de elementos metodológicos necesarios, para obtener información de los problemas que tienen los habitantes y realizar programas dirigidos a la prevención, control y erradicación de enfermedades y fomentar la salud de la población.

B. Objetivos específicos

- Analizar los determinantes en salud que afectan a la comunidad, y los recursos con los que cuenta para desarrollar oportunidades que le permitan mejorar su calidad de vida.
- Relacionar las características socio-demográficas, económicas y el impacto que tienen sobre la salud comunitaria.
 - **Demográficos:** estructura poblacional, estado civil, escolaridad, migración, tasas de natalidad y de mortalidad.
 - **Sociales:** religión, organización social.
 - **Socioeconómico:** trabajo, vivienda, alimentación, condiciones de vida.
 - **Factores biológicos:** sexo, edad, herencia, agentes patógenos, etc.
 - **Factores naturales:** clima, hidrogeología, agentes químicos.
- Planear las estrategias de intervención de enfermería en la comunidad, acordes con los problemas de salud detectados.
- Diseñar un programa de intervenciones en salud específicas para cada grupo poblacional.
- Educar a la población mediante la promoción de la salud para la prevención de enfermedades.
- Evaluar las estrategias implementadas a través de la participación activa de la comunidad en los diferentes módulos establecidos.

ELEMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SALUD (FIGURA 3-2)

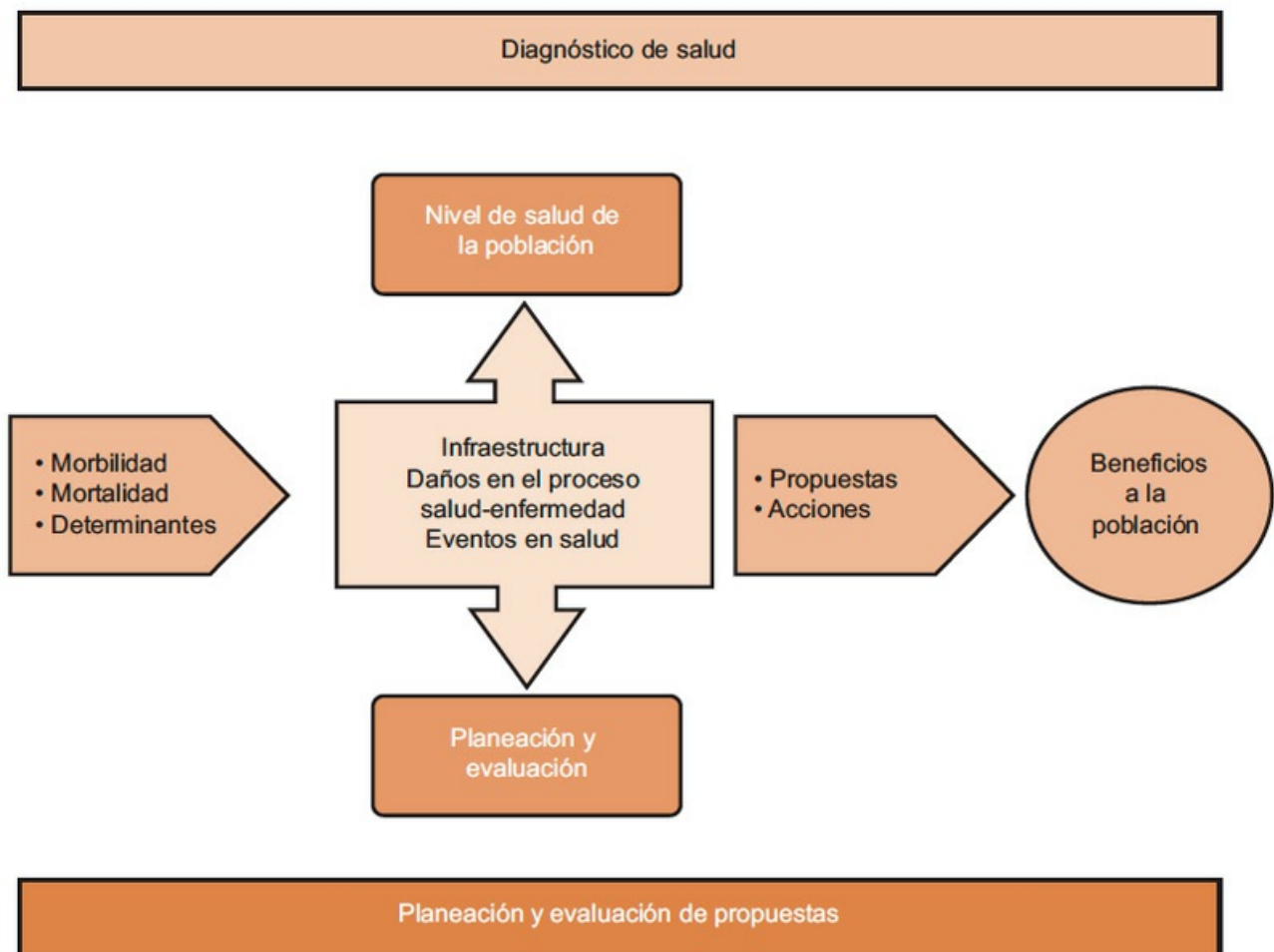


Figura 3-2. Elementos de un Diagnóstico de Salud.

- Recursos y servicios.
- Población.
- Regionalización.
- Principales daños a la salud (morbilidad y mortalidad).
- Factores determinantes.
- Resultados.

En este sentido, dicho diagnóstico deberá tener cuatro componentes fundamentales:

1. Estudio de los daños a la salud, a través de la morbilidad y mortalidad.
2. Factores condicionantes.
3. Recursos y servicios de salud.
4. Indicadores que midan el desarrollo económico y social de la comunidad.

De este modo, el diagnóstico tiene dos niveles:

1. El estudio de la situación epidemiológica de la población, que incluye la identificación de problemas y el análisis de necesidades de salud, así como la distribución y estudio de factores determinantes de las mismas, mediante el análisis del contexto que rodea a la población en estudio.
2. El análisis de la respuesta social organizada, misma que se da a través de los recursos y servicios con los que cuenta la población para enfrentar sus principales necesidades

de salud y que, obviamente se traduce en acciones.

Con base en lo enunciado anteriormente se pueden distinguir los siguientes indicadores:

A) Indicadores negativos del nivel de salud:

- 1. Mortalidad:** tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad específica por causa, tasa de mortalidad proporcional por causa, tasa de letalidad, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad materna.
- 2. Morbilidad:** incidencia y prevalencia. En la unidad de medicina familiar y en el hospital (egresos hospitalarios).

B) Indicadores de los factores condicionantes del nivel de salud:

1. De la propia comunidad:

- **Demográficos:** pirámides de población, tasas de natalidad, crecimiento natural o vegetativo, movimiento demográfico, tasas de fecundidad, índice de fecundidad, relación de masculinidad, tasa de envejecimiento, razón de dependencia global.
- Geográficos y físicos.
- Saneamientos y contaminantes.

2. Del nivel de vida: estructura económica y social:

- Situación laboral.
- Distribución por sectores laborales.
- Condiciones socioeconómicas.
- Estado civil.
- Educación
- Vivienda, urbanización y servicios públicos.
- Organización comunitaria.
- Respuesta organizada de los servicios de salud.

MEDICIÓN DEL ESTADO DE SALUD

El proceso de medición forma parte de la práctica diaria de todos los profesionales de salud. El interés sobre cómo medir la salud está relacionado con la evaluación de la atención para la salud. En una situación en la cual la mayoría de los problemas de salud son agudos, en la que los diagnósticos son exactos y consistentes, y en la que se sabe que la atención médica tiene un impacto decisivo sobre el curso de la enfermedad, medidas de resultado como son las tasas de morbilidad y de mortalidad, son los indicadores más sensibles. En caso contrario, existen medidas que describen la frecuencia con que ocurren eventos de salud como es el caso de tasas, razones y proporciones, así como medidas que permiten cuantificar la frecuencia de enfermedad y se usan diversas medidas basadas en dos conceptos fundamentales: incidencia y prevalencia.

A continuación se presentan diversos indicadores de salud que ayudan a medir la frecuencia de los eventos de salud, con el fin de hacer comparaciones entre distintas o en las mismas poblaciones a través del tiempo, lo cual permitirá tomar decisiones en salud.

- Las mediciones de salud son indirectas y se hacen a través de la mortalidad, expectativa de vida y de la morbilidad.
- El problema consiste en encontrar un procedimiento para medir directamente y en forma precisa el estado de salud del individuo y de la población.
- En un sentido estricto, la salud de la comunidad se debería medir en relación al número de personas que viven una vida sana desde el punto de vista, mental y social, que trabajan con utilidad para la sociedad. Esta medición es muy difícil se necesita examinar a la población. Mientras tanto hay que usar diversos índices indirectos que miden las desviaciones del estado de salud.

CIFRAS ABSOLUTAS

Describen el conteo simple de un evento sin relacionarse con otras características, tiene utilidad dentro de los sistemas de salud en cuanto a la magnitud que refieren, ya que con base en estas medidas se planifican acciones inmediatas.

Se obtienen con base en las estadísticas vitales; por ejemplo, permiten hacer conjeturas sobre el volumen de consulta en una unidad hospitalaria, centro de salud, programan acciones en cuanto a la detección de algún evento de morbilidad en la población expuesta, entre otros.

CIFRAS RELATIVAS

Éstas son de mayor utilidad que las cifras absolutas, ya que proporcionan más información y comprensión de la problemática de salud dentro de una población específica a cualquier nivel de atención.

Dentro de estas medidas existen las siguientes:

- Razones.
- Proporciones.

- Tasas.

Razón. Expresa la relación existente entre dos eventos de diferente naturaleza. Es un cociente en el que el numerador **no** está incluido en el denominador.

Ejemplo:

Hipertensos controlados con dieta

Hipertensos no controlados con dieta

Proporción. Es una medida que expresa la frecuencia con la que ocurre un evento en relación con la población total en cual éste puede ocurrir; aquí siempre estará incluido el numerador dentro del denominador.

Ejemplo:

Hipertensos controlados con dieta

x 100

Total de hipertensos

Tasa: medida que relaciona el número de veces que ocurre un evento en un área y en un periodo determinado.

Ejemplo:

No. de defunciones por CaCu en

mujeres DH de 25 años y más x 100,000

x 100, 000

Total de mujeres DH de 25 años y más

Describen la magnitud del daño producido en términos de mortalidad, morbilidad y letalidad.

PRINCIPALES MEDIDAS EN EPIDEMIOLOGÍA

Dentro de la epidemiología existen tres diferentes tipos de medidas:

Medidas de frecuencia

- Prevalencia.
- Incidencia acumulada.
- Tasa de incidencia.

Medidas de asociación relativa

- Razón de tasas de incidencia.
- Razón de incidencia acumulada.
- Razón de momios.
- Razón de prevalencias.

Medidas de impacto potencial

- Riesgo atribuible en expuestos.
- Riesgo atribuible poblacional.

Medidas de frecuencia

- Reflejan la ocurrencia relativa de la enfermedad.
- Evento en la población.

- Indican la frecuencia en relación con el tamaño de la población en riesgo.
- Utilizadas para describir la situación de salud de poblaciones
- Predicen el curso y la magnitud de la ocurrencia en esas poblaciones.
- Ayudan en la elaboración de las otras medidas.

Incidencia acumulada. Mide el **riesgo** de un individuo de pasar del estado de sano a enfermo en un periodo determinado. Es la **probabilidad** de pasar de sano a enfermo dado que esté expuesto a un factor de riesgo. Es el **seguimiento** en el tiempo, para cuantificar los casos nuevos de un evento o enfermedad en un lapso determinado.

Prevalencia. Es la proporción de la población (anteriores y nuevos) que padece algún evento o enfermedad en un momento o periodo determinado.¹⁵

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos existentes de una enfermedad en una población definida en un punto en el tiempo}}{\text{Número de personas en la población en estudio durante el mismo punto en el tiempo}} \times K$$

Para poder calcular la incidencia acumulada siempre se parte de individuos **libres de la enfermedad**.

$$\text{Incidencia acumulada} = \frac{\text{Número de casos nuevos de enfermedad en un periodo tiempo}}{\text{Población en riesgo de enfermedad al inicio de un período estudiado}} \times K$$

Ejemplo:

En 1981, se reclutó un grupo de 5 000 mujeres sanas de 45 a 75 años a las cuales se les siguió durante cinco años. En ese periodo se diagnosticaron 20 casos nuevos de cáncer de mama.

$$\text{Incidencia acumulada} = \frac{20}{5\,000} \times K = 0.004 \times K \quad (1\,000) = 4 \text{ por cada } 1\,000$$

El riesgo de desarrollar cáncer de mama en esta población durante un periodo de 5 años fue de 4 por cada 1 000 mujeres.

Durante la elaboración del diagnóstico de salud se deben identificar los problemas de riesgo, detectar las necesidades reales de salud, en la elaboración de programa de salud es necesario tomar en cuenta las interrelaciones sociales de la comunidad y los recursos con los que se cuentan para orientar las acciones de salud hacia los objetivos reales. La participación política y activa de la comunidad en este programa se evalúa de manera periódica, con la finalidad de reestructurar el programa en caso de ser necesario y evitar desvíos en los objetivo planteados.

REFERENCIAS

1. “El hombre es un ser social por naturaleza” (s. f.). En: *Significados.com*. Consultado: 14 de Septiembre de 2017. Disponible en: <https://www.significados.com/el-hombre-es-un-ser-social-por-naturaleza/>
2. Organización Mundial de la Salud: Promoción de la Salud Glosario, Ginebra, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
3. **Montserrat R, Cramen C et al.**: Enfermería Comunitaria, España: Instituto Monsa; 2011.
4. **Socarrás, E**: “Participación, cultura y comunidad”, en Linares Fleites, Cecilia, Pedro Emilio Moras Puig y Bisel Rivero Baxter (compiladores): La participación. Diálogo y debate en el contexto cubano. La Habana. Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello; 2004.
5. **San Martín H, Pastor V**: *Salud Comunitaria. Teoría y práctica*. Díaz de Santos, Madrid, 1984.
6. OMS, 1998.
7. **Klainberg M, Holzemer S, Leonard M, Arnold J**: *Enfermería Comunitaria. Una alianza para la salud*. Colombia: Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2010.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Volumen y crecimiento. Población total según tamaño de localidad para cada entidad federativa. México, 2010.
9. Ministerio de salud dirección regional de salud Cajamarca: Metodología para el trabajo comunitario en salud, Cajamarca, Aprisabac, 1997.
10. **Añez E, Dávila F, Gómez W, Hernández T**: Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Maracay. IAES. Venezuela, 2010.
11. OPS OMS. Determinantes de salud. [Internet] [Consultado: el 15 de mayo de 2016] [Disponible en]: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es
12. **Ponce - López ML et al.**: Diagnóstico comunitario de la situación de salud de una población urbano marginada. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 2005;8(1-2):31-40.
13. **Martínez RVM**: El enfoque comunitario el desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile, 2009.
14. **Toledo Curbelo G**: Fundamentos de Salud Pública/ Gabriel Toledo Curbelo [y otros]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
15. **González Margot**: Diagnóstico de Salud, IMSS llevado a cabo en la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias, 2014.

4

Enfermería y el cuidado a la familia: perspectivas para su desarrollo

Rosa María Ostiguín Meléndez, Diana Cecilia Tapia Pancardo

INTRODUCCIÓN

El tema de la familia, hoy por hoy es un imperativo para las ciencias, sobre todo para las llamadas de la salud, donde la enfermería tiene un papel relevante en materia de cuidado, dada su implicación directa con los componentes de la familia y el conjunto en general.

Con frecuencia, el trabajo de enfermería con la familia se circunscribe al encuentro, casi circunstancial con la persona enferma y con “alguien” que lo cuidará en el mejor de los casos; sin embargo la participación del profesional en relación con su objetivo primordial, el cuidado, va más allá de esa circunstancia, en tanto que la enfermera, dada su naturaleza social tiene una amplia implicación en los procesos de prevención, orientación, educación para la salud, consejería y canalización, así como capacitación, entre muchas otras con el enfermo, con su cuidador y con la propia familia en conjunto.

Desde este escenario, la enfermera en su trabajo con la familia debe sumar herramientas o perspectivas que le permitan una gestión del cuidado pertinente a la realidad donde la familia es y existe.

El presente capítulo pretende ofrecer algunos ejes para el cuidado, que no pueden pasarse por alto para el trabajo con, de y para la familia (figura 4-1):

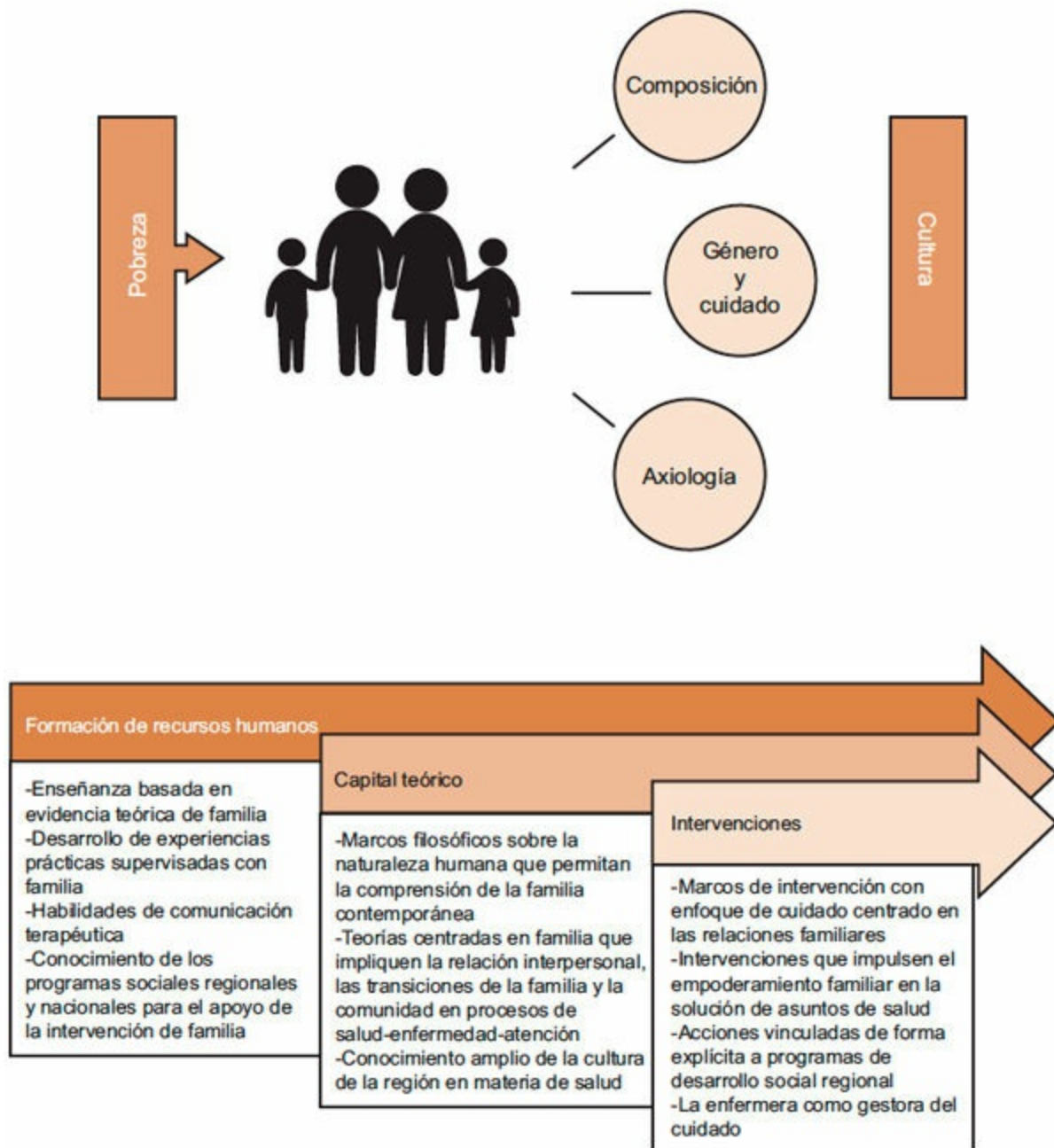


Figura 4-1. Familia, cuidado y enfermería.

