

## CAPITULO I.

### MARCO REFERENCIAL

#### 1.1 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: DIVERSOS ENFOQUES

Desde tiempos muy remotos, el hombre ha buscado las causas de las enfermedades, sus creencias y actitudes referentes a estas causas, al mismo tiempo han determinado las definiciones de ésta. La salud es un concepto difícil de definir, y por lo tanto de cuantificar, como concepto y meta de acción es impreciso; la salud y la enfermedad son fenómenos universales a la vez que conceptos variables y relativos que no admiten definiciones absolutas. En el hombre, es imposible establecer estados fijos, puesto que es un ser dinámico en lo social, lo biológico y lo psicológico. A partir de este enfoque dinámico se conceptualiza a la salud-enfermedad como un proceso.

En la búsqueda por la conceptualización de salud y enfermedad, Pamela Hallsclaw (1) hace referencia a orientaciones científicas y no científicas.

La tendencia de orientación no científica puede clasificarse como "mágico-religiosa-empírica", es decir cuando no están presentes en el medio las causas observables de la enfermedad, se atribuye la enfermedad a causas sobrenaturales, característica de la medicina primitiva que es la que dominó la historia del hombre

por siglos.

Las orientaciones científicas hacia la salud y la enfermedad se basan en creencias y prácticas que exigen el establecimiento de leyes demostrables sujetas a cambios.

Según la autora anteriormente citada, las orientaciones científicas y no científicas en lo que concierne a la salud y la enfermedad, son semejantes en cuanto a que comparten la búsqueda de las causas de la enfermedad.

Las tendencias de orientación científica se clasifican en:

#### Teorías de un solo agente

En toda su evolución esta perspectiva teórica tuvo tendencia a concentrarse en un solo factor etiológico de la enfermedad, reduciendo el proceso salud-enfermedad a sus aspectos puramente biológicos sin considerar el carácter social del hombre.

En el desarrollo de la ciencia, esta postura evolucionó hasta constituir la que se conoce como "teoría microbiana", en la que la salud se define como ausencia de enfermedad. Las teorías contemporáneas de la enfermedad, además de la microbiana que describen las causas sólo en términos de lesiones anatómicas o defectos bioquímicos, utilizan conceptos de la misma clase. Esto significa identificar un solo agente etiológico específico que afecta a un órgano o sistema de órganos produciendo así la

enfermedad.

La concepción biologicista floreció como resultado del desarrollo de las fuerzas productivas en las sociedades capitalistas. Se estableció como la corriente dominante del saber y la práctica médica de la segunda mitad del Siglo XIX, después de los descubrimientos de Pasteur, Ehrlich y Koch, quienes le dieron las herramientas fundamentales: la búsqueda microscópica de los agentes causales de las enfermedades y después por medios más complejos como la descripción tisular-celular-subcelular en la fisiopatología.

Las teorías anteriores han resultado inadecuadas dado que no han podido explicar muchos tipos de enfermedades psicosomáticas y las enfermedades crónicas.

Esta perspectiva parte de una visión del organismo humano fragmentado en aparatos, órganos y sistemas, ofrece una "reparación del daño" (atención curativa más que preventiva) y enfoca sus acciones al individuo y no a la comunidad.

#### Teoría de causas diversas

El acrecentamiento del estudio y comprensión sobre el hombre, evidenció que el hombre mismo al igual que el agente etiológico, era un factor determinante en la causa de la enfermedad.

Esta teoría tomó en cuenta el funcionamiento del hombre en los aspectos bioquímicos, celulares, orgánicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales, se hizo hincapié en la interrelación humana con sus medios interno y externo y se aclararon los efectos de esta relación en los estados de salud y enfermedad. Como resultado de ello se formó un marco de referencia que sostenía que la salud y la enfermedad no pueden definirse estrictamente para todas las personas, todos los lugares y todos los tiempos. La salud y la enfermedad se perciben como estados o procesos dinámicos que cambian con el tiempo y las circunstancias, lo cual implica tomar en cuenta al hombre como un ser bio-psico-social en relación con su ambiente.

En el año de 1946 la OMS (Organización mundial de la Salud), definió el concepto de salud como: "Un estado de completo bienestar bio-psico-social y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez (2). Concepto con enfoque dinámico y prospectivo pero que no resulta alcanzable en todas las sociedades y menos en países como México donde la mayoría de la población vive en condiciones ambientales infrasanitarias y por ende, el bienestar bio-psico-social es más raro.

#### Otras nuevas teorías

La conceptualización del estado de salud y enfermedad del hombre como resultado de su interacción con el medio ambiente, abrió paso a una perspectiva teórico-ecológica. Dicha teoría considera que el estado de salud del individuo está determinada

por la interacción e integración de dos universos ecológicos:

- 1). El ambiente interno del hombre mismo y,
- 2). El ambiente externo en el que vive y con el cual se relaciona.

La adaptación es el elemento más importante del enfoque de sistemas ecológicos. Según esta perspectiva, el estado de salud del hombre se considera en función de los efectos acumulados y presentes de su ambiente en su cuerpo y su mente. La enfermedad se considera como un equilibrio en la adaptación del hombre a las múltiples tensiones físicas y emocionales dentro de su ambiente.

Esta concepción afirma que en el proceso salud-enfermedad entran en acción dos factores: huésped y agente, considerados dentro del ambiente en el cual se desarrollan. René Dubos fué uno de los voceros más connotados; en 1959 comentó que "la salud perfecta.... es una ilusión .... estar vivo significa luchar por la existencia en la interacción que existe entre el hombre y su medio ambiente; la ausencia total de la enfermedad y de la lucha es casi incompatible con el proceso de vivir" (3).

La concepción sanitarista supone que los problemas de salud son problemas sanitarios y su solución implica saneamiento. El sanitarismo es la expresión de una concepción ecologista de la salud, según la cual, ésta es la interacción de los factores agentes, huésped y ambiente. La salud como parte del ambiente se

incorpora a la sociedad en abstracto, ya que se concibe como una formación ahistórica regida por leyes naturales análogas a las biológicas.

El sanitarismo propone tratar al individuo con medidas sanitarias, plantea soluciones colectivas a problemas ecológicos.

Otra concepción es la biológica-histórico-social, misma que propone una integración entre las ciencias naturales y sociales y permite concebir el proceso salud enfermedad como un proceso histórico social que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida.

Se concibe la salud como un campo unificado basado en las relaciones sociales que se establecen entre las clases en el proceso productivo. Por lo que la distribución del proceso salud-enfermedad resulta de la posición que ocupan los individuos dentro de la estructura de relaciones económicas, sociales y políticas de poder y subordinación que se estructuran en los grupos.

Esta concepción, al explicar el proceso salud-enfermedad de una población se pregunta porqué se presenta una determinada problemática de salud, en qué momento específico y en qué grupo social se manifiesta, y concluye que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno que no puede desvincularse de un contexto social concreto, sin negar el carácter biológico de la enfermedad y la importancia del proceso adaptativo entre el huésped, el agente y

el medio ambiente.

"Las condiciones de existencia determinan el tipo, incidencia y prevalencia de las enfermedades entre los distintos grupos sociales. Al proceso salud-enfermedad se enfrentan los grupos de manera diferenciada. Así, en función de su posición en el proceso productivo varían los riesgos de muerte, enfermedad o incapacidad".

#### DEFINICION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En la necesidad por definir el proceso salud-enfermedad, podemos conceptualizarlo tomando en cuenta las anteriores concepciones, como dos grados extremos en las variaciones biológicas, como la resultante del éxito o el fracaso del organismo humano para adaptarse física, social y mentalmente a las condiciones del ambiente.

Por lo anterior se concluye que la salud es un estado variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en que se vive así como por parte del sujeto, los conocimientos en relación a los riesgos del ambiente (nivel de educación para la salud) y su comportamiento en relación a la salud. Es decir, la salud requiere más que una definición biológica. En la necesidad de definir la salud se

tiene que tomar en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación: ecología, ambiente, sociedad, cultura, etc. El concepto de salud es, por tanto, dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las relaciones de producción.

En las condiciones actuales del mundo donde coexisten sociedades humanas con muy diferentes condiciones de vida y de ambiente sociales, no es realista la noción de "salud absoluta". Es más apropiado hablar de una salud relativa y variable de acuerdo a como la conciben los individuos y la población.

En la práctica, la salud del individuo depende de la forma en que satisfaga sus necesidades elementales de adaptación, lo cual en gran parte depende de lo que la organización social ofrezca.

Existen condiciones sanitarias que se ven determinadas por varios factores. Dos muy importantes son: el factor social y el económico.

La pobreza (incapacidad para obtener los elementos vegetativos mínimos: alimento, vivienda, vestido, etc.), producto de una organización inadecuada, sigue siendo la principal causa de enfermedad, factor fuera del alcance de la medicina cuyo remedio es evidente; debe elevarse el nivel de vida de las poblaciones.

Las condiciones sanitarias se determinan también por el nivel de educación. La ignorancia es causa importante de enfermedad. La salud no puede ser impuesta a los individuos, no llega a ellos a menos que quieran participar tomándola como una responsabilidad. La educación no es únicamente saber leer y escribir. Debe imperar un sentido correcto de la salud, la aceptación de la responsabilidad individual hacia la sociedad, y deben vencerse las costumbres y prejuicios que reforzados por la tradición, comprometen gravemente la vida higiénica. Es una tarea difícil que requiere de comprensión psicológica y tacto, pero la educación es la base de todo trabajo sanitario.