1. La **composición familiar** contemporánea.
2. La **participación de los géneros** en el cuidado a la familia ante las dinámicas.
3. La **axiología del cuidado** al interior de la familia.
4. La **pobreza como contexto** para el cuidado.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

En la actualidad, la familia es todo un reto para cualquiera, basta considerar las nuevas y diversas realidades donde la dinámica familiar al día de hoy se experimenta.

Implica transitar de los 200 tipos de familia que Luis Leñero¹ propuso en la década de los ochenta, basado en marcos macroestructurales como la ubicación geosocial, la cultura y subcultura; pertenencia a estrato socioeconómico; la estructura de la unidad doméstica, la composición grupal, el sistema de interacción, el sistema económico-doméstico entre otros, o bien reflexionar al respecto de los 11 arquetipos propuestos más recientemente por López Romo, Rodríguez y Hernández,² y en donde aparecen las familias unipersonales y corresidentes, dando espacio a “esas otras realidades” sociales en las cuales nos constituimos.

En cualquiera que fuera la tipología, la familia actual está más allá de la versión romántica del espacio donde las personas experimentarán el intercambio generacional en, de y para el cuidado que les permitirá el más alto impulso para su desarrollo a través del amor, ya que la realidad expone, no pocas veces, que la familia es también el escenario donde se gesta la violencia, el abuso, el maltrato y en donde invariablemente, surgen enfermos y regresan para continuar sus tratamientos, recuperar la salud, ahondar síntomas o limitar daños; es en este abanico de variabilidades donde los profesionales de la salud y sobre todo, las enfermeras, donde habrán de situar cualquier tipo de intervención con la familia.

En ánimo de establecer una concepción de familia como referente para lo que se desarrollará en este capítulo y recuperando el sentido explícito o implícito de diversas concepciones sobre la misma, la familia es el espacio donde las personas con intereses comunes (habría que definir cuáles, en qué magnitud, en qué momento y por cuánto tiempo), establecen algún tipo de interacción (más o menos próxima), que les permite contender con necesidades fundamentales para la vida. Desde esta perspectiva, la familia es un ser vivo, que se moviliza, transforma y adapta a circunstancias diversas.

Baste con mirar los tipos de familia que se configuran, tanto en la obra de Sánchez Ríos *et al.*,³ como en la de Fraustro Salvador,⁴ que en estudios diferentes caracterizan a la familia en el primer caso urbana y el segundo en pobreza extrema, donde los participantes exponen su propia forma de concebirse y explicar su vida, significan lo que son y hacen como familia; en otras palabras, ofrecen un marco de reflexión para el trabajo con ese grupo social.

La composición, definición y función de la familia son referentes importantes para la comprensión y en su caso, intervención, donde los profesionales de la salud actúan para promover y educar para la salud; por ello, el cavilar en el tema no es menor y menos para las enfermeras quienes son protagonistas de primer contacto con el grupo o algunos de sus integrantes en diversos momentos de la vida.

Es imperante que los interesados en el trabajo de familia contemplen la configuración de la misma para establecer estrategias de inmersión, valoración e intervención, ya que

las composiciones familiares llevan implícitas formas particulares de comunicación y toma de decisiones en beneficio del grupo.

La estructura y composición de la familia tiene que ver con la manera en que se modifican o no las relaciones interpersonales e intergeneracionales en el marco de los escenarios demográficos y epidemiológicos vigentes, aspectos relevantes si se piensa que a partir de ello se deberán plantear estrategias para intervenir en la unidad primaria.

Las configuraciones familiares en México y en el área urbana son un reto para cualquier interesado; implica un conocimiento profundo de las nuevas relaciones, que en ella se establecen para cuidar a partir de los roles que se establecen y planean ante la dinámica del mundo actual, donde hombres y mujeres han diversificado sus actividades para proveer condiciones para la satisfacción de necesidades de la familia.

PARTICIPACIÓN DE LOS GÉNEROS

En México, Nigenda *et al.*,⁵ y Folbre,⁶ exponen que casi dos millones de personas cuidan de manera continua, lo que implica una participación intensa de parte de la familia en esa labor.

El tiempo dedicado por las familias al cuidado permite satisfacer las necesidades de autocuidado de los miembros del hogar⁷ asegurando la supervivencia y desarrollo del grupo, de ahí su relevancia.^{8,9,10}

El cuidado familiar tiene una base colectiva que se despliega en los hechos y fragmentos de la realidad que acontecen durante las 24 h del día a día, con sentimientos de implicación activa, con una disposición genuina de responder, estar presente, ser recíproco y comprometerse con promover el bienestar del otro,^{11,12} en el marco o al margen de los géneros.

La **participación de los géneros** en el cuidado a la familia implica una mirada particular, es menester incursionar y profundizar en los nuevos paradigmas sobre los cuales se constituyen y desarrollan las familias contemporáneas, ya que hoy en día, hombres y mujeres asumen una participación más amplia y diversa con respecto al cuidado y provisión de las necesidades de los integrantes de la familia, haciendo del género una condición y no una posición sobre la vida.

Un caso es la familia homoparental, LGBT^{13,14} o *queer*¹⁵, mismas que hoy son frecuentes o probablemente más visibles. Esta tipología de familia demanda de los profesionales de la enfermería y en general, de la salud, nuevas posturas teórico-filosóficas que permitan ahondar en la comprensión de la vida familiar de las personas, independientemente de su sexo biológico, con el interés de explorar los procesos de cuidado que estas composiciones requieren y demandan en materia de salud familiar, como un ejercicio profundo de comprensión de la naturaleza humana como la plantea Platón: "...por naturaleza quieren decir la génesis de los primeros seres, luego es el alma la realidad primera, y no el fuego ni el aire...lo más correcto sería decir que el alma es por excelencia naturaleza".¹⁶

La homoparentalidad requiere ser visualizada como una característica más de la familia, en donde quienes ejercen funciones parentales son del mismo sexo, pero que cuentan con una organización, función, tamaño, entre otros, tan similar a las llamadas heterosexuales.

Otro tipo de familia la constituyen las **matrilineales**, aquellas donde abuelas, hijas y nietas coexisten hasta por cuatro generaciones y retroalimentan prácticas de crianza para los hijos de los hijos, que si bien tienen un rasgo generacional,¹⁷ que permite la continuidad de "algunas" formas de cuidar en cada familia, es necesario comprender los procesos que las mujeres emplean para la transmisión de prácticas de salud de los niños, los ancianos y enfermos, dada su participación aun prioritaria en el desarrollo y preservación del grupo familiar.

Un reto significativo en el campo del cuidado implica pensar que el género no

determina más o menos habilidades para el cuidado de los hijos, de los padres ancianos ni tampoco de la pareja; implica considerar que el cuidado es propio a la naturaleza y existencia de lo humano como lo señala el mismo Maturana cuando reconoce los deberes filiales¹⁸ entre las especies.

El reto es impulsar miradas sobre el cuidado en términos de inclusión social, misma que lleva implícita una ruptura a la función de los géneros, de lo que se espera que cada uno cumpla, y reposicionarlo en términos de la naturaleza de la persona, más allá de su género, para proveer cuidado a otros y así mismo.

En otro plano están las **familias lideradas únicamente por varones**, sí, aquellas llamadas **familias de padres solteros**, donde el padre asume con o sin ayuda femenina, el cuidado de los hijos y de sus necesidades. Es necesario recuperar bajo una perspectiva de género, desde la masculinidad contemporánea, los procesos de participación y desarrollo de los hijos en estas familias, donde invariablemente los profesionales de la salud estarán inmersos.

Pero las familias heterosexuales no están exentas de una mirada diferente, es urgente explorar las formas en que hombres y mujeres comprenden, y actúan el cuidado, ya que en la actualidad existen familias donde las mujeres salen a trabajar y se constituyen en las proveedoras económicas, papel hasta hace poco tiempo considerado exclusivo del hombre, y en el que los varones son los encargados del cuidado de los hijos y el hogar. Estos procesos cada vez más comunes, hasta hace poco muy definidos como: mujeres-hogar y hombres-trabajo, son retos paradigmáticos donde el cuidado requiere herramientas teórico metodológicas amplias de corte social que permitan la comprensión de las nuevas dinámicas que en su interior se establecen para planificar cualquier intervención con familia, desde sus propios códigos.

AXIOLOGÍA DEL O PARA EL CUIDADO EN LAS FAMILIAS

El cuidado como labor diaria ejercida por parte de los integrantes de la familia está delineada por una gran cantidad de actividades consideradas domésticas, pero encaminadas al bienestar de sus miembros, es de trascendental relevancia para los sistemas de salud y sus actores, explorar los procesos y códigos que le dan sentido y pertenencia a las formas en que cada grupo familiar vive, interpreta y actúa el cuidado.

Desde este planteamiento es menester escudriñar en los valores que las familias ponen en juego para proveerse de satisfactores a sus necesidades como grupo social.

La **axiología del o para el cuidado** en la familia contemporánea es un punto de trascendental relevancia, ya que cada grupo cuenta con sus propios códigos sobre los cuales decide actuar o no en beneficio del grupo o a alguno de sus integrantes.

La familia tiene diversas implicaciones cuando se piensa en su condición de nicho para los valores:¹⁹

- Como **escenario para la transmisión**, proliferación y asimilación y difusión los valores generación a generación.
- Es **la cuna donde se asumirán posturas con respecto a los otros**, como lo es el cuidado.
- **Promueve la transferencia** de sentimientos **hacia sí y a los otros**.

Desde estas premisas, la familia es sustancial para que sus integrantes comprendan de una u otra forma el cuidado. Habrá que explorar más sobre las formas o procesos que en ella se llevan a cabo para proveer a los integrantes de condiciones de desarrollo y de salud.

La enfermera interesada en el tema, sin duda deberá partir del reconocimiento de los valores que hoy “mueven” a la familia para cuidar a los niños, ancianos, adultos enfermos o personas con limitaciones, ya que la evidencia empírica de muchas enfermeras en los centros asistenciales de cualquier tipo, dejan al descubierto “otras formas de cuidar” que podrían en algún momento ser controversiales; sin embargo, para la familia son funcionales. En otras palabras, la jerarquía axiológica que habrá de conducir el actuar de cada persona y de cada familia surge y se germina en su interior y desde ahí tomarán las decisiones para la salud individual, familiar y social, sin ignorar que cada persona será única e irrepetible en sus contribuciones a la familia y a la misma sociedad.

Una axiología que conduce a la familia hacia uno u otro sentido para cuidar, establecer prioridades, acciones e incluso disponerse a ello o no, aquella que explique cómo las familias deciden proveer o administrar el cuidado, de tal suerte que exponga el abandono o señalamiento de los diferentes: por preferencia, color, autonomía, capacidad para proveer recursos, entre otros.

Es urgente para contemplar el *ethos* del cuidado,²⁰ que las nuevas generaciones desarrollen y con ello prioricen a su interior, las necesidades del grupo y sus integrantes,

y que den pertinencia a las disciplinas como la enfermería en el proceso de cuidar la vida.²¹ Sin embargo, estos puntos y otros más sólo adquieren un sentido cuando se toma como marco la pobreza de tiempo, ingresos, alimentación, valores, empatía y otros aspectos que complejizan el cuidado familiar.

Sin duda la consideración de estos elementos implica reflexionar de manera profunda en el cuidado de la familia como un reto donde el enfoque de género y el concepto de diversidad, más que enfatizar las desigualdades en la participación del cuidado entre hombres y mujeres, permite reconocer los acentos que desde el género se sumen, encuentren y potencialicen para la salud, y a su vez permita avanzar en la comprensión de cómo y de qué manera hoy se entiende y ejecuta el cuidado en su interior, esto como un desafío que habrá de ocupar a los responsables de la política pública en salud y familia por venir, en beneficio de la inclusión.

POBREZA: DETERMINANTE PARA EL CUIDADO DE LA FAMILIA

Ninguna acción de enfermería en México y en el mundo tendría sentido sin considerar factores del ambiente como la pobreza; ésta, al día de hoy, es un determinante importante para que las familias se replanteen valores, formas y procesos de cuidado en el marco de las familias.

En México, la **pobreza como contexto** para el cuidado sin duda es un referente importante para la o el enfermero, pensar en las implicaciones de la pobreza para la familia, no sólo en la cuestión de provisión de alimentos, bienes y servicios, sino por las interacciones que éstas instauran para el cuidado de sus integrantes ante la salida del hogar de varios de ellos, con independencia de su edad o condición para proveer recursos mínimos de subsistencia, frecuentemente a través de trabajos informales,²² lo que conlleva a largas jornadas de trabajo que los expone a condiciones ambientales extremas, que constituyen un escenario propicio para el cuidado hacia sí mismo y cuanto más para el otro.

Asimismo es necesario contemplar que la salud y la satisfacción ante la vida, junto con la educación son los tres aspectos sobre los cuales los mexicanos específicamente apuntalan las percepciones de bienestar.²³

En conclusión, la enfermería de esta centuria en el terreno familiar, en el cuidado y la salud, requiere de rupturas paradigmáticas en diversos aspectos que le permitan: a) la comprensión de nuevas composiciones familiares como escenarios para cualquier aproximación profesional; b) el replanteamiento de los roles de hombres y mujeres en la provisión de cuidado o recursos al interior de las familias, condición interna que determina, sin duda, las formas y estrategias para la participación de enfermería; c) los valores que para el cuidado a la salud de las familias de hoy, ponen en juego para desplegar acciones de cuidado y con ello apuntar a una enfermería familiar donde el sujeto-familia sea motivo de la profundización en las relaciones en su interior y en el reconocimiento de aquellas prácticas promotoras de salud, donde la enfermería tiene todo un escenario sobre el cual promover el cuidado a la vida de los mexicanos.

Por otro lado, las visiones de la familia, desde estos elementos, implica la **formación de recursos humanos** en enfermería a partir de la enseñanza basada en evidencia, para el desarrollo de habilidades a través de experiencias prácticas supervisadas que promuevan una competencia amplia en la comprensión de los procesos de interrelación en la familia con enfoques integradores (véase figura 4-1).

Tener presente la interacción entre el cuidado, las enfermeras y las familias facilita el tránsito hacia la salud familiar,²⁴ y no perder de vista que es en la familia donde el individuo crece, se desarrolla, toma decisiones y vive; de ahí su relevancia.

REFERENCIAS

1. **Leñero L:** *El fenómeno familiar en México. Su estudio sociológico*. México: Instituto Mexicano de Estudios sociales, 1983.
2. **López Romo H, Rodríguez M, Hernández M:** *Ilustración de las familias en México*. Con base a en la tipología desarrollada por el Instituto de Investigaciones Sociales. México; Instituto de Investigaciones sociales. UNAM, 2012:19.
3. **Sánchez Ríos R, Manrique Soto A, Dorado MA, Soto RR:** *Retratos de Familia*. México: LXI Legislatura de la Cámara de diputados, 2012:300.
4. **Frausto S:** *Los 12 más pobres de México. El lado B de la lista de millonarios*. México: Ed. Planeta, 2016:246.
5. **Nigenda G, López OM, Matarazzo M, Juárez RC:** “La atención de los enfermeros y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano”, México: Rev. Salud pública de México, 2007;49(4): 286-294.
6. **Folbre N:** “Medir los cuidados: género, empoderamiento y la economía de los cuidados”, *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns. (eds.), Madrid: La Catarata, 2011.
7. CEPAL: “Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México”. En: *Redistribuir el Cuidado desde las políticas públicas*, Chile: Naciones Unidas, 2013:462.
8. **Colliere MF:** *Promover la vida*, España: Mc Graw Hill, 2011.
9. **Boff L:** *Ética da Vida*. A Nova Centralidade, Brasil Editora RECORD, 2009.
10. Tronto: “Vicious circles of privatized caring”, *Socializing Care: Feminist ethics and Public Issues*, Maurice Hamington y Dorothy Miller (eds.), Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2006.
11. **De la Cuesta BC:** El cuidado familiar: una revisión crítica, en: *Investigación y Educación en Enfermería*, 2009:XXVII(1):96-102.
12. **Batthyány K:** Bienestar social, trabajo no remunerado y cuidados, X Jornadas Investigación de la FCS Montevideo, Uruguay, 2011:1-18, [Internet] [Consultado: 12/12/2014] [Disponible en]: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Batthy%C3%A1ny.pdf>
13. **Lannutti PJ:** For better or worse: Exploring the meanings of same-sex marriage within the lesbian, gay, bisexual and transgendered community. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2005;22(1):5-18.
14. **Cahill S, Battle J, Meyer D:** Partnering, parenting, and policy: Family issues affecting Black lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people. *Race and Society*, 2003;6(2):85-98.
15. **Bernstein M, Reimann R:** (Eds.). *Queer families, queer politics: Challenging culture and the state*. Nueva York: Columbia University Press; 2001.
16. Platón Leyes: 892 c; citado en: Rodríguez Donís Marcelino. “La Naturaleza Humana en Aristóteles”. *Fragmentos de filosofía*, 2001;9:119-146.
17. **Ostigüín Meléndez RM:** Dimensiones del cuidado familiar en población mexicana. *Rev. Enfermería Universitaria*, 2016; 13(2):80-89. [Consulta 06 enero 2017]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx>

18. **Maturana RH, Mpodozis J:** Origen de las especies por medio de la deriva natural. Publicación ocasional No 46/1992. Museo Natural de Historia Natural. Editor: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos. Santiago de Chile; 1992.
19. **Juárez M:** Familia y valores en el siglo XXI. En: amigo Fernández Arroyabe Ma L. *Humanismo para el siglo XXI*. Propuesta para el congreso internacional. España: Universidad de Deusto, 2003:257-358.
20. **Boff L:** *El cuidado esencial: Ética de lo humano, compasión por la Tierra*. España: Editorial Trota 2002:164.
21. **Ramírez DE:** Enfermería en el pasado y presente de la familia mexicana. *Enferm. Univ* [Revista en la Internet]. 2012 Sep [Citado 06 marzo 2017]; 9 (3): 57-63. [Disponible en]: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300006&lng=es.
22. **Welti Chanes C:** El contexto, en: ¡Qué familia! La familia en México en el siglo XXI. Encuesta Nacional de Familia. UNAM. México, 2015:52-54.
23. **Uribe Gómez M, Zubieta Zavala A:** Calidad de vida relacionada con la salud: percepciones, experiencias y satisfacción vital. En: López Cervantes Malaquías. *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Encuesta Nacional de Familia*. México: UNAM, 2015:107-109.
24. International Family Nursing Association (IFNA). Position statement on pre-licensure family nursing education. IFNA. [Internet]. 2013; June: 8 [Consulta 03 enero 2016]. [Disponible en]: <http://internationalfamilynursing.org>.

5

Proceso de comunicación terapéutica

Blanca Adriana Casasola Cerna

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se abordará la importancia de la comunicación entre la enfermera y la persona, familia y comunidad como medio para mejorar su salud y elevar su calidad de vida, además de puntualizar los aspectos necesarios para crear una comunicación terapéutica y las situaciones que pueden dificultar el desarrollo de la misma. También se señalará la relación entre educación para la salud y comunicación terapéutica y los beneficios que trae consigo. Por último, las repercusiones de no crear y mantener una comunicación terapéutica con la persona, familia y comunidad.

CONCEPTO DE COMUNICACIÓN

La comunicación es un aspecto inherente al ser humano; éste a su vez cuenta con numerosos recursos para moldear la comunicación de manera verbal y no verbal, mediante una fusión entre ellas para que este proceso se realice de una mejor manera.

La comunicación verbal es la de uso más frecuente, en ella se utilizan las palabras con el fin de dar a conocer algo o realizar intercambio de información. Este proceso se lleva a cabo entre el emisor (fuente que proporciona parte de los conocimientos que quedan plasmados en el mensaje) y el receptor (participante que se encuentra involucrado en el proceso de comunicación), que se comunican a través de un mensaje (discurso que emite alguien y que va dirigido a otro), el cual se encuentra inmerso en un contexto (entorno en el que se desarrolla la comunicación y que además influyen los participantes del proceso) y un código (lenguaje utilizado que permite la codificación y decodificación del mensaje) para ser transmitido a través de un canal (medio por el que se da a conocer el mensaje).^{1,2}

La comunicación no verbal es la que acompaña a la comunicación verbal para ampliarla, es espontánea y sincera, emitida a través de mensajes corporales como son los gestos, las expresiones faciales y la tensión o relajamiento corporal.³

En la práctica de enfermería se realiza la conjunción de la comunicación verbal y la no verbal para que se consigan beneficios de la relación enfermera-paciente. Es preciso valorar la coherencia entre ambas, por esta razón debe tomarse en cuenta toda la información que pueda manifestar la persona, familia y/o comunidad, y el personal de salud de manera verbal y no verbal para llevar a cabo la atención al cuidado de la salud; además de realizar una evaluación constante debido al dinamismo que caracteriza a la comunicación.⁴

Estrada y Hernández señalan que el lenguaje, la comunicación y la información son aspectos necesarios para la práctica de la enfermería. Consideran que el lenguaje puede ser variable según el contexto en el que se desarrolle, esto como consecuencia de la aplicación de normas, motivaciones, grupo social, percepciones, situaciones, funcionalidad y actitudes presentes en una determinada comunidad. Existen dos principios a utilizar en este aspecto: a) la claridad, ésta se encuentra definida por las palabras o frases que establecen un significado; b) continuidad, que será la utilización del lenguaje para mantener coherencia en la información que se proporciona. Respecto a la comunicación, indican que es un proceso que permite la vinculación entre las personas, ya sea de entre individuos o comunidades.

En relación con la información, sugieren tomar en cuenta, tanto la información que ofrece la enfermera, como la que brinda la comunidad, lo que dará como resultado la participación de esta última para el cuidado de la salud y mejora en la calidad de vida.⁵

Para obtener éxito en la comunicación es imprescindible conocer las expectativas de las personas involucradas, ya que la empatía que exista entre los interlocutores será directamente proporcional a la confianza que se logre y la distancia comunicativa será

mínima, esto conducirá a obtener menor tensión en la comunicación y por lo tanto crear una relación de apoyo enfermera-paciente.⁶

A través de la comunicación se posibilitan las relaciones interpersonales, éstas pueden ser tan variadas según lo que se pretenda obtener de ellas; por ello es importante fijar un objetivo, éste guiará el proceso de comunicación, lo que facilitará la elección de estrategias a utilizar acorde con la meta establecida.

Manteniendo un modelo de comunicación centrado en la persona se favorecerá su participación, de tal manera que podrá expresar sus necesidades con mayor confianza y podrá negociar la manera en la que se llevará a cabo el cuidado de su salud, de tal manera que le será posible conseguir el autocuidado de su salud.^{7,8} Poniendo en práctica educación, información y escucha se conseguirá convencer a la población de la importancia del autocuidado para mejorar la calidad de vida.⁹

Cabe señalar que en el personal de enfermería recae la confianza y dudas durante el proceso de cuidado,¹⁰ pues tiene un contacto constante con las personas, por lo que la enfermera debe desarrollar habilidades para conseguir una comunicación efectiva y obtener una mejor relación enfermera-paciente, éstas son:¹¹

- Contacto visual (produce confianza).
- Postura y movimientos (postura relajada y expresiones amables).
- Sonreír (produce confianza).
- Uso efectivo del lenguaje (de manera clara para que la persona pueda entender el mensaje).
- Individualizar el cuidado (cada persona tiene necesidades diferentes).

El objetivo de la comunicación terapéutica en enfermería es crear una relación de apoyo a través de la confianza para la expresión de necesidades, lo que conducirá al desarrollo de habilidades en la persona, familia y comunidad, mediante educación, promoción y el trabajo conjunto de los participantes para lograr el autocuidado de su salud; pero ¿De qué manera es posible lograr una relación de apoyo?

Es importante considerar que la comunicación no se limita a la transmisión de mensajes; también es la recepción de los mismos y el actuar resultante; este proceso permite entablar una relación entre el profesional de salud y la persona que contribuirá en el desarrollo y satisfacción de ambos. Si el proceso no es adecuado, la persona no podrá realizar el cuidado de su salud, evitar conductas de riesgo o llevar un estilo de vida saludable, lo que podría producir complicaciones en su salud y repercutir en su calidad de vida, además de originar un “desperdicio en recursos asistenciales”.¹²

Otro aspecto que contemplar es la magnitud que se puede originar a partir de la nula o escasa participación del usuario en el cuidado de su salud. Soria Trujano menciona que el impacto no sólo tiene efectos a nivel individual, sino también social: “un paciente que no sigue el tratamiento es probable que presente complicaciones de salud que pueden ser graves; el impacto social tiene que ver con el alto costo que significa para las instituciones de salud proporcionar los servicios que, es posible, sean utilizados de manera inadecuada”.¹³

Por todo lo anterior conviene establecer y mantener una comunicación terapéutica entre

la persona y el profesional de salud que tome en cuenta en ambos participantes: sus costumbres, personalidad y acervo cultural, que han sido resultado de su experiencia de vida y el modo de actuar ante diversas circunstancias.¹⁴

Para Valverde, la comunicación terapéutica va más allá de la relación que se logra entre el cuidador y la persona; la comunicación terapéutica se orienta hacia las experiencias y significado que da la persona respecto a la enfermedad y de qué manera interactúa el profesional con toda esta información para llevar a cabo los cuidados de enfermería.¹⁵ Al llevar a cabo el cuidado de la salud de las personas es necesario considerarla como un ser biopsicosocial que ha sido influido por sus experiencias y entorno, por lo tanto cada ser actuará de manera diferente ante diversas situaciones que se presenten en su vida.

Este proceso debe ser dinámico, tomando en cuenta la comunicación verbal y la no verbal para mantener un intercambio de información constante, de retroalimentación que pueda contribuir a mejorar la relación terapéutica con la persona.

Para entablar un diálogo con la persona se deben tomar en cuenta sus intereses, preocupaciones, necesidades y expectativas según Kaplún,¹⁶ de esta manera podrá llevar a cabo su autocuidado.

Las intervenciones que favorecen la comunicación terapéutica son las siguientes:¹⁷

- Dar importancia a la experiencia.
- Escuchar.
- Preguntar sobre sus emociones.
- Facilitar la reflexión del paciente.
- Ofrecer opciones.
- Reflexionar y responder.
- Facilitar que el paciente pruebe opciones.
- Aceptar lo que piensa el paciente.
- Dialogar.
- Creerle al paciente.
- Averiguar si quiere información.
- Ofrecer información.
- Empatizar.
- Intentar entender al paciente.
- Poner límites con respeto.
- Reforzar sus puntos fuertes.
- Respetar al paciente como es.
- Respetar e intentar entender sus comportamientos.

La relación enfermera-paciente también puede propiciar dificultades en la comunicación terapéutica, las cuales pueden ser:¹⁸

- Trivializar la experiencia del paciente.
- Hablar demasiado.
- Evitar las emociones del paciente.
- Imponer, intentar “hacer ver”.
- Hablar de tal manera que se ponga a la defensiva y se justifique.

- Reaccionar.
- Dar “soluciones”.
- Intentar convencer.
- Hablar en monólogo.
- No creerle, llevarle la contraria.
- Dar información que ya tiene.
- Repetir información.
- Opinar, juzgar al paciente.
- Regañar, enfadarse.
- Criticarlo.
- Intentar cambiarle.
- Etiquetarlo de “mal paciente”.

Para Landete Belda, los siguientes aspectos se encuentra involucrados y pueden dificultar la comunicación:¹⁹

- Falta de tiempo.
- Escasa información.
- Falta de demanda por parte del usuario.

Estas situaciones pueden tener compensación. Por ejemplo, el tiempo que se tiene para la atención de las personas debe ser de calidad, aprovechar cada visita a los servicios de salud para que, a pesar de ser corto el tiempo de estancia, se pueda ofrecer una atención personalizada que involucre la información relacionada con la razón por la cual acudió y también acerca de temas que se hayan identificado durante la valoración o atención a la persona, de esta manera, el usuario podrá tener una mejor disposición ante la solicitud de información para su autocuidado.

El crear y mantener una relación terapéutica con la persona se logrará adherencia al tratamiento y calidad en la atención, lo que se verá reflejado en la disminución de atención más compleja y costosa.²⁰

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

La educación para la salud se encuentra estrechamente relacionada con la promoción de la salud, la cual es considerada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como “proceso que permite a las personas incrementar el control sobre y para mejorar su salud. Va más allá de un enfoque en el comportamiento individual hacia una amplia gama de intervenciones sociales y medioambientales”.²¹

La educación para la salud no únicamente aborda la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.²²

La educación para la salud es un ejemplo de relación terapéutica, a través de ella se anima a la gente a hablar sobre sus problemas y a encontrar soluciones a los mismos, el profesional de salud apoyará a la gente a reconocer cuál es la mejor solución.²³ Un ejemplo más específico es la relación que se necesita establecer entre el personal de enfermería y la persona que se encuentra en tratamiento para eliminar la tuberculosis. A partir del año 2003 se creó la Red TAES de Enfermería²⁴ (tratamiento acortado estrictamente supervisado), una de las actividades dentro de esta estrategia es el seguimiento de las personas hasta su curación, para poder lograr este objetivo es imprescindible el desarrollo de una comunicación terapéutica entre la enfermera y la persona que acude por el tratamiento farmacológico, donde el usuario mantenga apego al tratamiento prescrito para mejorar su calidad de vida.

García Valdés menciona que un componente indispensable en el proceso de educación para la salud es la información ya, que a través de ella se aportan elementos que después pueden llegar a formar parte de los conocimientos en la persona, pero sólo será útil esa información si ésta hace uso de ellos para llevar a cabo el cuidado de su salud.²⁵

Mediante la educación para la salud se pueden desarrollar habilidades que les permitan tomar decisiones para la prevención de enfermedades, así como limitar los daños que pueden causar y por lo tanto, modificar el comportamiento de salud o estilo de vida de uno no saludable a uno saludable.

REPERCUSIONES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD POR LA COMUNICACIÓN INADECUADA

Como se ha dicho, la comunicación entre el personal de salud, individuos, familia o comunidad es imprescindible para lograr mejorar su salud, de igual manera elevar su calidad de vida, pero existen situaciones que dificultan el proceso de comunicación terapéutica lo que trae consecuencias en la atención que se ofrece y por tanto, en la salud y calidad de vida.

Algunas de las repercusiones son las siguientes:

- **Falta de adherencia al tratamiento o de corresponsabilidad.** Causada por diversos factores como son información incompleta por parte del personal de salud, uso de tecnicismos y falta de retroalimentación para saber si han quedado claras las indicaciones proporcionadas durante la educación para la salud, además de la nula o inadecuada promoción de la corresponsabilidad en la persona para el autocuidado. Por ejemplo, se deben dar indicaciones sobre la fecha en la que se aplicará el refuerzo de una vacuna, así como explicar la importancia de la misma, lo que contribuirá a que la persona acuda a su próxima cita, aunado a esto, se anotará en la Cartilla Nacional de Salud la cita para que se contemple como recordatorio.

Otra situación que se encuentra ligada a este problema es al ofrecer educación para la salud a personas con enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus o hipertensión arterial, las cuales, además de llevar un tratamiento farmacológico requieren de modificaciones en el estilo de vida, como es la alimentación; por lo que la enfermera debe individualizar y adaptar las recomendaciones que dará tomando en cuenta los recursos con los que cuente cada persona.²⁶ Si la enfermera logra mantener y crear una relación terapéutica con este grupo de individuos podrá disminuir el riesgo de complicaciones.

Otra situación se da al brindar educación sexual y reproductiva, específicamente, la orientación acerca de métodos anticonceptivos. La confianza, el uso efectivo del lenguaje y la empatía deben hacerse presentes para lograr el uso correcto de los métodos anticonceptivos que hayan sido elegidos por la persona, ya que una falla en su uso podría ocasionar embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual. También se puede originar durante la orientación para la preparación de electrólitos orales, tratamiento farmacológico (ya sea acerca de las reacciones secundarias que se pueden presentar o las contraindicaciones), la vía por la cual se debe administrar el medicamento, entre otros.

- **Deterioro de la relación del personal de salud con la comunidad a causa de la insatisfacción de los usuarios hacia los servicios de salud.** Algunos factores que puede originar esta situación son la falla en la actividad de escucha del personal de salud, desconfianza hacia éste, reducción en el tiempo de atención, entre otras. Esta situación reduce la demanda en la atención, lo que puede ocasionar que las personas la soliciten de manera tardía y esto conlleve al aumento de la morbilidad y/o mortalidad de

la población.

Por ejemplo, para lograr la detección oportuna de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvico-uterino (CaCu) y cáncer de mama (CaMa) es importante que la enfermera realice una valoración adecuada donde identifique los factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la persona y posteriormente pueda realizar la promoción y educación para su salud, así como orientación acerca de la prevención y detección oportuna de estas enfermedades. El proceso debe efectuarse mediante la comunicación terapéutica para que las personas mantengan un vínculo de confianza.

Otra situación es proporcionar educación para la salud acerca de los signos de alarma en la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) a los padres de un menor. La información que se proporciona debe ser clara, sin utilizar tecnicismos para facilitar la comunicación con los cuidadores y evitar que se agrave el estado de salud del menor y la atención de manera tardía. Aunado a esto se encuentra la reducción de tiempo para brindar atención a las personas a causa de la alta demanda que pueden presentar los servicios de salud (que en ocasiones sucede), al ser corto el tiempo de atención se dificulta crear una relación terapéutica entre la enfermera y la persona, por lo que la atención brindada no sería de calidad.

Por último, es importante mencionar que para mejorar la atención a la salud de las personas, familia y comunidad es imprescindible crear una relación terapéutica donde el sujeto de cuidado se sienta en confianza de externar sus necesidades, creencias y habilidades, para que a través de su participación pueda realizar el autocuidado de su salud, mejorar su entorno y elevar su calidad de vida en conjunto con la enfermera.



REFERENCIAS

1. **Fajardo Uribe LA:** Propósito de la comunicación verbal. Forma y Función 200922121-142. [Internet] [Fecha de consulta: 14 de marzo de 2017] [Disponible en]: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21916691006>.
2. **Mora-Roche J, Aguilera-Jimenez A:** *Dificultades en el aprendizaje del lenguaje de las matemáticas y en la socialización: atención a la diversidad en educación*. Sevilla: Kronos; 2000.
3. **Corrales Navarro E:** El lenguaje no verbal: un proceso cognitivo superior indispensable para el ser humano. Revista Comunicación, Instituto Tecnológico de Costa Rica. Enero-junio 2011;20(1):46-51.
4. **Schultz JM, Videbeck SL:** *Enfermería psiquiátrica*. Planes de cuidados. México: Editorial El Manual Moderno; 2013.
5. **Estrada AT, Hernández M:** Cultura en la enfermería comunitaria. Rev Hum Med [Internet]. 2001 Dic. [Citado 18 mayo 2017];1(3).[Disponible en]: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202001000300005&lng=es.
6. **Fajardo Uribe LA:** ob. cit.
7. **Ramírez P, Müggenburg C:** Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria. 2015;13(3):134-143.
8. **Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA:** Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 20068137-144. [Disponible en]: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780211>. Fecha de consulta: 18 de mayo de 2017.
9. **Ferrer AC:** La Enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. Rev Adm Sanit. [Internet]. [Abril 2009;] 7(2). [Disponible en]: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-enfermeria-comunitaria-un-modelo-13139762>.
10. **Alba LA, Fajardo Ortiz G, Tixtla LE, Papaqui Hernández J:** La atención enfermera paciente en la atención hospitalaria, caso México. Enf Neurol (Mex) 2012;11(3):138-141.
11. **Ramírez P, Müggenburg C,** ob.cit.
12. Organización Mundial de la Salud: [Página principal en Internet]. Ginebra; c2003 [actualizado 2003; citado Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
13. **Soria R, Vega CZ, Nava C:** Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Altern en Psicol. [Revista en línea]. 2009[Consultado diciembre 2016]; 14(20) [89-103]. [Disponible en]: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008
14. **García Valdés M, Díaz González J:** Psicología y práctica profesional de enfermería. La Habana: Ecimed; 2010.

15. **Valverde Gefaell C:** Comunicación terapéutica en enfermería [libro electrónico]. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007. [Consultado: Diciembre 2016]. [Disponible en]: <https://es.scribd.com/doc/50712983/COMUNICACION-TERAPEUTICA-EN-ENFERMERIA>
16. Martínez-Salanova Sánchez E. [Página principal en Internet]. Huelva: Universidad de Huelva; [citado diciembre 2016]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.uhu.es/cine.educacion/figuraspedagogia/0_mario_kaplun.htm.
17. **Valverde GC**, ob. cit.
18. **Valverde GC**, ob. cit.
19. **Landete BL:** La comunicación, pieza clave en enfermería. Formación dermatológica. Mayo- Agosto, 2012;6(16):16-19.
20. Organización Mundial de la Salud, ob. cit.
21. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Promoción de la Salud. [Disponible en]: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/#.
22. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. [Disponible en]: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario>
23. Organización Mundial de la Salud: Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. [Disponible en]: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38660>
24. Secretaría de Salud. Manual de Procedimientos en Tuberculosis para el Personal de Enfermería [Disponible]: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/de>
25. **García Valdés M, Díaz González J:** ob. cit.
26. **Flores GE, Rivas RE, Seguel PF:** Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Abr [citado: 18 mayo 2017];18(1): 29-41. [Disponible en]: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es.



María Susana González Velázquez, Blanca Estela Marín de la Cruz, Belinda de la Peña
León

INTRODUCCIÓN

El cambio que se ha producido en los últimos años en la pirámide poblacional ha dado lugar a fenómenos variados, como es el aumento en la esperanza de vida en personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas y/o psíquicas, y que al mismo tiempo ha traído consigo el aumento en la necesidad de personal que se dediquen a brindar cuidados en el ambiente familiar.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las patologías cardíacas, respiratorias, los infartos, el cáncer y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el año 2008, 36 millones de personas murieron debido a una enfermedad crónica, de las cuales, la mitad era de sexo femenino y el 29%, menor de 60 años de edad.²

Uno de los fenómenos relacionados con la transición demográfica es el incremento rápido de la población en edades avanzadas. El descenso de la mortalidad y de la fecundidad tiende a transformar la estructura poblacional, lo cual se refleja en el creciente peso absoluto y relativo de las personas adultas mayores. Este proceso de envejecimiento demográfico se ha producido en la mayoría de las naciones del mundo. En México no es la excepción, pues se experimenta un intenso y acelerado proceso de cambio en la distribución por edades de la población, es decir se transita de una población joven a una más envejecida.

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2015,³ indicó que, de cada 10 mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y sólo uno de cada 10 tiene 60 años o más (10%); sin embargo, para el año 2050 esta composición se verá profundamente alterada, ya que se prevé que sólo dos de cada 10 mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán 21.5% de la población total. Las entidades federativas experimentarán el envejecimiento de su población, este proceso se presentará con ritmos diferentes, debido a los cambios en la mortalidad, fecundidad y la migración poblacional.⁴

Cabe señalar que se eligió la edad cronológica de 60 años como la edad umbral de envejecimiento, tal como lo establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (IDPAM, 2002), así como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982).⁵

En México de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la esperanza de vida en el año 1930 era cercana a los 34 años, en el año 2000 aumentó a 75 años, se mantuvo así hasta el año 2009; específicamente en el estado de Veracruz. La esperanza de vida es de 73.4 años para hombres y 78 años para las mujeres. Esto se relaciona con mayor atención médica y cuidados personales de modo permanente.

De la información obtenida en la primera vuelta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México se identificó que las personas mayores de 60 años de edad que cursan dependencia, presentan mayor número de enfermedades crónicas

(hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, osteoartrosis, así como deficiencia auditiva y visual, aunado a síntomas depresivos también de deterioro cognoscitivo.⁶

Esta situación condiciona una crisis familiar, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc., y este desajuste puede tener diferentes intensidades.