Otro factor que determina las condiciones sanitarias es la efectividad de los servicios de salud. Se necesita un sistema de servicios de salud que beneficie a todos. Una práctica de salud que acabe con las barreras que separan a la medicina preventiva de la curativa; asumiendo conjuntamente funciones de promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación, cuyo objetivo primordial sea la salud y el bienestar de los individuos (5).

#### LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD (APS)

Durante los últimos años se ha difundido ampliamente la idea de atención primaria a la salud (APS) como una estrategia muy

importante para reorganizar los servicios de salud, teniendo como grupos prioritarios a toda la población y en especial a la población en extrema pobreza que habita en áreas rurales y urbanas marginadas, entendidas éstas como áreas que deben su origen generalmente a grupos inmigrantes que viven en condiciones de miseria total sin servicios públicos adecuados y su situación es variable dependiendo del tiempo que lleva el asentamiento humano (6).

Los países de América adoptaron la definición de APS de Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y el UNICEF), celebrada en Alma-Ata, URSS, en 1978).

"Es la atención primaria 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 su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria de Salud forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen

y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria" (7).

La estrategia se basa en la consideración de que es distinta la intensidad de exposición de los diversos grupos humanos prioritarios a los múltiples factores de riesgo, lo que determina la necesidad de definir las combinaciones de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación eficaces y viables a la vez que más eficientes para el control de esos factores.

La APS marca 16 áreas prioritarias, las que se listan a continuación y hace hincapié en que deberán ser integradas y articuladas en un conjunto de programas de acuerdo con las prioridades y peculiaridades de cada país:

1. SALUD MATERNO INFANTIL
2. PROGRAMA DE INMUNIZACIONES
3. CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS
4. CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS
5. CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
6. SALUD MENTAL
7. PROGRAMAS DE PREVENCION, CONTROL Y REHABILITACION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DEGENERATIVAS Y DEL CANCER.
8. SALUD DENTAL
9. PREVENCION DE ACCIDENTES
10. PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES

y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria" (7).

La estrategia se basa en la consideración de que es distinta la intensidad de exposición de los diversos grupos humanos prioritarios a los múltiples factores de riesgo, lo que determina la necesidad de definir las combinaciones de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación eficaces y viables a la vez que más eficientes para el control de esos factores.

La APS marca 16 áreas prioritarias, las que se listan a continuación y hace hincapié en que deberán ser integradas y articuladas en un conjunto de programas de acuerdo con las prioridades y peculiaridades de cada país:

1. SALUD MATERNO INFANTIL
2. PROGRAMA DE INMUNIZACIONES
3. CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS
4. CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS
5. CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
6. SALUD MENTAL
7. PROGRAMAS DE PREVENCION, CONTROL Y REHABILITACION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DEGENERATIVAS Y DEL CANCER.
8. SALUD DENTAL
9. PREVENCION DE ACCIDENTES
10. PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES OCUPACIONALES

11. PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA
12. PROGRAMAS DE CONTROL DE OTRAS ENFERMEDADES PARASITARIAS
13. ERRADICACION DEL VECTOR DE LA FIEBRE AMARILLA
14. PROGRAMAS DE ALIMENTACION Y NUTRICION
15. SALUD AMBIENTAL, Y
16. SALUD PUBLICA VETERINARIA.

Por su importancia para el presente trabajo, se describe en términos generales el Area de Salud Materno Infantil, en cuyo enfoque se sustentan nuestras conclusiones.

**SALUD MATERNO INFANTIL:** Se entiende por salud materno-infantil a la atención de la salud de la madre y el niño. Esto implica el estimular el desarrollo integral del niño, la conservación de los factores de bienestar social y de las necesidades básicas de la familia, la salud mental y la planificación familiar, los programas centrados en el fenómeno cada vez más frecuente del embarazo de adolescentes y el trastorno físico y mental que este supone para la madre y el lactante.

## 1.2 ENFOQUES DE LA INTERVENCION Y/O OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERIA.

Pese a ser exigüos, los estudios históricos realizados sobre la Enfermería en México, dan cuenta del proceso evolutivo que la carrera y la profesión ha tenido desde la Revolución Mexicana.

Ahondar en nuestras raíces del pasado nos ayudará a reconocer la importancia social de los diferentes papeles que ha desempeñado la Enfermería.

Documentos de nuestras culturas autóctonas proporcionan indicios acerca del papel predominante que desarrollaba la mujer en la atención de la salud familiar y comunitaria, destacándose el cuidado a las madres y los niños, la atención del parto y conocimiento y uso de hierbas para la curación de los enfermos.