El tipo de respuesta que presentan las familias a esta situación, se refiere a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo.

¿QUÉ ES UN CUIDADOR PRIMARIO?

Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia, existen dos tipos de cuidadores.

Por su parte, los **cuidadores formales** son aquellos profesionales y responsables de los establecimientos especializados (el personal de enfermería juega un papel fundamental en el cuidado del paciente) que, habiendo recibido formación previa sobre los cuidados que necesita la persona dependiente, ofrecen atención con límites horarios y menor compromiso afectivo que los cuidadores informales. En las últimas décadas, y dadas las características de nuestra sociedad, el número de cuidadores formales está creciendo de manera considerable, muchas veces como apoyo de los cuidadores informales, que ocupan el papel de cuidador primario de la persona dependiente, perciben un salario.

Un cuidador es un integrante de un equipo importante, que incluye familiares, amigos, otros voluntarios y el equipo de atención médica. Cada miembro de este equipo tiene habilidades diferentes, si se combinan debidamente se verá reflejado en la atención eficiente y eficaz que recibe el paciente.

Antes de asumir la responsabilidad de atención, el cuidador principal deberá tener en cuenta los siguientes elementos por lo que el enfermero(a) debe orientarlo acerca de:

- a) La información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- b) Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad de su familiar.
- c) Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia.
- d) Mantener, si es posible, sus actividades habituales.
- e) Saber organizarse y cuidarse.
- f) Prepararse para enfrentar la etapa de duelo.

Existen **cuidadores informales** los cuales se caracterizan por no haber recibido capacitación alguna sobre los cuidados que debe recibir la persona; por no ser remunerados por sus tareas y por brindar una atención sin límite de horarios. Este colectivo suele estar caracterizado por un elevado grado de compromiso hacia la tarea, que viene determinado por las relaciones afectivas existentes entre cuidador y dependiente, no tiene una percepción económica.

El apoyo informal es brindado principalmente por familiares (85% de la ayuda) y por lo regular desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo. Con frecuencia,

la responsabilidad recae en una sola persona de la familia, al que denominamos cuidador principal. Por lo general se ha atribuido este papel a las esposas, hijas o hermanas, amas de casa, de una media de edad de 45 años y que en muchos casos tienen un bajo nivel educativo, lo que en ocasiones dificulta la enseñanza por parte del personal de enfermería para el cuidado del paciente.⁷

En México, las estadísticas sobre el cuidador primario revelan que existen padecimientos en número cada vez mayor, como las enfermedades crónicas, las cuales representan un alto impacto sobre el cuidador principal y por lo tanto, el aumento en el número de cuidadores con este padecimiento, que tienen la necesidad de que un profesional de enfermería capacite a este cuidador

Por otra parte, en México se encuentra en un momento de gran debate sobre los mitos, tabúes y dogmas referidos a la familia, con un discurso que se centra en los cambios que ésta ha sufrido, aunque los lazos de parentesco continúan teniendo vigencia. Ahora bien, en muchas culturas, entre ellas la mexicana, existen fuertes expectativas normativas que se articulan con el mundo de las emociones, sobre quién, cómo y a quién se da ayuda en las familias. Como explica Segalen,⁸ estas normas imponen obligaciones, al mismo tiempo que confieren derechos, siendo las estructuras de parentesco las que modelan los lazos familiares.

Existen distintas explicaciones acerca de los motivos de cuidar. La antropóloga Comas d'Argemir⁷ describe dos de los componentes del cuidar: el afectivo y el moral. El cuidar en la familia implica “un fuerte componente afectivo (se ama a las personas para las cuales se realiza este trabajo) que además está impregnado también de un elevado contenido moral, ya que se lleva a cabo en el marco de un conjunto de obligaciones y deberes derivados de los lazos de parentesco”.

Sánchez⁹ menciona que el cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar: agotamiento, falta de apoyo de otros miembros de la familia (que en muchas ocasiones actúan como jueces), reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, motivación y energía para establecer, y mantener relaciones sociales.

¿CUÁNDO SE NECESITA AL CUIDADOR PRIMARIO?

Cada ser humano durante su infancia necesitó a un cuidador primario, las madres asumían este rol sin saberlo, en esa etapa ellas proporcionan y satisfacen las necesidades básicas de subsistencia, mismas que van disminuyendo conforme el desarrollo de la autonomía, así como en el caso de alguna enfermedad, cuando se tiene alguna limitación en la que no es posible atender las necesidades físicas o emocionales.

Por lo general, es en la edad adulta o bien, cuando por algún accidente se tienen secuelas y limitaciones, será necesario el apoyo de una persona a quien se le nombra cuidador primario.

En estudios^{10,11} como el de “Soporte social en el cuidador primario de una persona con Alzheimer”, enuncia en una de sus conclusiones que la soledad que puede llegar a sufrir el cuidador primario, disminuiría si se contara con agrupaciones autónomas de asociaciones de familiares-cuidadores, donde todas las personas participantes tendrían una característica en común: ser cuidador primario y familiar de una persona con Alzheimer y así compartir sus experiencias.

En el estudio “Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado” se observó la gran demanda de atención que requieren los cuidadores al mostrar una gran necesidad de ser escuchados y de que alguien se preocupara por ellos, al referir que para el personal que laboraba dentro del hospital, los únicos que necesitaban atención eran sus familiares (el paciente), cuando en ellos su rol social y familiar había sido afectado desde el momento en que la enfermedad llegó a estancarse en su familiar, en donde ellos tuvieron que asumir la responsabilidad de cuidado y como resultado de ello se vio afectado su estilo de vida, alterando su propio estado de salud, algo que ellos referían “nadie veía”.

PROBLEMAS QUE PRODUCE EL CUIDADO CRÓNICO

El cuidador primario suele pasar por un proceso adaptativo que en determinado momento vuelve hostil su entorno, ya que se ve forzado a renunciar a hábitos y distracciones que antes llenaban su vida y su realización personal. También puede desarrollar actitudes negativas volviéndose insensible ante el sufrimiento, además de fatiga y aniquilamiento físico, es decir comienzan a surgir enfermedades oportunistas o crónicas que deterioran su salud física aunado a una serie de frustraciones y culpas que afectan el desempeño psicosocial y emocional del cuidador.

Los cuidadores domiciliarios precisan de mucho apoyo, porque atender a un enfermo en casa representa un cambio sustancial en sus vidas para el que están poco preparados. Necesitan comprensión de sus problemas, cuidados de salud (se automedican por no tener tiempo para visitar a su médico) y educación sobre cómo atender a los enfermos. La labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo por un tiempo prolongado, produce con frecuencia en el responsable de la asistencia, astenia, fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de la prioridad, estado depresivo, aislamiento social, mayor automedicación, irritabilidad, falta de organización, pobre concentración y rendimiento. Pérdida de autoestima, desgaste emocional severo y otros trastornos, que se conocen como el síndrome del quemado, se producen básicamente por:

- a) La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes le atienden.
- b) La repetición de las situaciones conflictivas.
- c) La imposibilidad de dar de sí mismo de forma continuada que puede llegar a incapacitarle seriamente para continuar en esta tarea.

El agotamiento en la relación de ayuda se puede originar por un desequilibrio entre la persona que apoya, la que recibe esa asistencia y el ambiente donde ésta se efectúa.

El cuidador principal debe dejarse ayudar y procurar distribuir el trabajo en forma más equitativa y aceptar relevos para su descanso, así como pedir a los familiares, amigos o vecinos que le hayan manifestado alguna vez su deseo de apoyarle, que le sustituyan para poder descansar o cambiar de actividad y tener tiempo para sí mismo, a fin de evitar el agotamiento emocional. Dar un paseo, distraerse, leer un libro, ir a comer con un amigo, conducir, hacerse un regalo, comprarle flores, etc., son formas muy eficaces para combatir el estrés del cuidador. Tiene, sobre todo, que procurar seguir haciendo su vida normal. Es saludable que mantenga su círculo de amigos y que pueda contar con una persona de confianza para hablar abiertamente sobre sus sentimientos y encontrar una salida a sus preocupaciones.

El cuidado de un paciente suele involucrar diferentes tipos de apoyo y tareas que, como se ha visto, son abrumadoras.

¿QUÉ HAY DEBAJO DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR?

Los cuidadores formales presentan menos desgaste que el cuidador informal, quienes por lo general comparten la misma casa, esto ocasiona que esté desarrollando el papel las 24 horas, los 365 días del año; no percibe salario alguno lo que causa un desgaste mayor, su estado emocional se altera y deteriora poco a poco.

Si es cierto que existen padecimientos en los que el cuidador debe estar todo el tiempo con el paciente; por ejemplo, las enfermedades mentales, en las que el paciente no está consciente de sus actos y puede autoagredirse, situación que hace necesario incrementar la atención.

Son varias las circunstancias que influyen en reducir la resistencia y la entereza de quien dedica asistencia y apoyo diario a personas incapacitadas, por ejemplo:

- Escasa información sobre los problemas de su enfermedad. Por lo general, el cuidador tiene escasa información sobre los cuidados a prestar, esto no solo repercute en el cuidador, sino que también en el bienestar del paciente.
- Situaciones de soledad y falta de apoyo en el cuidado. En muchas ocasiones, es una sola persona la que afronta todo el esfuerzo y responsabilidad del cuidado del paciente, lo que supone además de escaso apoyo físico y emocional a la hora de compartir sentimientos y frustraciones. A veces, la falta de tiempo libre para el descanso y esparcimiento, estando disponible los siete días de la semana, agrava la situación.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA ¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA AYUDAR?

Los cuidadores en México no se eligen, la persona poco a poco se va haciendo cargo del paciente de tal manera que, sin sentir, se ha convertido en el responsable de éste.

Durante el desarrollo de esta tarea que, por lo general se transforman en años, el cuidador se olvida de sí mismo, de tal manera que se hace frecuente el diagnosticarles nuevos padecimientos o enfermedades, siendo en ocasiones más delicadas que la de su paciente.

Un aspecto importante es el de implicar desde el principio a la familia, incluir al cuidador dentro de los programas de educación sanitaria (para proporcionarle información y formación); valorar desde el principio sus necesidades, intentando planificar en conjunto la solución de los problemas.

Ayudar al cuidador con las citas médicas, debido a que son varias en tiempos cortos, pues éstas lo pueden desgastar debido a los traslados, tiempos de espera y otras actividades que debe atender del paciente (p. ej., comidas, medicamentos, etc.). Para ello se puede auxiliar de dos o más personas dependiendo de las posibilidades existentes.

A menudo, está indicado que los cuidadores tengan un descanso, se alejen un tiempo de sus responsabilidades, tarea muy difícil de conseguir. Las terapias de grupo, pueden ser una buena manera de mantenerse con fuerzas para seguir cuidando, es necesario que los cuidadores conozcan los signos de estrés, como son: sensación de agotamiento todo el tiempo, enfermarse más de lo habitual, no dormir lo suficiente, sentirse impaciente, irritado u olvidadizo, no disfrutar de las cosas que antes le gustaban y aislarse de las personas. En caso de presentar alguno de estos signos se debe recibir ayuda médica.

La retribución económica, la posibilidad de otros medios de apoyo en el cuidado, sobre todo, por medio de los trabajadores sociales, como miembros del equipo. También los cuidadores necesitan el reconocimiento de su labor por parte del entorno del paciente (familiar, social, equipo de salud), especialmente, aquellos que no reciben un refuerzo positivo por parte del paciente, que atenúe la tendencia al aislamiento y la frustración. En la mayoría de las ocasiones, sólo el reconocimiento hacia su labor es suficiente recompensa para el cuidador. Ellos son y forman parte del equipo; deberían saber que no se encuentran solos en esa tarea de cuidar.

Proporcionar capacitación referente a la enfermedad con la que cursa su paciente, identificar signos de deterioro, de alarma, así como alternativas para mejorar o mantenerlo estable. “Estas medidas ayudarán a conseguir que la tarea del cuidador sea más llevadera, es fácil comprender la necesidad de considerar a la familia como parte del equipo en el cuidado de sus familiares enfermos. Sin embargo, en muchos casos no se trata el verdadero papel que debe tener la familia como agente cuidador en el marco de los cuidados paliativos, ni se subraya la necesidad que ésta tiene de ser entrenada y protegida”.¹²

REFERENCIAS

1. **Jofré AV, Sanhueza O:** Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Rev. Ciencia y Enfermería 2010;XVI (2):III–120.
2. Organización mundial de la salud. Enfermedades crónicas. [Fecha de acceso: 18 abril 2017]. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es>.
3. Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población 2010-2050 [18DE ABRIL 2017]. Recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones/>.
4. Consejo Nacional de Población: La situación Demográfica de México 2015.
5. **Dorantes Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM:** Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. Pan Am J Public Health 2007; 22(1):1-10.
6. **Alcalde Gutierrez I:** Fiabilidad test-retest de la escala de Kurtzke y validez concurrente con el índice de Barthel. Cuestiones de fisioterapia: Rev univ de infor e invest en Fisioterapia; 2013; 42(1):38-46.
7. Dolores Comas d'Argemir: Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. Revista de Antropología Social, 2015;24:375-404.
8. **Segalen M:** El mito de la familia occidental". En: Antropología histórica de la familia, Madrid, Taurus Ediciones, 1992 [1981]:251-259.
9. **Sánchez. HB:** Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. Rev. Investigación y Educación en Enfermería, 2009; Vol. XXVII(1).
10. **Ostertag Antezana FN:** Soporte social en el cuidador primario de una persona con Alzheimer. Rev Ajayu, 2014;12(1):79-99.
11. **Palomé VG, Gallegos TRM, Xequé MAS et al.:** Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. DIGITALCIENCIA@UAQRO. 2014:1-10.
12. **Expósito CY:** La calidad de vida en los cuidadores Primarios de pacientes con cáncer, Revista Habanera de Ciencias Médicas, 2008.

7

Normatividad para los procesos de salud pública

Leticia Jinez Ramos

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se revisarán temas de importancia normativa para realizar las intervenciones de enfermería en los procesos de salud pública. Estas intervenciones son dirigidas a las personas, familias y población en general, así como a su entorno, puesto que se requiere conocer el marco de referencia legal que guíen sus intervenciones.

Salud pública es: la “Ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural de la salud”.¹

El concepto de salud pública, al igual que el de salud, varía a través de la historia, diversas culturas y sociedades.

Las diferentes definiciones de salud pública destacan que es una ciencia y un arte; ciencia porque aplica conocimientos de las ciencias básicas expresadas en leyes, relaciones necesarias y constantes entre fenómenos naturales y sociales. Arte en cuanto a sus actividades, ya que dependen de la habilidad personal, capacidad de integración, aplicación, amor e interés de quien aplica los conocimientos.

Para su acción, la salud pública se apoya en conocimientos como la ingeniería sanitaria, veterinaria, economía, antropología, sociología, demografía, estadística, biología, ecología, etc. La integración y aplicación de estos conocimientos no son sólo responsabilidad de los especialistas en salud pública, sino de todos los profesionales del área de la salud y de otras áreas que integran el sector salud.²

El concepto de salud pública incorpora por naturaleza una importante actividad gubernamental y social multidisciplinaria. El universo de preocupación es la salud de la población. Pero las acciones de salud pública no son sólo responsabilidad del estado, sino de toda la sociedad, lo que implica que tanto instituciones públicas y privadas deben cumplir en este ámbito.

La salud pública, al cambiar los patrones de salud-enfermedad en las colectividades pretende aumentar la equidad social en las cargas y beneficios que implica vivir en sociedad.

En México, la jerarquía del orden jurídico en materia de salud se clasifica de acuerdo con la Pirámide de Hans Kelsen, en un conjunto de leyes que regulan su ordenamiento jurídico, estableciendo las líneas de acción individual e institucional a partir de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como: leyes, reglamentos, decretos, normas, lineamientos, programas, disposiciones y convenios.³

El término jurídico hace referencia directa a cualquier tema relacionado al derecho. Usado como adjetivo es posible encontrar que su uso está ligado estrechamente a las leyes y normas. Las ciencias jurídicas son los estudios científicos en los que se le impone a la sociedad un compendio de leyes y normas estudiadas y debatidas de manera previa en congresos y salas plenas de quienes legislan. Ellos se encargan de evaluar el panorama social, y crearle barreras y dimensiones legales para mantener el orden.

Un marco jurídico es aquel que toma forma cuando una situación amerita al ámbito legal para su resolución, en él no están presentes todas las leyes, pero si están las necesarias para ser aplicadas a la resolución del problema.

La sistematización del sistema jurídico representa que la organización busca dejar claro que la administración es la correcta, incluyendo el conjunto de normas heterónomas, exteriores, coercibles y bilaterales que rigen las conductas de una sociedad en un tiempo y espacio determinado.

La palabra jurídico se emplea para establecer una presencia judicial y legal en una situación. Su solo estadió en una oración simple sugiere que las leyes que sean necesarias se aplicarán para librar a las consecuencias de los actos.

DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

El derecho a la salud puede ser definido como: “Rama del derecho que regula las relaciones jurídicas que tienen por objeto la salud humana y su protección, entendida la salud como una actitud de armonía que abarca los estados de completo bienestar físico, mental y social, lograda en un ambiente que garantice la sostenibilidad de este equilibrio.

También se considera sinónimo del derecho a la salud, el derecho a la protección de la salud. Lo anterior se basa en el principio de igualdad entre los individuos.

MARCO LEGAL EN EL ÁMBITO NACIONAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Es el máximo cuerpo normativo de nuestro sistema jurídico del cual emana todo ordenamiento legal, ya sea federal o local. Enuncia las exigencias internacionales en materia de salud, para proteger y garantizar este derecho. Contiene los principios y objetivos de la nación. Establece la existencia de órganos de autoridad, sus facultades y limitaciones, así como los derechos de los individuos y las vías para hacerlos efectivos.

Estructura

La constitución consta de 136 artículos, de los cuales 16 son artículos transitorios, y que a su vez se integran en dos partes: 1) dogmática; y 2) orgánica.

Propósito

Organizar políticamente al estado, esto es, establecer las bases de la organización del gobierno de un país (señalar los poderes que lo integran: ejecutivo, legislativo y federal; atribuir facultades a cada uno de ellos, señalar, en el caso de una federación, la relación entre ésta y los estados que la integran, entre otros).⁴

ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Título Primero

Capítulo 1

De los Derechos Humanos y sus garantías

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y

tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Artículo 2o. La Nación Mexicana es única e indivisible.

Art. 2 inc. B fracción III. “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional...”

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas.

Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentada en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres.

El derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad nacional. El reconocimiento de los pueblos y comunidades indígenas se hará en las constituciones y leyes de las entidades federativas, las que deberán tomar en cuenta, además de los principios generales establecidos en los párrafos anteriores de este artículo, criterios etnolingüísticos y de asentamiento físico.

Artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
- Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.
- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.
- Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley.
- Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible.
- El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.
- Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.
- Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos. La autoridad

competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento.

- En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.
- Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Artículo 5o. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

La ley determinará en cada estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como pena por la autoridad judicial, el cual se ajustará a lo dispuesto en las fracciones I y II del artículo 123.

En cuanto a los servicios públicos, sólo podrán ser obligatorios, en los términos que establezcan las leyes respectivas, el de las armas y los jurados, así como el desempeño de los cargos concejiles y los de elección popular, directa o indirecta. Las funciones electorales y censales tendrán carácter obligatorio y gratuito, pero serán retribuidas aquéllas que se realicen profesionalmente en los términos de esta constitución y las leyes correspondientes. Los servicios profesionales de índole social serán obligatorios y retribuidos en los términos de la ley y con las excepciones que ésta señale.

LEYES

Leyes: legislación con la que se complementan las obligaciones y atribuciones dentro del marco jurídico mexicano.

Características:

- a) General:** que sea para todas las personas que reúnan las condiciones previstas por ella.
- b) Abstracta:** la ley está hecha para aplicarse en un número indeterminado de casos, para todos aquellos que caen en los supuestos establecidos por las normas.
- c) Impersonal:** la ley está creada para aplicarse a un número indeterminado de personas y no a alguna en específico.
- d) Obligatoria:** la ley debe cumplirse aún en contra de la voluntad de las personas.

LEY GENERAL DE SALUD

Establece la forma de organización y las competencias o atribuciones de los servicios de salud, pero fundamentalmente, especifica la forma que debemos ser tratados las personas para solucionar cualquier problema de salud. Tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los mexicanos.

Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984 durante la presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado.

ESTRUCTURA

Esta Ley es de aplicación a toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social.

El nuevo ordenamiento contiene los fundamentos del Sistema Nacional de Salud, define las bases y modalidades de acceso a los servicios correspondientes y fija los lineamientos de acción para los programas de salud. Consta de 18 capítulos y 472 artículos.

PROPÓSITO

Artículo 1o. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, así como el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.⁵

ALGUNOS ORDENAMIENTOS

El derecho a la protección de la salud se traduce en el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la salud (Art. 2).

El Sistema Nacional de Salud deberá prestar servicios a toda la población y mejorar la calidad de los mismos dando prioridad a las acciones preventivas (Art. 6).

Se debe garantizar la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios, preferentemente a grupos vulnerables (Art., 25).

Los servicios públicos deben ser prestados bajo los criterios de universalidad y gratuidad (Art. 35).

Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden deberán tomar en cuenta el costo de los servicios y las condiciones de los usuarios, fundamentándose en principios de solidaridad social y eximiendo del cobro a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas o que se encuentren en zonas de menor desarrollo económico y social del país

(Art. 36).

LEY GENERAL DE PROFESIONES

Ley Reglamentaria del artículo 5o. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México.

Se alude a los párrafos III y IV del artículo 5o. constitucional, donde establece que sólo los profesionistas que cuenten con título profesional válido, cédula profesional, y además constancias de coligación, y certificación profesional, podrán ejercer las actividades en materia de la ley. Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 1945.

PROPÓSITO

Vigilar el ejercicio profesional y ser el órgano de conexión entre el estado y los colegios profesionales

ESTRUCTURA

Esta ley contiene: 8 capítulos y 73 artículos.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Es un instrumento legal que protege a los trabajadores, ya que en ésta se plantean los derechos y obligaciones que adquiere un trabajador al ser contratado. Señala también las obligaciones que la empresa tiene con sus trabajadores.

Señala que el trabajo debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia, también puntualiza que cuando se ponga en peligro la salud de la mujer o el producto durante la gestación o lactancia y sin detrimento de salario, prestaciones y derechos, el trabajo de la mujer gestante o lactante no podrá ser utilizado en labores peligrosas.

Artículo 1o. La presente Ley es de observancia general en toda la república y rige las relaciones de trabajo comprendidas en el artículo 123, Apartado “A”, de la Constitución.

ESTRUCTURA

Consta de 15 capítulos.

LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

Es una nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1976 (texto vigente. Última reforma publicada DOF 26-12-2013).

Artículo 39. A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I.- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- II.- Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal; LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Última Reforma DOF 26-12-2013 34 de 82.
- III.- Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud.
- IV.- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.
- V.- Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.
- VI.- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.
- VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.
- VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento.
- IX.- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República.
- X.- Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana.

- XI.- Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana.
- XII.- Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas.
- XIII.- Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario.
- XIV.- Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana.
- XV.- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra.
- XVI.- Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad.
- XVII.- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo.

REGLAMENTOS

Colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se da para la ejecución de una ley o para el régimen de una corporación, una dependencia o un servicio. Un reglamento es una norma jurídica de carácter general que regula la adecuada aplicación de las leyes.

Los reglamentos en materia de salud son de observancia general en toda la república, sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, a la observancia de la Ley General de Salud.

DECRETO

Término que procede del latín *decrētum*, es la decisión de una autoridad sobre la materia en que tiene competencia. Suele tratarse de un acto administrativo llevado a cabo por el Poder Ejecutivo, con contenido normativo reglamentario y jerarquía inferior a las leyes.⁶

NORMAS

Son criterios institucionales que definen la correcta aplicación de acciones en los procesos que se realizan.

La normatividad en México está constituida por una serie de normas que tiene como objetivo el asegurar valores, cantidades y características mínimas o máximas en el diseño, producción o servicio de los bienes de consumo entre personas morales y/o físicas, sobre todo los de uso extenso y fácil adquisición por el público en general, poniendo principal atención a un público no especializado en la materia; de estas normas existen dos tipos básicos la legislación mexicana, las Normas Oficiales Mexicanas llamadas NOM y las Normas Mexicanas llamadas NMX, de las cuales solo las Normas

Oficiales Mexicanas son de uso obligatorio en su alcance y las segundas solo expresan una recomendación de parámetros o procedimientos, aunque si son mencionadas como parte de una NOM como de uso obligatorio su observancia es a su vez obligatoria.⁷

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-1993, que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA1-1993, Salud Ambiental. Requisitos sanitarios que debe satisfacer el etiquetado de pinturas, tintas, barnices, lacas y esmaltes Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.⁸
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2012, para la vigilancia epidemiológica.

EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ES EL ÓRGANO DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Establecer los criterios generales que regirán la divulgación y la emisión de los entes públicos, el 24 de diciembre de 1986, reglamenta su publicación.

Su función es publicar en el territorio nacional: leyes, reglamentos, acuerdos, circulares, órdenes y demás actos expedidos por los poderes de la Federación, a fin de que éstos sean observados y aplicados debidamente en sus respectivos ámbitos de competencia.⁹

Código Civil

Es un conjunto unitario ordenado y sistematizado de normas de derecho privado, es decir, un cuerpo legal que tiene por objeto regular las relaciones civiles de las personas físicas y jurídicas, privadas o públicas.

Se creó para regular las relaciones civiles a través del derecho de las personas, de las cosas (bienes), obligaciones (contratos y otras fuentes), derecho de sucesiones y derecho de familia.

Utilidad

Causa una consecuencia jurídica, el Derecho de la Responsabilidad, procede sin duda de su afectación directa a bienes personales y esenciales del ser humano, fundamentalmente la vida y la salud, aunque también otros como la intimidad o la libertad. Todos ellos gozan de protección constitucional como derechos fundamentales de la persona.

Estructura

Artículos primeros:

- Libro primero: las personas.
- Libro segundo: bienes.
- Libro tercero: sucesiones.
- Libro cuarto: obligaciones.

Artículos transitorios:

- Título Primero - De las personas físicas (artículos 22-24).
- Título Segundo - De las personas morales (artículos 25-28).
- Título Tercero - Del domicilio (artículos 29-34).
- Título - Del Registro Civil (artículos 35-138).
- Título Cuatro - Del Registro Civil (artículos 35-138). Título Quinto - Del Matrimonio (artículos 139-291).
- Título Sexto - Del parentesco y de los alimentos (artículos 292-323).
- Título Séptimo - De la paternidad y filiación (artículos 324-323).
- Título Octavo - De la patria potestad (artículos 411-448).
- Título Noveno - De la Tutela (artículos 449 - 469).
- Título Decimo - De la emancipación y de la mayor edad (artículos 641-647).
- Título Undécimo - De los ausentes e ignorados (artículos 648-722).

- Título Duodécimo - Del patrimonio de la familia (artículos 723-746).

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Libro Primero. Título Preliminar

Artículo 1o. Este código se aplicará en toda la república para los delitos del orden federal, dolo y culpa.

PLAN DE TRABAJO

Define las acciones o tareas de trabajo que se quiere para lograr un objetivo y cumplir metas.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Es un plan de trabajo en donde el gobierno federal impulsa varios programas enfocados a enfrentar rezagos, que deben mejorar la equidad en acceso a servicios y en los beneficios del sistema de salud.

En México, cada seis años, el gobierno federal incluye en su plan de trabajo el Programa Nacional de Salud, también es considerado un documento normativo en materia de salud, ya que establece las estrategias específicas para operacionalizar los diferentes programas para abatir las enfermedades transmisibles y no transmisibles, grupo de edad.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (2013 – 2018)

Es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la administración pública federal; ha sido concebido como un canal de comunicación del gobierno de la república, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara y concisa.

- El Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 proyecta, en síntesis, hacer de México una sociedad de derechos, en donde todos tengan acceso efectivo a los derechos que otorga la constitución.
- Se impulsa un federalismo articulado, partiendo de la convicción de que la fortaleza de la nación proviene de sus regiones, estados y municipios.
- Asimismo, promueve transversalmente, en todas las políticas públicas, tres estrategias: democratizar la productividad, consolidar un gobierno cercano y moderno, así como incorporar la perspectiva de género.¹⁰
- Aquí se traza los grandes objetivos de las políticas públicas y se establece las acciones específicas para alcanzarlos. Se trata de un plan realista, viable y claro para alcanzar un México en Paz, un México Incluyente, un México con Educación de Calidad, un México Próspero y un México con Responsabilidad Global.
- Se incluye por primera vez dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, indicadores que reflejen la situación del país en relación con los temas considerados como prioritarios para darles puntual seguimiento y conocer el avance en la consecución de las metas establecidas y, en su caso, hacer los ajustes necesarios para asegurar su cumplimiento.

MANUALES

Instrumento administrativo que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, organización y procedimientos de los órganos de una institución; así como las instrucciones o acuerdos que se consideren necesarios para la ejecución del trabajo asignado al personal, teniendo como marco de referencia los objetivos de la institución.¹¹

- Los manuales de procedimientos son instrumentos administrativos que apoyan el que hacer institucional y están considerados como documentos fundamentales para la coordinación, dirección, evaluación y el control administrativo, así como para consulta en el desarrollo cotidiano de actividades.
- Su objetivo es unificar criterios de contenido que permita la realización de las funciones de dirección, coordinación y evaluación administrativa a través de la sistematización de las actividades, la identificación de los procesos y la definición del método para efectuarlas.¹²

REGLAMENTOS

Conjunto de preceptos que regulan la adecuada aplicación de las leyes bajo las que se rigen las instituciones de salud.

CONVENIO

Acuerdo vinculante entre los representantes de los trabajadores y los empresarios de un sector o empresa determinados, que regula las condiciones laborales.¹³

Ejemplo: Convenios nacionales de colaboración con instituciones de salud:

- Instituto Nacional de Pediatría.
- Instituto Nacional de Perinatología.
- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Instituto Nacional de Neurología.
- Instituto Nacional de Perinatología.

Universidades e instituciones de educación superior:

- Universidad Nacional Autónoma de México.
- Universidad de Guanajuato.
- Universidad Autónoma del Estado de Colima.
- Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional.
- Universidad La Salle.

El Diario Oficial de la Federación es el órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos.

Establecer los criterios generales que regirán la divulgación y la emisión de los entes públicos, el 24 de diciembre de 1986, reglamenta su publicación.

Su función es publicar en el territorio nacional: leyes, reglamentos, acuerdos, circulares, órdenes y demás actos expedidos por los poderes de la Federación, a fin de que éstos sean observados y aplicados debidamente en sus respectivos ámbitos de competencia.¹⁴

ORGANISMOS INTERNACIONALES

Un organismo internacional es una entidad cuyos integrantes y objetivos no pertenecen a un solo país. Lo habitual es que los integrantes de esta clase sean de distintos países, que trabajen en conjunto para coordinar ciertas políticas o para sumar esfuerzos con una meta en común.¹⁵

Las características de cada organismo internacional pueden ser distintas. Por lo general, surgen a partir de acuerdos, convenios o tratados entre los diferentes países, que crean una organización enmarcada dentro del derecho público internacional.

La idea de crear organismos internacionales surgió como una forma de intentar procurar una convivencia armónica entre los diferentes países. Muchos de los problemas de los diferentes países no pueden ser resueltos dentro de su frontera, por lo tanto es importante contar con entidades externas que intercedan para abogar por la paz y la seguridad del mundo.

Los organismos internacionales interfieren, por ejemplo, en asuntos que estén vinculados al comercio internacional, las telecomunicaciones o las acciones humanitarias.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

“(…) el derecho a la salud se hace extensivo a los factores determinantes básicos como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y las condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente sano”.

En el ámbito mexicano, las obligaciones del estado, según el pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se han dividido en estratos que corresponden a los deberes de respetar, proteger y cumplir y a, su vez, a la obligación de cumplir corresponden los deberes de proporcionar y promover. De manera específica a través de la obligación de respetar, los estados deben asumir la obligación de subsidiar y establecer medidas de protección general para la población, incluyendo a quienes se encuentren en cualquier situación que les dificulte obtener los ingresos necesarios para vivir de manera digna.¹⁶

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Los profesionales dedicados al cuidado, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud de la persona, familia y comunidad conocen la existencia de organismos internacionales que regulan México, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁷

La OMS es una autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas.

La OMS entró en vigor a partir de su Constitución, el 7 de abril de 1948, fecha en la que se celebra cada año el Día Mundial de la Salud. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados. Actualmente son 150 oficinas de los países asociados, seis oficinas regionales y la sede es en Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud coordina la labor sanitaria Internacional promoviendo la colaboración por medio de alianzas y de diferentes oficinas del ámbito de la salud.

Su objetivo es construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo. A través de las oficinas que la OMS tiene en más de 150 países hasta este momento.

El personal de esas instituciones trabaja en coordinación con los gobiernos asociados para que todas las personas gocen del grado máximo de salud que se pueda lograr. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la OMS). Sus ámbitos de actividad principales son los siguientes:

- Enfermedades no transmisibles.
- Enfermedades transmisibles.
- Preparación, vigilancia y respuesta a las crisis promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida.
- Sistemas de salud.
- Servicios institucionales.

Presta apoyo a los países en la coordinación de las actividades de diferentes sectores del gobierno y de los asociados –incluidos asociados bilaterales y multilaterales, fondos y fundaciones, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado– para que logren sus objetivos sanitarios y apoyar sus estrategias y políticas sanitarias nacionales. Su principal función consiste en determinar las políticas de la organización.

La asamblea nombra al director general, supervisa las políticas financieras de la organización y examina, y aprueba el proyecto de presupuesto por programas. De modo análogo, examina los informes del consejo ejecutivo, al que da instrucciones en lo que respecta a los asuntos que pueden requerir la adopción de medidas, un estudio, una investigación o un informe.

CONSEJO EJECUTIVO

El consejo ejecutivo está integrado por 34 miembros técnicamente cualificados en el campo de la salud. Sus miembros se eligen para un mandato de tres años.

Las principales funciones del Consejo Ejecutivo consisten en dar efecto a las decisiones y políticas de la Asamblea de la Salud, en asesorarla y, de manera general, en facilitar su trabajo.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

La OPS es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas.¹⁸

Surge el 2 de diciembre de 1902. Los Cuerpos Directivos son la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo. El cuerpo consultivo asesor del Comité Ejecutivo es el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

La Conferencia es la autoridad suprema de la Organización y se reúne cada cinco años para determinar las políticas generales de esta. También actúa como foro para el intercambio de información e ideas con respecto a la prevención de las enfermedades; la preservación, la promoción y la recuperación de la salud física y mental; el fomento de los establecimientos, las medidas sanitarias y sociales en favor de la prevención y el tratamiento de las enfermedades físicas y mentales en el continente americano.

La OPS da respuesta a dos instancias institucionales: una es la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Desde su sede regional en Washington, sus 27 oficinas en países de la región y sus tres centros especializados, impulsa decisiones basadas en evidencia para mejorar la salud y promueve la salud como motor del desarrollo sostenible.

VALORES

- **Equidad.** Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.
- **Excelencia.** Logro de la más alta calidad en lo que se hace.
- **Solidaridad.** Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.
- **Respeto.** Aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países.
- **Integridad.** Garantía de un desempeño transparente y responsable.

Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población.

Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

La OPS está comprometida en lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.

Con el fin de lograr estas metas, fomenta la cooperación entre países y trabaja en forma colaborativa con los ministerios de Salud y otras agencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y otros socios.

La OPS vela porque la salud sea incluida en todas las políticas y porque todos los

sectores hagan su parte para asegurar que las personas vivan más y mejores años de vida, porque la salud es nuestro recurso más valioso.

Los miembros de la organización representan a 44 países y territorios. Bajo su liderazgo, se establecen las prioridades sanitarias de la región para enfrentar juntos problemas comunes que no respetan fronteras y que, en muchos casos, pueden poner en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud.

ORGANISMOS NACIONALES

SECRETARÍA DE SALUD

Es la dependencia del poder ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población. Se fundó el 15 de octubre de 1943 con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) es un organismo público autónomo del estado mexicano, es decir, no depende de ninguna otra autoridad. Su misión es la defensa, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Mexicana, los tratados internacionales y las leyes.¹⁹ Fue creada a través de la reforma constitucional del 28 de enero de 1992. La Comisión de los Derechos Humanos tiene como objetivo esencial la protección, observancia, promoción estudio y divulgación de los derechos humanos previstos por el orden jurídico mexicano.

Para cumplir estos objetivos se tienen las siguientes atribuciones:

1. Recibir quejas sobre presuntas violaciones a los derechos humanos.
2. Conocer y decidir en última instancia las inconformidades que se presenten.
3. Impulsar la observancia de los derechos humanos en el país y elaborar programas preventivo.

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED)

Se creó, entre otros aspectos, para que los usuarios de los servicios de salud puedan presentar una queja por probables actos u omisiones derivados de la prestación de los servicios médicos y tanto el paciente como el prestador de servicio de salud quieran resolverla de manera pacífica, mediante acuerdos conciliatorios y el arbitraje. Recibe y atiende tus quejas por la posible irregularidad o negativa en la prestación de servicios de salud.

1. Interviene en amigable composición para **conciliar** conflictos que se derivan de los servicios salud por: probables actos u omisiones derivados de la prestación del servicio; probables casos de negligencia (abandono, descuido), negación del servicio, un error técnico, una mala práctica médica, una imprudencia, impericia (falta de conocimiento de la técnica, de experiencia, de habilidad o de pericia), etc., con consecuencia sobre la salud del paciente y aquéllas que sean acordadas por el consejo.
2. Actúa como árbitro y pronuncia los laudos que correspondan cuando los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de estos servicios acepten expresamente el arbitraje.
3. Emite dictámenes institucionales únicamente cuando son solicitados por los órganos de control, de procuración e impartición de justicia y por Cofepris.
El tipo de quejas que atiende son: de usuario: negligencia, impericia e imprudencia (mala praxis), aquellas en la que exista materia médica, es decir que se hayan propiciado por la actuación u omisión del médico o algún integrante del equipo de salud en cuanto al diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la atención, etc.²⁰
4. Las quejas en las que su disposición sea acordar con el prestador del servicio de salud formas u opciones para resolver el problema de manera pacífica, mediante convenios formales conciliatorios y el arbitraje.

VALORES UNIVERSALES

Este capítulo integra otro elemento ético y social propio del trabajo de salud pública, si las personas reciben atención a sus problemas de salud (sean estos individuales o colectivos, sea bajo la promoción de la salud, de prevención o atención a la enfermedad,) ha de verse como resultado, no de una acción dadivosa o benevolente de tal o cual persona o institución sino del cumplimiento del derecho, socialmente aceptado, reconocido de manera legal y cuyo cumplimiento cuenta con mecanismos de exigibilidad.²¹

Las funciones e intervenciones de enfermería: asistenciales, administrativas, docentes y de investigación, representan un acto de justicia y ética social.

Los valores universales son el conjunto de normas de convivencia válidas en un tiempo y época determinada. Ante esto se debe comprender que no es un concepto sencillo, debido a que en ocasiones se confrontan valores importantes que entran en conflicto. El derecho a la vida y a la salud, el respeto a la propiedad privada, la observancia de las leyes, etc.²² Estos valores son:

- Amistad: es el afecto o estimación entre personas que les permite establecer vínculos más estrechos de convivencia.
- Amor: es un principio de unión entre los elementos que forman el universo; una manifestación de los hombres hacia el bien y la belleza absoluta.
- Bondad: es una cualidad de una cosa o persona que la voluntad considera como un fin deseable tendiente a lo bueno.
- Confianza: actitud de esperanza hacia una persona o cosa; sentimiento de seguridad en uno mismo, acto de fe.
- Fraternidad: es la unión y buena correspondencia entre los hombres.
- Honor: es el sentimiento profundo de la propia dignidad moral del hombre.
- Honradez: es la cualidad que nos hace proceder con rectitud e integridad.
- Justicia: es dar a cada quien lo que se merece, según sus obras.
- Libertad: es obrar con libre albedrío; es hacer lo que uno desea sin dañar a nadie. La libertad física es limitada y sólo el pensamiento es infinitamente libre.
- Paz: es el conjunto de actos de unión o concordia que hacen posible la convivencia armoniosa entre los miembros de una sociedad o familia.
- Respeto: es la consideración especial hacia las personas en razón de reconocer sus cualidades, méritos, situación o valor particulares.
- Responsabilidad: es el deber de asumir las consecuencias de los actos que uno ejecuta sin que nadie lo obligue.
- Solidaridad: es una responsabilidad mutua contraída por varias personas, que nos hace colaborar de manera circunstancial en la causa de otros
- Tolerancia: actitud abierta hacia posturas u opiniones diferentes a la propia.
- Valentía: es la cualidad que nos permite enfrentar con decisión y sin dudar todos los actos de nuestra vida.

- Verdad: es la conformidad o acuerdo de lo que se dice con lo que se siente, se piensa o hace.

CÓDIGO DE ÉTICA

Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida. Ética profesional, cívica, deportiva.²³

ÉTICA PROFESIONAL

Implica una serie de principios y reglas que una actividad profesional deberá observar en la realización de su quehacer. Un código de ética establece los parámetros de la conducta profesional. La ética profesional es muy importante en el campo de la salud. Donde los profesionales se espera que actúen y responden de una manera responsable y correcta.

Conciencia moral

Indica si son correctas o no nuestras acciones. Es la capacidad de juzgar.

Conciencia social

Se origina en el hecho de que las decisiones y los actos personales afecten a los demás y a la sociedad. La importancia de su implicación es que se sigan estos principios:

- La congruencia: la correspondencia en el pensar, decir y hacer.
- La pertinencia: el actuar en el momento preciso o asertivo en el aquí o ahora.

Sentido del código

Orienta a la conducta del profesional en sus relaciones con la ciudadanía, instituciones superiores y consigo mismo.

Código de ética profesional

Conjunto de deberes relacionados con el ejercicio de una determinada profesión, en donde los valores: honradez, justicia, igualdad, salud, seguridad, bienestar público y respeto a la naturaleza son la base de los actuales códigos. El código de ética profesional ofrece normas y reglas a seguir en un ambiente laboral.

La ética profesional se basa en dos componentes principales: respeto, honestidad y tres valores: responsabilidad, honestidad y discreción.

El ejercicio profesional de enfermería y sus diferentes especialidades, en este caso salud pública, se refiere a normas en las que deben ser guiados sus intervenciones profesionales, como proteger la vida o la salud de los miembros de la comunidad, respetar y hacer respetar todas las disposiciones legales y velar por el buen prestigio de la profesión. Su violación será sancionada.

Un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley del ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

En México, existe un código de ética para enfermeras y enfermeros emitido por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Comisión Permanente de

Enfermería, publicado en diciembre del 2001.

Este código señala la condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En México se a hecho un reclamo de la mayor justicia para contar con mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que le corresponde. Como resultado de su formación profesional la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento, y así, sus acciones y opiniones tratan de orientarse en el marco del saber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión de los usuarios de los servicios de enfermería y los mismos profesionistas.²⁴

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión.

COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA

La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) es un órgano colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las actividades que se emprenden en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, a su adecuada formación y al desarrollo y superación del personal de enfermería.²⁵

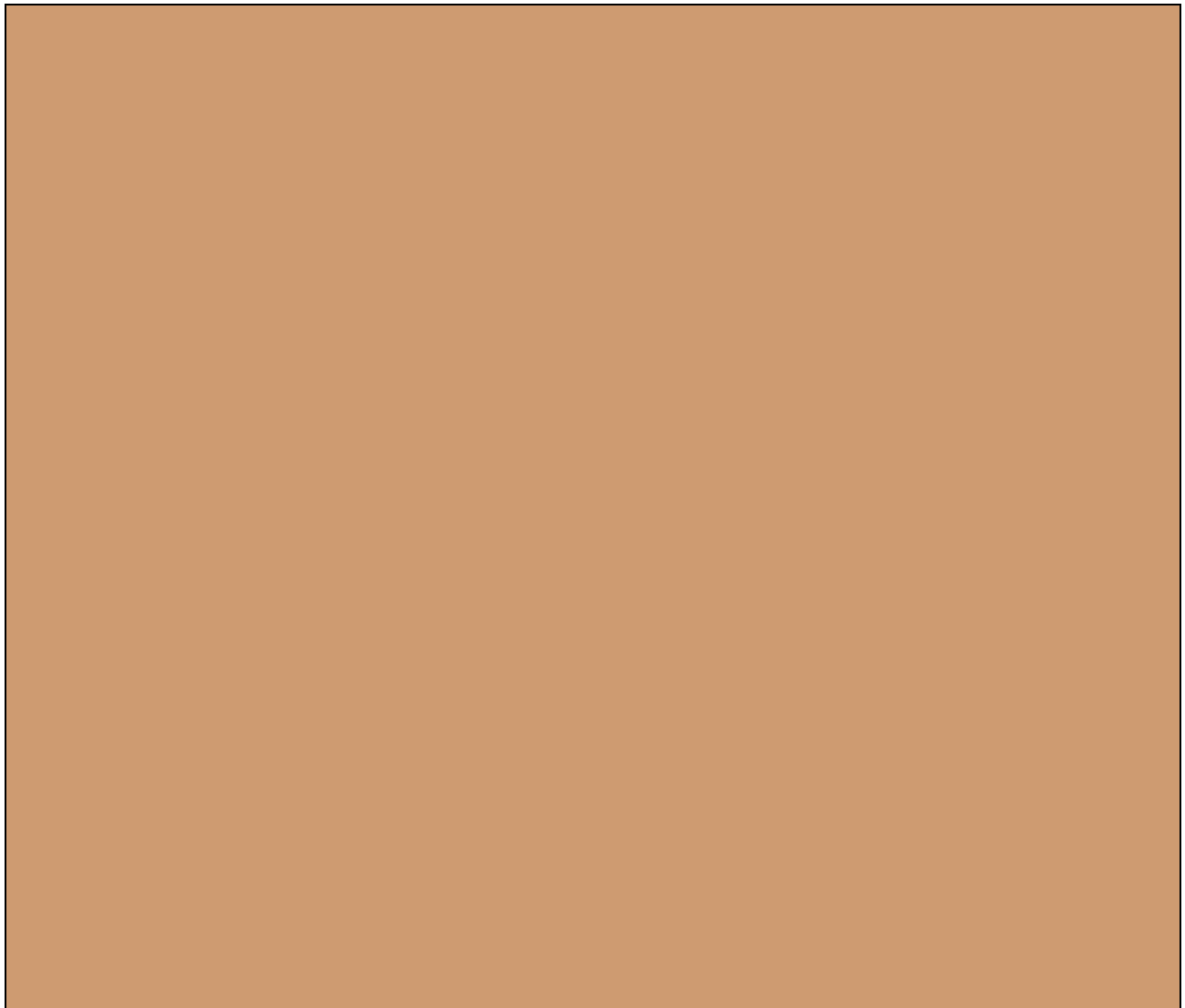
Su estructura la conforman un Presidente (Secretario de Salud), Vicepresidente (Subsecretario de innovación y desarrollo de innovación del sector salud), una coordinadora General (Directora de Enfermería), una secretaria técnica y una representante de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, así como de las escuelas y facultades formadoras de recursos de enfermería.

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) es un órgano desconcentrado con autonomía administrativa, técnica y operativa, y al frente de ésta se encuentra un Comisionado Federal designado por el Presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud.²⁶ El 5 de julio de 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Decreto de Creación de la Cofepris” responsable de la regulación, control y fomento sanitarios.

OBJETIVO

La vigilancia sanitaria se lleva a cabo mediante visitas de verificación a cargo del personal expresamente autorizado por Cofepris, y tienen como objetivo obtener información de las condiciones sanitarias del establecimiento, identificación de anomalías y deficiencias sanitarias.



REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003.
2. Casas Zamora J: “Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI”. Panamericana de Salud Pública, 2002.
3. El orden jurídico [Internet] 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017]. [Disponible en]: <http://conceptodefinicion.de/juridico/>
4. Cámara de Diputados. [Internet], 2016. [citado el 20 de Agosto del 2016]. [Disponible en]: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf
5. Ley general de Salud [Internet], 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017]- [Disponible en]: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/huejutla/derecho/temas/4ley
6. Poder Ejecutivo de la Nación [Internet], 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/huejutla/derecho/temas/4ley
7. Secretaría de Salud. México: Hacia la integración funcional del Sistema Nacional de Salud. México 2011.
8. Normas Oficiales Mexicanas [Internet], 2017. [Citado el 20 de Agosto del 2017] [Disponible en]: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>
9. Diario Oficial de la Federación [Internet], 2017 [Citado el 20 de Agosto del 2017] [Disponible en]: <http://www.pyrolac.mx/home/blog/item/importancia-de-la-normatividad-mexicana-en-la-industria-de-recubrimientos>
10. Dirección General de Promoción de la Salud, [Internet], México, Última Actualización 2010. [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2017/marco_juridico
11. Definición de manuales [Internet], 2015. [Citado el 20 de agosto del 2017]. [Disponible en]: <http://www.definicion.org/manual>
12. Manuales [Internet], 2015. [Citado el 20 de agosto del 2017]. [Disponible en]: https://www.uv.mx/personal/fcastaneda/files/2010/10/guia_elab_manu_proc.pdf
13. Definición de convenio [Internet], 2016. [Citado el 20 de agosto del 2017]. [Disponible en]: <http://dle.rae.es/?id=AgBNpjI>
14. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: <http://www.pyrolac.mx/home/blog/item/importancia-de-la-normatividad-mexicana-en-la-industria-de-recubrimientos>
15. Organismos Internacionales [Internet], 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: <https://www.gob.mx/organismos-internacionales>
16. Declaración Universal De Los Derechos Humanos. [Internet], 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017].
17. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: <http://www.who.int/es/>
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS), [Internet], 2017. [Citado el 20 de Agosto del 2017]. [Disponible en]: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
19. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH): [Internet], 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: www.cndh.org.mx/

20. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). [Internet], 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: <https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/nuestros-servicios->
21. Salud Pública y Trabajo en Comunidad, 2017(Última actualización el 21 de Abril del 2017).
22. Los valores universales: [Internet], 2017 [Citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/VALORES-UNIVERSALES.pdf>
23. Código de Ética, Real Academia Española [Internet], 2017. [citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=H3y8Ijj%7CH3yay0R>
24. Código de Ética: [Internet], 2017. [citado el 20 de agosto del 2017] [Disponible en]: <https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/nuestros-servicios-43613>
25. Comisión Permanente de Enfermería (CPE) [Internet]. 2017. [Citado el 20 de agosto del 2016] [Disponible en]: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/?Id_URL=05proyectos
26. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS): [Internet], 2017. [Citado el 20 de agosto del 2016] [Disponible en]: www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/cis.
27. Ley General de Salud: Título decimosegundo. Control Sanitario de Productos y Servicios y de su Importación y Exportación. Disponible: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t12.htm



Instrumentos comunitarios



Instrumento A. [Cartografía](#)

Instrumento B. [Visita domiciliaria](#)

Instrumento C. [La entrevista](#)

Instrumento D. [Puesto de vacunación](#)



Blanca Estela Marín de la Cruz

INTRODUCCIÓN

Un nuevo escenario de la cartografía en salud se ha creado por el notable desarrollo de las técnicas de geoprocusamiento y análisis espacial en salud y los avances en el reconocimiento de la utilidad de los mapas en la gestión del sector salud. La cartografía incrementa potencialidades para “conocer, interpretar y actuar”, y con la tecnología disponible permite colocar juntos en un mapa, objetos dispares y procedentes de diversas fuentes, tales como postes de iluminación, parques públicos, superficies acuosas, manzanas de la trama urbana, viviendas pobres, hospitales, viales, defunciones, focos de mosquitos, casos de enfermedades transmisibles, centros de atención a la salud o áreas tributarias a los centros de salud.

En la planificación, ejecución y evaluación de las actividades del equipo de salud es necesario tener los medios que permitan conocer en forma rápida, clara, detallada y precisa, las características especiales para describir, comparar y analizar lugares, tiempos y personas; para ello se utilizan los llamados mapas (en sus diversos tipos) con el propósito fundamental de conocer las características, limitaciones y condiciones del área de trabajo.

La cartografía tiene una función importante como elemento primordial de desarrollo, pues en los mapas cartográficos se representan (con diversas acotaciones), datos previamente recabados, depurados y sintetizados. Así los mapas, son una representación gráfica de la superficie terrestre o, mejor, de una parte, de la misma que se dibuja a escala en un plano. Dentro de este marco, los documentos que conforman el sistema de cartografía topográfica proporcionan información sobre la infraestructura con que cuenta el país y sobre el medio físico nacional.

ANTECEDENTES

La historia de la cartografía es el reflejo del afán del hombre por entender y comunicar la forma de la tierra que le rodea, del territorio en que vive, sus características y los lazos que con él establece. Desde sus orígenes, el hombre ha tenido la necesidad de explicar el mundo, de dar respuestas de su ubicación en el planeta, sin duda, los mapas han contribuido notablemente.

Decía el cartógrafo Gerardus Mercator que: “Los mapas son los ojos de la historia”. A decir verdad, concretamente los mapamundis son un reflejo de los territorios conocidos.

Los pueblos primitivos dibujaban en arena esbozos de mapas para orientarse y buscar una ruta, esto puede ser el precedente de la cartografía. La aparición de los mapas surge antes de la historia, es decir, antes de tener evidencia por escrito, ante la necesidad del ser humano de dejar plasmado gráficamente la ubicación; entonces, el uso de la cartografía se hace importante para que cualquier persona pueda ubicarse de manera exacta en cualquier lugar donde se encuentre.

El mapa más antiguo conocido es una tablilla babilónica fechada en el siglo VI a de C. Técnicamente, se trata de un diagrama que combina el mapa esquemático central con la descripción de siete islas míticas en medio del océano, conectando la tierra con el cielo. El mapa muestra así la conexión entre el mundo mítico, tal y como lo conocían los antiguos babilonios, expresado en escritura cuneiforme.

En México existe una gran tradición cartográfica. El pueblo mexicano tuvo su propia cartografía mucho tiempo antes de que se descubriera América.

Los materiales generalmente empleados eran papel de maguey, pieles curtidas y tejidos de algodón, de palma y henequén. El dibujo se hacía con colores vegetales y parece que se le daba un acabado con barniz, cuando se empleaba papel de maguey o pieles.

Los cartógrafos prehispánicos desconocían proyecciones y escalas, haciendo sus representaciones como si la tierra fuera plana y sin cuidar que las distancias entre los puntos representados correspondieran a la realidad, dadas las inmensas extensiones superficiales en que quedaban incluidos, lo cual forzosamente tenía que dar lugar a una cartografía deficiente. Utilizaban simbolismos fáciles de comprender: costas, islas, lagos, ríos, volcanes, vegetación, forestación y caminos principalmente.

Los aztecas sabían orientarse señalando en sus cartas el Este por el sol naciente y el Sur por el signo del conejo, interpretación que coincide al comparar algunas de las cartas conocidas con la zona representada, aun sin tener conocimiento de la cartografía ellos sabían identificar e interpretar su territorio.

IMPORTANCIA DEL USO DE LA CARTOGRAFÍA

Actualmente se le ha dado más importancia a la elaboración de cartografía, en actividades sociales, médicas (epidemiología, enfermería), arquitectónicas, topográficas por mencionar algunas plasmadas en localidades urbanas y rurales utilizando acotaciones específicas.

En el área de la salud, principalmente en el primer nivel de atención es una herramienta de suma importancia, en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades del equipo de salud, por lo tanto es necesario tener los medios que permitan conocer en forma clara, detallada y precisa las características especiales para describir, comparar y analizar lugares, tiempos y personas; para ello se utilizan los llamados mapas (en sus diversos tipos), con el propósito fundamental de conocer las características, limitaciones y condiciones del área de trabajo.

A través de la cartografía actual es posible identificar los servicios con los que cuenta el territorio de estudio, tales como instituciones de salud, educativas, áreas deportivas, mercados, comercios, fábricas, entre otros, lo cual permite realizar parte de un estudio de la comunidad.

Otro uso de la cartografía es la realización de los cercos epidemiológicos, en los cuales, a través de la identificación y limitación del área, es posible la localización inmediata del caso y la identificación de las manzanas para realizar el bloqueo vacunal o bien, la actividad específica según sea el caso. La adecuada realización de la cartografía es parte fundamental para el éxito de un cerco epidemiológico. En las tareas antes descritas es necesario usar correctamente la cartografía.^{1,2}

CONCEPTO

Técnica que consiste en representar gráficamente, parte o toda una superficie sobre un plano, utilizando un sistema de proyección y una relación de proporcionalidad entre terreno y mapa. La correcta utilización de la cartografía depende en gran medida, de una adecuada lectura e interpretación de su contenido.

OBJETIVOS DE LA CARTOGRAFÍA

Éstos pueden resumirse en los siguientes puntos:

a) Antes de iniciar la actividad:

- Delimitar el área de responsabilidad.
- Planificar y organizar actividades.
- Estimar los recursos necesarios, así como el cálculo de los mismos (humano, material y financiero).

b) Durante la actividad:

- Verificar los límites del área asignada.
- Observar los accidentes geográficos principales del área (ríos, montañas, entre otros).
- Valorar factores de riesgo ambientales presentes (fluidos procedentes de uso doméstico o industriales, basureros, entre otros).
- Conocer las características de la población (condiciones de vida).
- Se debe plasmar todas las características observadas y valoradas en un plano que dará como resultado la cartografía.

c) Después de la actividad:

- Valorar la situación epidemiológica del área.
- Priorizar áreas y grupos de mayor riesgo.
- Coordinar acciones con otros sectores presentes en el área.
- Comparar datos e información con los existentes.
- Ejecución de programas de salud programado.

En relación con esta actividad se realiza un diagnóstico de la situación de salud con el objeto de planificar acciones como: vigilancia epidemiológica, determinar las poblaciones de mayor riesgo, realizar las campañas de inmunización para comunicación y transporte.

USOS DE LA CARTOGRAFÍA

Se puede representar gráficamente:

- Las distintas divisiones de una provincia (municipios, áreas programáticas y operativas).
- Ubicación de rutas, caminos, senderos.
- Ubicación de lugares poblados y distribución de las viviendas.
- Localización de edificios públicos y organizaciones vinculadas con la comunidad (servicios de salud, escuelas, policía, iglesias, centro vecinales, clubes, otros).
- Planeación de actividades en los órdenes locales, municipales, estatales y nacionales, a corto, medianos y largo plazos.
- Estudio, programación y análisis de actividades de intervención en la comunidad.
- Localización de recursos naturales y ubicación de las obras de infraestructura en los centros de población.
- Señalamiento y asignación de áreas de trabajo.
- Identificación de vías de acceso a las localidades.
- Planeación de recorridos de supervisión.
- Control de avances de cobertura.
- Presentación de resultados, etc.

Para organizar y programar actividades de intervención en cualquier comunidad es necesario que el personal se apoye en los instrumentos cartográficos, los cuales le permitirán ubicar áreas de trabajo, conocer las características topográficas del lugar, así como determinar las rutas de acceso más convenientes para desarrollar su labor. Para poder utilizar la información cartográfica es necesario poseer algunos conceptos básicos de cartografía y saber manejar dos instrumentos cartográficos: el plano de línea y la carta topográfica.

DOCUMENTOS CARTOGRÁFICOS. CLASIFICACIÓN

- **Mapas:** representación gráfica de áreas relativamente extensas, por ejemplo, ciudades, municipios, delegaciones (escala pequeña) (figura A-1).

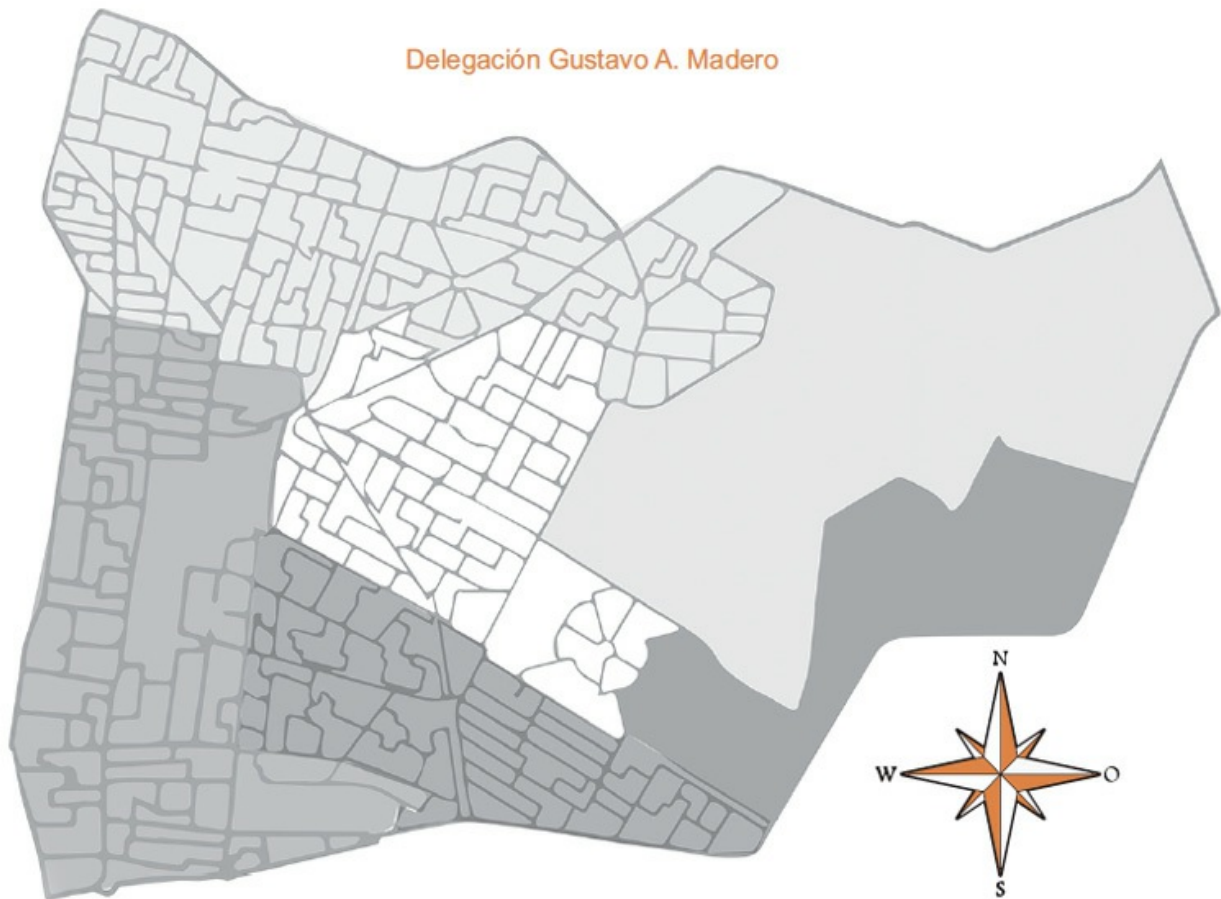


Figura A-1. Mapa cartográfico.

- **Planos:** cuando se elaboran mediante el uso de instrumentos de precisión (escala generalmente grande).
- **Croquis:** representación aproximada de una zona, generalmente realizada a mano, su escala es variable. Representación Gráfica de las manzanas que integran una localidad.

Sus características son:

- Sencillo.
- Completo.
- Uniforme.
- Ordenado.

ÁREA GEOESTADÍSTICA BÁSICA (AGEB)

Es un conjunto de manzanas delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo fácil de identificar, cuyo objetivo es facilitar los límites, así como el recorrido de éstas para así realizar el trabajo correspondiente (estudio de comunidad, cerco epidemiológico, estudio de cobertura, entre otros).

Antes de iniciar, es necesario ubicarse en el AGEB, por la manzana más lejana, orientación noroeste a la esquina superior izquierda, continuar con la manzana inmediata hacia la derecha en un movimiento ondulatorio y descendente en dirección a las manecillas del reloj.

- **Manzana:** espacio geográfico que está constituido por un grupo de viviendas, edificios, predios, lotes o terrenos de uso habitacional, comercial, industrial de servicios, entre otros.

1 1 1 1 1 1

¿CÓMO SE DEBEN HACER LOS REGISTROS DURANTE EL RECORRIDO?

Para realizar la cartografía se debe utilizar la simbología (figura A-3) empleada en el lugar de trabajo, por ejemplo, en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, y ésta no debe presentar problema, siempre y cuando se adapte a las necesidades de ese momento.

Orientación		Institución	
Escuela		Plaza o mercado	
Iglesia o capilla		Pozo de agua	
Policía		Deportivo	
Comercio		Fábrica	
Deshabilitada		Domicilio cerrado	
Construcción		Baldío	
Cementerio		Cerro, montañas	
Gasolinera			

Figura A-3. Simbología.

En la figura A-4 se describe cómo realizar el recorrido siguiendo también el sentido de las manecillas del reloj, son ejemplos de formas de las manzanas que podemos encontrar durante la jornada.

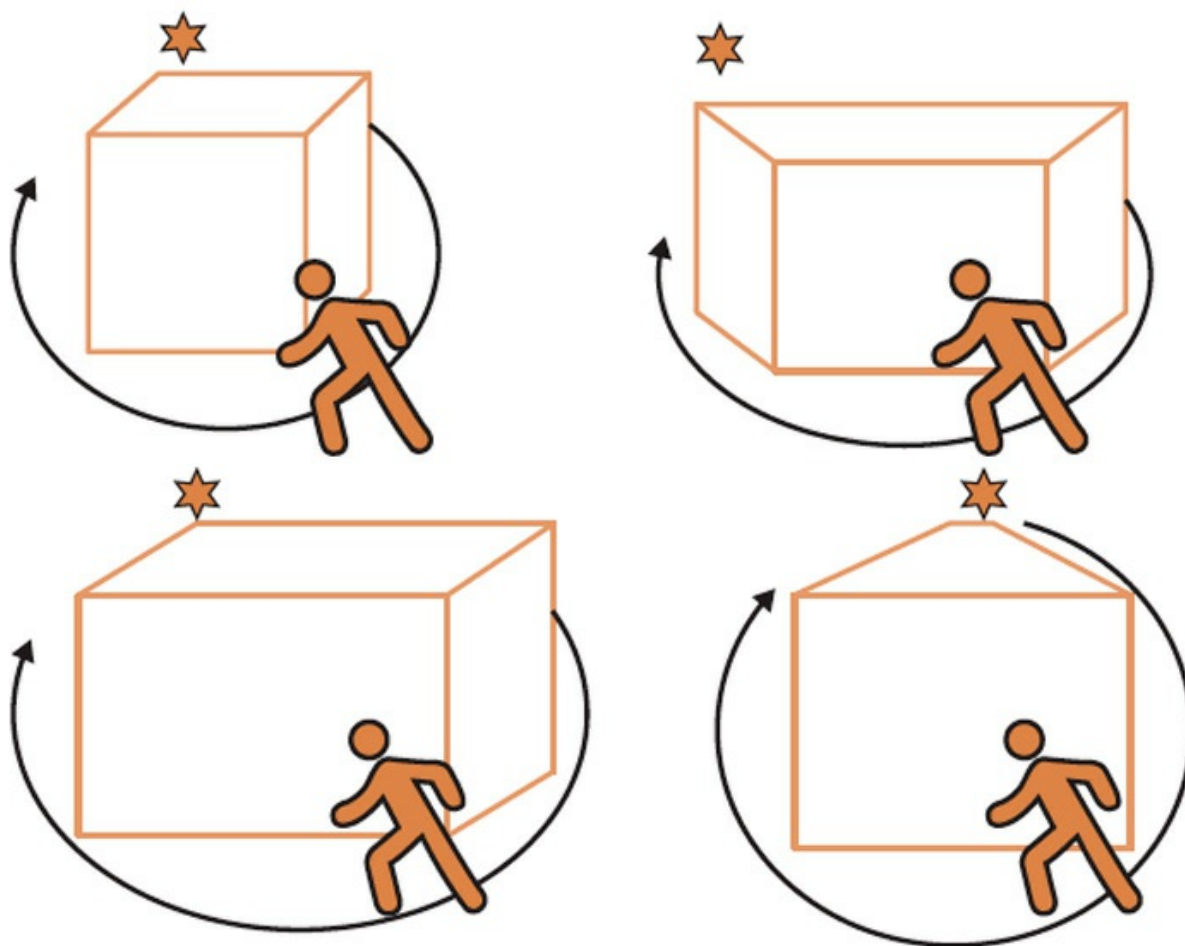


Figura A-4. Tipos de manzanas inicio y termino de recorrido.

En el caso de un recorrido a un edificio, antes del inicio, es necesario colocarse frente a la puerta principal y empezar de “nuestro lado derecho”, y así continuar. El número de casa será el primer departamento que se encuentre y no importa si tiene uno diferente asignado; esta numeración es la que debe llevar el número progresivo de casa, mientras que, el número que tenga dentro del edificio se coloca en el cuadrante superior izquierdo. Se continúa subiendo escaleras, iniciando de nueva cuenta del lado derecho, respetando la numeración progresiva que se ha registrado. En algunos edificios, la portería está en la azotea, también debe asignársele numeración de casa, al terminar, se bajan las escaleras, se sale del edificio y de nueva cuenta retoma el recorrido sistematizado que se estaba efectuando (figura A-5).

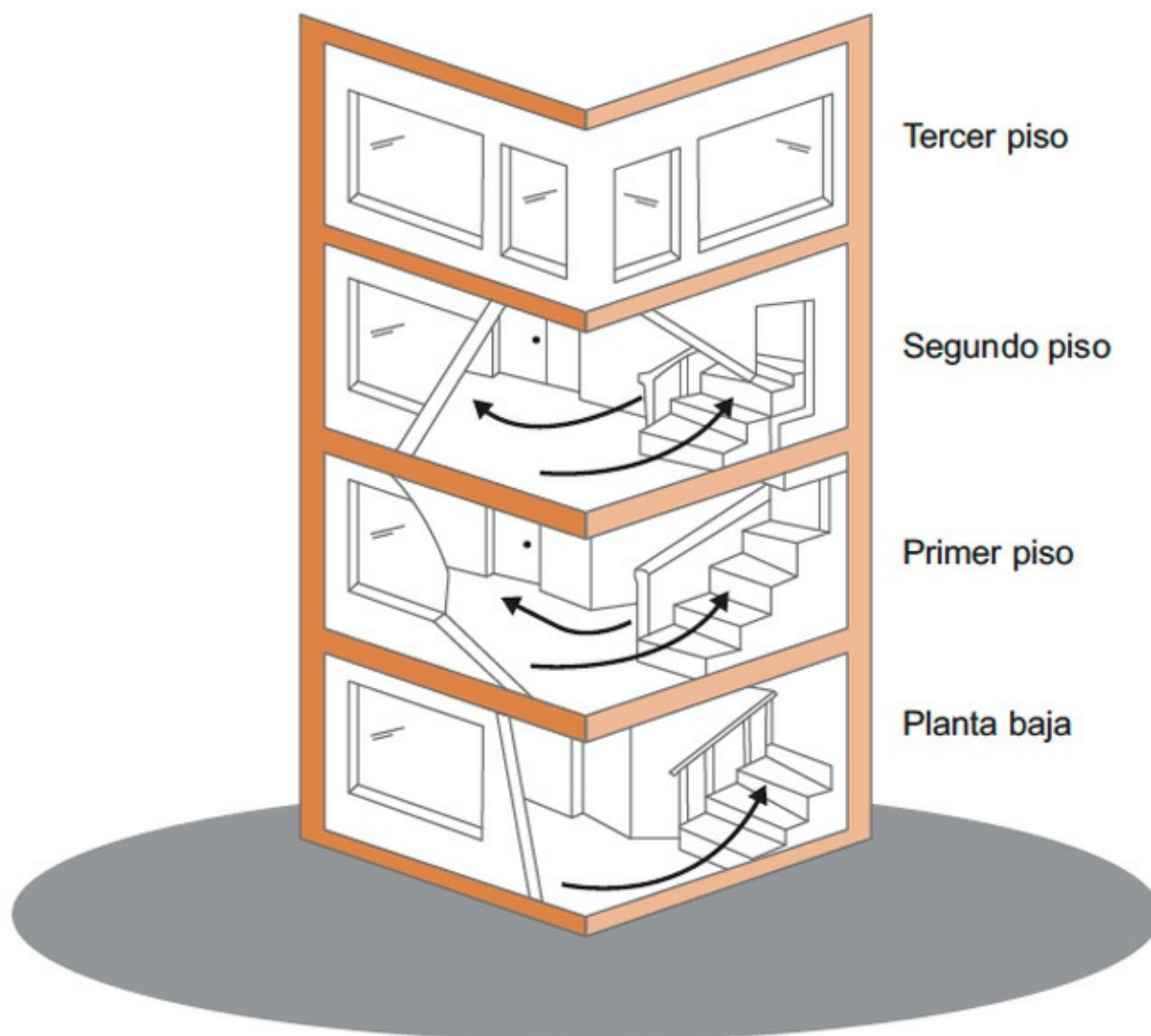


Figura A-5. Manera de hacer el recorrido en caso de ser edificio.

En el caso de un **Recorrido a una vecindad**, se pueden observar las flechas que indican la manera en la que éste debe iniciar, que es en la puerta principal y después a “nuestra izquierda”; será sólo en ese caso cuando se hace el cruce, comenzando a trabajar asignando el número progresivo, al finalizar se continuará el recorrido sistematizado de la manzana hasta su término.

PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN DE LA CARTOGRAFÍA

- Dirección de Catastro: planos de mensura de parcelas urbanas y rurales.
- Dirección de Estadísticas y Censos: mapas y planos confeccionados para censos y encuestas.
- Dirección de Vialidad: mapas actualizados de rutas y caminos.
- Dirección de Minería: planos de relevamiento topográficos.
- Ayuntamiento: planos de centros urbanos, límites de ciudades y barrios.
- Localización de escuelas, hospitales o algunos otros servicios públicos.

La utilización correcta de la cartografía depende, en gran medida, de una lectura e interpretación adecuada de su contenido. A continuación, se describirá la información incluida en los documentos cartográficos para que la persona que desee revisar esta información pueda comprenderla y tener acceso a dicho contenido (figura A-6).

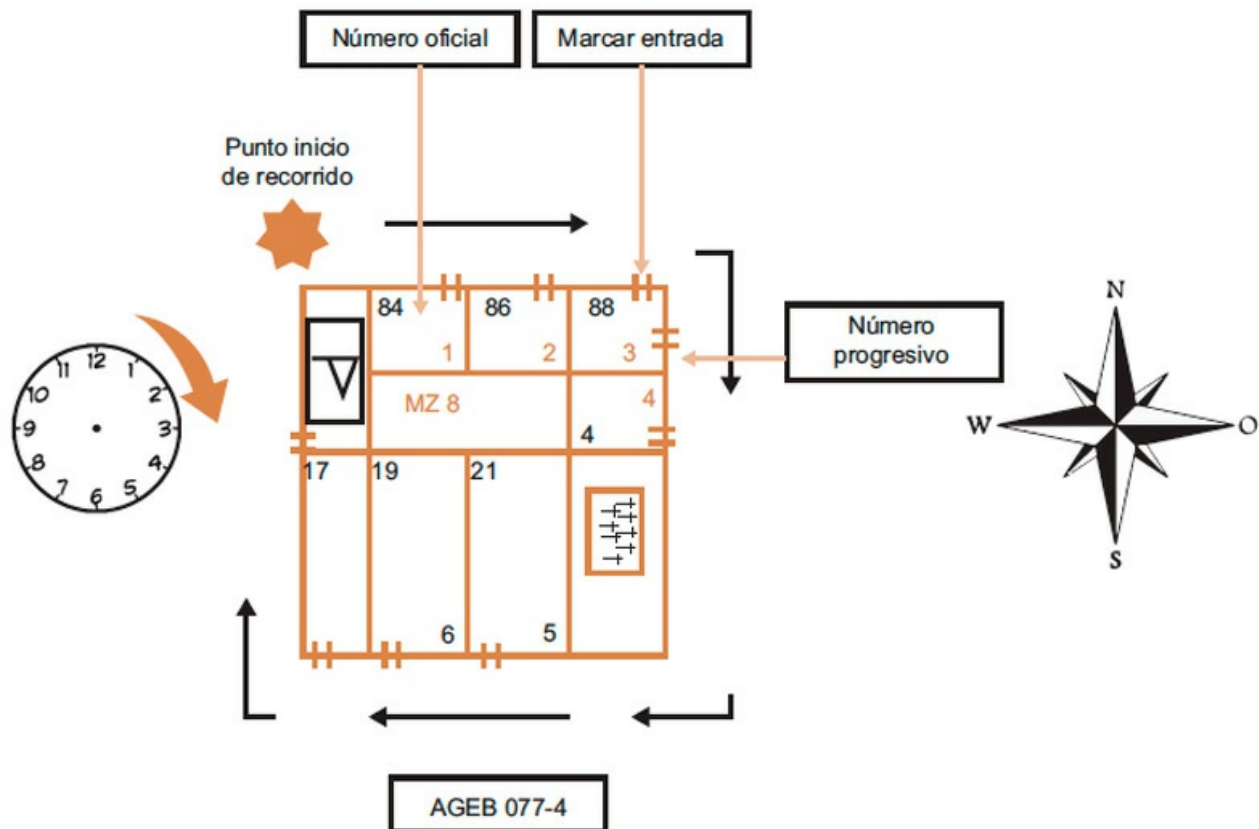


Figura A-6. Elementos que debe de tener un croquis de manzana.

En el ejemplo mostrado en la figura A-8 corresponde a la manzana 8 del AGEB 077-4 se observa la manera de iniciar el recorrido, manejo de la numeración y la correcta utilización de la simbología.

El croquis debe de tener:

- **Rosa de viento.** Ésta debe ir del lado superior derecho, permitiendo ubicarnos durante

nuestro trabajo

- **Número oficial.** El que se tiene afuera de la vivienda, en caso de tener departamentos se anotará el número asignado dentro del edificio, de preferencia utilizar un color para este registro siempre.
- **Numeración progresiva.** Se asignará conforme el recorrido, no se numeran comercios, escuelas, iglesias, plazas o mercados, instituciones, deportivos, fabricas, cementerios, terrenos baldíos o en construcción; en el caso de los domicilios cerrados, a éstos si se les considera para la asignación progresiva de casa, se sugiere utilizar otro color diferente al del número oficial.
- **Delimitar** perfectamente con la línea negra, dónde inicia y termina un lote, para evitar confusiones en la limitación de los hallazgos encontrados.
- **Marcar las entradas** de los comercios o de lo encontrado, esto permitirá delimitar las calles.

De tal manera que la figura A-8 mostró una manzana con siete domicilios, un cementerio y una escuela. Manejamos anexos cuando en el croquis del mapa no es posible plasmar todos los domicilios por falta de espacio.

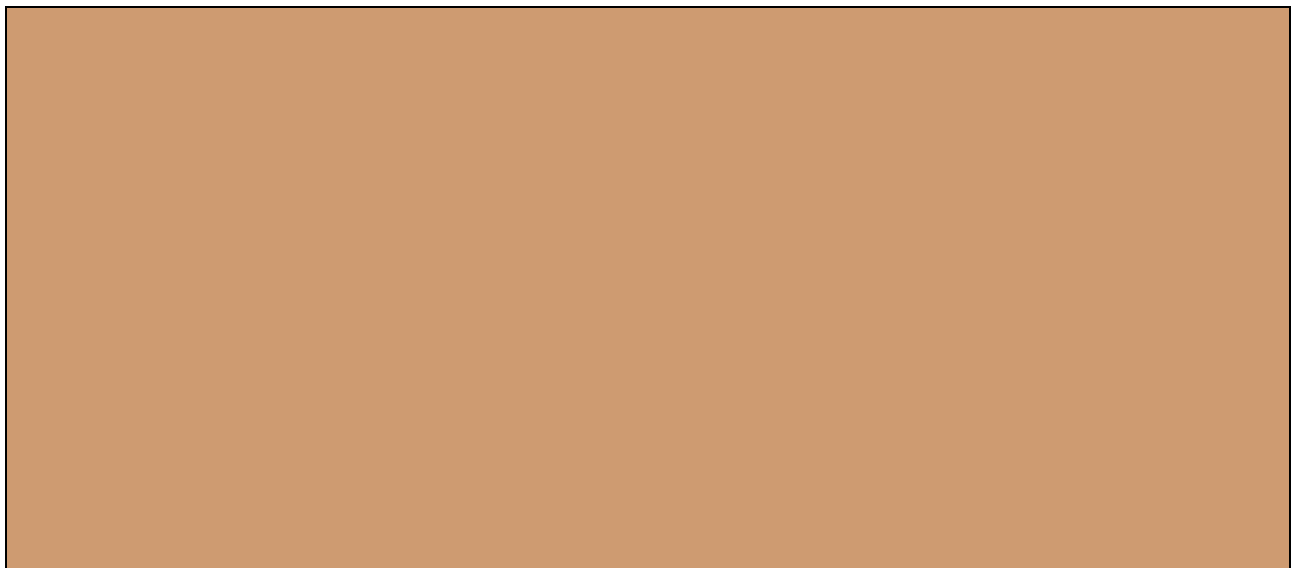
Ejemplos de cuando usar anexos:

- Edificios de mas de 20 departamentos.
- Vecindades con mas de 20 cuartos.

Los cuales se distribuirán en hojas dependiendo de lo complicado y extenso de cada uno; en una hoja puede quedar uno más de estos, pero se debe tener el domicilio bien identificado.

Se sugiere realizar anexos cuando existan edificios con más de 20 departamentos o vecindades extensas, con el fin de no saturar la manzana que se está realizando, por tanto, el criterio de quien lo está haciendo debe de ser analítico.

Es necesario tener presente la finalidad de la cartografía, estudio comunitario, proyecto de investigación, inclusive cambiar esta temática en el caso de tratarse de un cerco epidemiológico para el cual se deben de tener los conocimientos para su realización, lo cual es parte de otro tema de estudio.



REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía: Tecnología Educativa, Antecedentes de la cartografía, México 2006.
2. Geografía infinita, un blog de Conde Nast Traveler: Blog Geografía infinita. La historia de la cartografía a través de los mapas [citado el 11 de marzo 2018]. Disponible en: <https://www.geografiainfinita.com/2016/09/la-evolucion-de-la-cartografia-a-traves-de-15-mapas>.
3. Universidad Nacional de Tucumán: Usos de la Cartografía en la Salud Pública, Argentina, 2001;19.
4. Secretaría de Salud: Manual de Cartografía Aplicada a la Salud. México.
5. Centro de Salud T-III Portales: Cartografía, México 2017.



Blanca Estela Marín de la Cruz, María Susana González Velázquez

INTRODUCCIÓN

En la planificación, ejecución y evaluación de las actividades del equipo de salud, es necesario contar con medios que permitan conocer en forma rápida, clara y detallada el trabajo de campo; para ello es preciso tener diversos instrumentos comunitarios como es la cédula de visita domiciliaria, de entrevista, el ecomapa, diagnóstico de salud cartografía, entre otros, con el propósito de realizar de manera adecuada la intervención de enfermería.

CONCEPTO

Es la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, ya que ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación y los estilos de vida. La visita domiciliaria ha sido a través de los años, el medio principal para que el equipo de salud interactúe con el individuo o la familia, ya que ofrece la oportunidad de observar dichas interacciones familiares, patrones de adaptación y estilos de vida.

Es una estrategia para responder a una necesidad del individuo y/o familia, donde el equipo de salud tiene un encuentro en el domicilio de éstos, también se utiliza para identificar necesidades de salud en el individuo, familia o ambos, con el fin de responder a éstas, mediante un proceso de atención en el domicilio.

OBJETIVOS

- Impartir orientación a la familia con relación a los medios existentes, para proteger, mejorar la salud y resolver los problemas sanitarios mediante la educación proporcionada al individuo o familia.
- Supervisar el estado de salud de la familia.
- Ayudar al individuo y la familia a obtener información sobre el estado de la salud.
- Acercar los servicios de salud a la comunidad.
- Adiestramiento de la familia en hábitos higiénicos.
- Detectar motivos de no asistencia a su área de atención para su salud.
- Identificar y coordinar los recursos del centro a la familia y su entorno social.
- Planificación con la familia de pacientes con necesidades de autocuidado.
- Cuidados (personas mayores, terminales, inmovilizadas, con alta).

TIPOS DE VISITA

- Demanda.
- Rehabilitación.
- Búsqueda activa.
- Diagnóstico.
- Consejería.
- Educación.

METODOLOGÍA

- Preparación de la visita.
- Presentación.
- Agendar.
- Actitud durante la visita.
- Valoración.
- Intervenciones.
- Evaluación y registro.

VENTAJAS

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo, y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que ésta se lleva a cabo en su propio medio.
- Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menor resistencia y mayor flexibilidad, al cumplimiento de los compromisos contraídos con el equipo de salud.
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios, acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades evidenciales y ocultos y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.
- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.
- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar.
- El personal de salud puede descubrir otras necesidades y/o problemas de salud de la familia.
- Permite observar la actitud de la familia frente a sus propios problemas de salud.
- Se establece una relación personal entre enfermero y familia permitiendo a las personas una respuesta directa a las preguntas.

DESVENTAJAS

- Es costoso, se requiere de mucho personal para lograr una amplia cobertura.
- No permite intercambiar experiencias entre familias que tienen los mismos problemas de salud.
- Consume tiempo.
- Se tiende a visitar a hogares cercanos por el obstáculo del transporte.
- Requiere de una programación cuidadosa; se deben escoger horarios que no interrumpen horarios.
- La relación que puede crearse entre la familia y el personal de salud puede ser de tipo paternalista desviando el objetivo que se pretende alcanzar.
- Puede generar en la familia una sensación de fiscalización por parte del personal de salud y provocar una actitud de rechazo.
- Desconocimiento de la población hacia el personal de salud lo que complica esta interacción.
- El personal de salud se ve expuesto a accidentes, o inseguridad durante la realización de esta actividad, por lo que se sugiere reforzar la organización oportuna e informar a sus superiores de las tareas programadas durante su jornada y uso adecuado de la bitácora diaria.
- Vulnerabilidad de los elementos de salud en comunidad.
- Surgimiento de contratiempos impidiendo llevar a cabo esta visita programada.

ETAPAS DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

a) Preparación de la visita. Se pueden escoger dos métodos para preparar una visita. El primero, conocimiento y asimilación, completos de todos los datos disponibles antes de hacer la visita inicial, si la persona es usuaria, se consultará la información que se tenga, tales como sus condiciones culturales, religiosas, sociales y estado de salud lo que permite formarse una imagen mental de la situación para la que se está preparando. El segundo método consiste en una breve revisión a la ficha familiar para conocer algunas características de ésta, así como la razón por la que es visitada. La valoración se realiza en la primera visita y después completa la información con datos aportados por otros profesionales. El método por elegir depende de cada profesional, así como el motivo de la visita. Se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita. El realizar esta acción por anticipado permite que la familia se prepare psicológicamente; además de que el profesional tendrá la certeza de encontrar a alguien al momento de llegar al domicilio.

b) Presentación en el domicilio. Es fundamental usar el uniforme reglamentado por la institución para la cual se esté trabajando (limpio, completo y alineado), portar la filiación. Identificarse, decir a qué institución pertenece, decir su nombre completo y cuál es el motivo de la visita, especialmente si por primera va al domicilio, ya que de ello depende el éxito de las intervenciones posteriores. La introducción o fase social de la entrevista varía de acuerdo con la situación, pero si el profesional demuestra interés y cordialidad, ello ayudará a establecer una buena interacción.

c) Valoración. Es muy difícil realizar una valoración completa en la primera visita. Ésta se va completando en visitas sucesivas, a medida que se van afianzando las relaciones interpersonales. Hay que recordar que éstas se pueden alargar por mucho tiempo. En esta etapa, la información a recabar incluye datos sobre la persona a la que se le presta atención, sobre el cuidador, grupo familiar, condiciones del domicilio y entorno próximo. La valoración se hace sobre la base de una guía de valoración diseñada por los equipos de salud.

d) Guía de valoración:

Individual:

- De la persona dependiente se valorarán las capacidades y limitaciones para la satisfacción de sus necesidades. Asimismo, se deben usar los diferentes instrumentos de valoración individual recomendados o los diseñados localmente (evaluación nutricional, del desarrollo psicomotor; autonomía funcional e instrumental, etc.).
- Del cuidador se valorará qué actividades realiza para ayudar a la persona a cuidar y cómo dicho cuidado afecta a la satisfacción de las necesidades de éste.
- Del entorno se valorará en qué medida las condiciones de éste ayudan o dificultan la satisfacción de las personas que viven allí.

Familiar:

- De la familia se valorará la estructura y dinámica familiar; tipo de familia y etapa del

ciclo vital familiar.

- Tareas básicas de la familia, según la etapa en la que ésta se encuentre. Para finalizar la etapa de valoración, la familia junto al profesional deben ver cuáles son los problemas que se consideran más importantes y que se deben abordar en primer lugar.

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN

En esta etapa se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales:

1. Establecer los objetivos que hay que alcanzar a corto, mediano y largo plazo éstos deben ser realistas, pertinentes, mensurables y observables.
2. Establecer acuerdos o pactos con la familia, deben acordar en conjunto los objetivos que se quieren lograr, qué actividades deben realizar los integrantes del equipo, y los otros miembros de la familia en el cuidado de su propia salud. Estos contratos, incluso pueden renegociarse cada semana si es necesario. Si no se cumple con este aspecto, a la familia no le queda claro cuál es la razón de las visitas.
3. Identificar y movilizar los recursos disponibles para poder alcanzar los objetivos, ya que de la existencia de dichos recursos y de su buena utilización dependerá en gran medida el éxito de las intervenciones. Los recursos se refieren a la propia familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios.

a) Ejecución de la atención. Existen dos tipos de atención en domicilio:

1. Directa, dirigida a las personas que la necesitan: enfermos, grupo familiar, cuidador.
2. Indirecta, aquella que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas en domicilio y que están relacionadas con la utilización y movilización de recursos externos al grupo familiar: otros miembros del equipo, red social, entre otros.

b) Evaluación de la visita. Como la atención en el domicilio es continuada, en cada visita se evalúan los resultados alcanzados en la visita anterior. No cabe esperar cambios rápidos, por lo que cualquier esfuerzo por pequeño que sea debe ser valorado. Por esto la importancia de planificar a corto, mediano y largo plazo.

La evaluación de los resultados alcanzados sirve para continuar o modificar la planificación de la atención y detectar las dificultades.

c) Registro de la visita. Una vez realizada la visita, ésta se debe registrar. Es importante que exista una documentación para el uso del equipo y familia, donde quede constancia de los datos que le pueden interesar a ambos (p. ej., sintomatología, cambios observados, atención proporcionada y medicación prescrita y administrada, fecha de la próxima visita, etc.). En el área de trabajo debe existir documentación para uso de los profesionales. La información mínima que debe constar en dicha documentación es la siguiente:

- Fecha de la visita.
- Motivo de la visita.
- Datos sobre el individuo, familia, cuidador y entorno obtenidos a través de la exploración, observación y entrevista.
- Diagnóstico de la situación.
- Planificación de objetivos y actividades.
- Atención proporcionada.
- Fecha de la próxima visita.

- Nombre y firma del profesional.



María Susana González Velázquez

INTRODUCCIÓN

La entrevista se basa en la comunicación que se establece entre dos personas o más, con una finalidad preestablecida, diferente de una conversación usual y natural. Es una herramienta que utilizan los profesionales de enfermería para trabajar y constituye el pilar de la comunicación del día a día, del personal sanitario en general y del enfermero en particular.

OBJETIVO

Herramienta indispensable que se utiliza en comunidad para dar y recibir información, investigar problemas, educar, comprobar datos.

CUALIDADES DEL ENTREVISTADOR

1. Tener conocimiento del tema, ya que de no ser así, la entrevista resultará un fracaso.
2. Saber escuchar (establecer un tiempo entre la pregunta y la respuesta).
3. Saber persuadir (habilidades para convencer e influir en las personas).
4. Tener facilidad de palabra.
5. Usar un lenguaje comprensible
6. Tener dominio de las emociones.
7. Comprender los estados emocionales del entrevistado.
8. Saber observar.
9. Ser puntual, dándole al entrevistador tiempo suficiente para acudir a la cita.
10. Llevar acabo la entrevista de preferencia en un lugar sugerido por el entrevistado.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA

1. Ajustarse al tiempo y al lugar acordado (las entrevistas que se exceden del tiempo señalado suelen perder interés para el entrevistado).
2. El lugar de la entrevista debe ser confortable y de preferencia en un lugar privado; sin embargo, el entrevistador debe saber adaptarse a las circunstancias.

PASOS DE LA ENTREVISTA

Planeación: implica varios elementos, entre ellos:

1. Conocer antecedentes generales, por ejemplo: nombres edad, sexo, estado civil, domicilio, ocupación.
2. Datos específicos: incluye todos los datos relacionados con el problema que motivó la entrevista.
3. Elaboración de una guía que conduzca la entrevista.

EQUIPO Y MATERIAL

- Guía de la entrevista.
- Tabla clip.
- Lápiz.
- Croquis de la comunidad donde se aplicará la entrevista y tener la dirección del domicilio.

PROCEDIMIENTO

1. Presentarse pulcramente vestido y alineado.
2. Presentarse diciendo nombre y procedencia.
3. Preguntar por el entrevistado.
4. Iniciar la conversación con un tema válido, antes de entrar de lleno al tema.
5. Conducir la entrevista hacia los objetivos planeados.
6. Usar discretamente la guía.
7. Anotar todos aquellos datos susceptibles de olvido.
8. Dar por terminada la entrevista agradeciendo la atención prestada.
9. Despedirse con cortesía.



María Susana González Velázquez

INTRODUCCIÓN

Puesto de vacunación. Toda vez que con esta denominación se establece un enlace comprensible entre la comunidad y los servicios de salud, de tal forma que aun cuando se asocia con el mercado, también significa acercamiento, servicio y acompañamiento en el quehacer diario.

Es necesario cerciorarse que este servicio se proporcione de acuerdo con las necesidades de la población, y dada la trascendencia de las actividades, es considerado de suma importancia, es por ello que debe distinguirse de todos los demás, no sólo por sus atractivos adornos, sino para propiciar un entorno seguro en el lugar en que se ha instalado.¹

CLASIFICACIÓN DE LOS PUESTOS DE VACUNACIÓN

Existen dos tipos de puesto de vacunación: semifijo y fijo:

- 1. Puesto semifijo.** Al que se instala por unas horas en una escuela, mercado, ayudantía, iglesia, portal, plaza cívica o lugares de mayor concentración de población.
- 2. Puesto fijo.** Se instala todos los días dentro de las unidades de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.²

PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN DEL PUESTO DE VACUNACIÓN SEMIFIJO

Se requiere:

1. Contar con la autorización de las personas propietarias del inmueble y de las autoridades civiles o religiosas del lugar.
2. Seleccionar un lugar protegido de los rayos directos del sol, que sean accesible y seguro.
3. Contar con una mesa limpia de tamaño regular, que permita colocar el termo con biológico en un espacio suficiente para los formatos de registro, así como un contenedor rígido si el caso lo requiere.
4. Tener dos sillas (una para el familiar responsable del menor y otra para la enfermera).
5. Tener material y equipo, descrito en cada biológico.
6. Identificación o pancarta del puesto.

PROCEDIMIENTO

1. Asear el lugar.
2. Asear la mesa.
3. Colocar un campo de papel kraft o un pliego de papel de estraza sobre la mesa.
4. Identificar el puesto de vacunación con una pancarta alusiva.
5. Colocar el termo con el biológico, de preferencia del lado izquierdo del vacunador, con la parte frontal de la tapa del termo hacia el vacunador. Cuidar en todo momento que los rayos del sol no afecten directamente el termo.
6. Colocar la bolsa o mochila con el material estéril cerca del control del vacunador, de preferencia sólo sacar el material mínimo indispensable.
7. Colocar a un costado de la mesa, una bolsa roja para los frascos de biológico usados y las jeringas del lado derecho del vacunador, sujetándola a la mesa con cinta *masking tape*.
8. Colocar una bolsa de polietileno para recolección de empaques de jeringas, almohadillas y toallas de manos desechables utilizadas, junto a la bolsa roja, sujetándola a la mesa con cinta *masking tape*.
9. El material punzocortante (agujas) se deposita en el contenedor rígido, así como los frascos rotos de vacuna.

REQUERIMIENTOS PARA LA INSTALACIÓN DEL PUESTO DE VACUNACIÓN SEMIFIJO

1. Contar con la autorización de las personas propietarias del inmueble y de las autoridades civiles o religiosas del lugar.
2. Seleccionar un lugar protegido de los rayos directos del sol y del polvo, que sea accesible, seguro y visible.
3. Contar con una mesa limpia de regular tamaño que permita colocar el equipo y material.
4. Contar con dos sillas (una para el familiar responsable del menor y otra para el vacunador).
5. Contar con el material y equipo, descrito en cada biológico.⁶ Identificación o pancarta del puesto.³

CONSIDERAR DOS ÁREAS DE TRABAJO

1. Área gris: se colocan las hojas de registros, toallas desechables, jabón y contenedor de punzocortantes, así como la bolsa de desecho.
2. Área blanca: se coloca el termo, los paquetes de jeringas y ahí se aplican las vacunas.

REQUERIMIENTOS PARA LA INSTALACIÓN DEL PUESTO DE VACUNACIÓN FIJO EN LAS UNIDADES DE SALUD

- Se debe considerar la demanda normal, con la finalidad de seleccionar el área más idónea para prestación del servicio.
- En la unidad de salud se debe contar con recipientes rígidos del tamaño acorde con la cantidad de material punzocortante que se recolecte en el periodo establecido, así como con suficientes bolsas rojas.
- Al igual que en el puesto semifijo, se cuidará que los rayos del sol no afecten el termo de los biológicos.
- Las jeringas estériles deben resguardarse en lugar seguro libre de humedad y sólo colocar sobre el puesto de vacunación el material mínimo indispensable.
- La instalación del puesto de vacunación dentro de la unidad de salud, generalmente no representa problema alguno, muchas veces sólo se requiere de la optimización de los espacios existentes y de la disponibilidad del personal de salud para brindar el servicio.
- Es importante señalar que en todo momento se deben observar los principios básicos de la asepsia procurando un ambiente seguro libre de infecciones y accidentes.

REFERENCIAS

1. **Oropeza Cruz C:** Enfoque de la comunidad para la práctica de enfermería comunitaria. En Enfermería Salud Comunitaria. Sistema de Universidad Virtual. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
2. Secretaría de Salud. Manual de vacunación 2008-2009, México, 2008.
3. Secretaría de Salud. Manual de vacunación 2008-2009.

Índice

Colaboradoras	6
Prefacio	8
Prólogo	10
Agradecimientos	12
Capítulo 1. Enfermería y salud pública	14
Capítulo 2. Atención primaria y enfermería	32
Capítulo 3. Comunidad y enfermería	41
Capítulo 4. Enfermería y el cuidado a la familia: perspectivas para su desarrollo	60
Capítulo 5. Proceso de comunicación terapéutica	72
Capítulo 6. Cuidador primario y enfermería	83
Capítulo 7. Normatividad para los procesos de salud pública	93
Instrumentos comunitarios	135
A. Cartografía	136
B. Visita domiciliaria	153
C. La entrevista	165
D. Puesto de vacunación	173