Al interior de la formación y práctica de la Enfermería en México, destacan tres desarrollos diferenciados que se describen brevemente a continuación:

### La Enfermera partera

Nuestras raíces se remontan a la figura de la "partera azteca" en la atención materno-infantil, la cual fué indispensable en el México del período precolombino. Su práctica fué conocida y destacada en un artículo de la Enfermera Partera

Imelda Castañeda (8). Hacen falta trabajos similares sobre las parteras de la Cultura Maya y de otros grupos étnicos.

Ya desde el Siglo XVI existía una cartilla para parteras empíricas y en el Siglo XIX se habla de la impartición de cursos esporádicos, lo cual nos dá una idea de la formación de la partera en las épocas prehispánica y colonial de México.

Aún cuando la carrera de Enfermería empieza a organizarse formalmente en 1902, desde 1867 la Escuela de Medicina estaba capacitando Enfermeras parteras (9), de tal manera que la Universidad de Oaxaca egresa a las primeras parteras profesionales de México en 1880 (10). Estas primeras parteras profesionales contribuyeron al mejoramiento de la salud materno-infantil, primero en un nivel domiciliario y luego en los hospitales. Su influencia fué desplazada por la práctica de médicos especializados en obstetricia y ginecología y por el uso de una tecnología sofisticada en el proceso de embarazo y atención del parto.

#### La Enfermera sanitarista

Otra intervención sobresaliente de Enfermería surgió alrededor de 1921 con las Enfermeras en Salud Pública o Sanitarias, quienes contribuyeron al éxito de las campañas contra la viruela, la tuberculosis, la fiebre amarilla, enfermedades venéreas y más tarde con el tifo, difteria y tosferina.

Desempeñaban su labor con visitas casa por casa en la sierra, los llanos y la costa realizando algunas actividades como vacunación, promoción y educación para la salud.

De esta manera surgió la salubridad rural mexicana. Se pretendió establecer centros de higiene rural en los poblados, organizar los servicios médicos rurales en forma cooperativa y hacer que las comunidades participaran en la solución de sus problemas con sus propios recursos humanos y materiales.

La participación de la Enfermera sanitaria o visitadora se extendió a los hogares y a las escuelas en las que impartían la enseñanza de la higiene; todo ello enfocado al cuidado del niño y la mujer embarazada a través de organismos como la Oficina de Higiene Escolar y el Servicio de Higiene Infantil. La Enfermera visitadora amplió su campo de acción al ámbito social al resolver problemas comunitarios (11).

Las Enfermeras sanitaristas se caracterizaron por su empeño y capacidad de organización. En su trabajo en Salud Pública se fijaron metas ambiciosas. Se creó la Oficina de Enfermería Sanitaria dentro del Departamento de Salubridad, la cual estaba dirigida por las propias enfermeras. Se promovió la superación y desarrollo de la Enfermera enviándolas a estudiar a Estados Unidos y Canadá; también se contó con el apoyo de varias consultoras norteamericanas en Enfermería en Salud Pública.

Se puede decir que la consolidación de la Organización de

Enfermería Sanitaria en los diferentes niveles administrativos se logró en 1957, cuando veintisiete estados contaron con su servicio de Enfermería sanitaria (12).

Gracias al trabajo y esfuerzo de las Enfermeras sanitarias quedaron organizados los Centros de Salud en la capital y gran parte de los estados. A ellas también se debe el éxito del Programa Materno-Infantil implementado en aquellos años.

"En 1959 con la aparición de los Centros de Salud "B" con sanatorio, la participación de la Enfermera fué primordial. Además de dar prioridad a la atención materno-infantil, la epidemiología, las enfermedades transmisibles, la salud mental, el saneamiento del medio y la alimentación, existían las unidades de salud comunitarias que se ocupaban de expedir tarjetas sanitarias, controlar los alimentos y administrar vacunas" (13).

Se puede decir que la época de oro de la Enfermería en Salud Pública fué durante las décadas de los 40-50's. Como sistema organizado, la Enfermería sanitaria declinó a mediados de los 60's y aún no se han analizado los factores que frenaron el desarrollo de la Enfermería en el campo de la Salud Pública. Es claro que nuevas políticas de salud obstaculizaron la práctica de la Enfermera visitadora; se limitaron las visitas domiciliarias hasta hacerlas desaparecer y finalmente la Enfermera fué recluida en el centro de salud "comisionada" en tareas subordinadas sin poder de decisión, sin actividades de asesoría, organización,

supervisión, etc. Así el personal de Enfermería se fué circunscribiendo a tareas asistenciales. Poco a poco se fueron cerrando las Jefaturas de Enfermeras en Salud Pública o fueron ocupadas por médicos.

Las tendencias de las nuevas generaciones de Enfermeras sanitarias en cuanto a sus actividades, son de tipo clínico y tienen menos contacto con la comunidad. Además, no tienen la preparación sanitaria adecuada, ya que la mayoría de las veces se le dá más importancia a los aspectos administrativos y el trabajo de campo se ha reducido a promover la planificación familiar. De tal manera que las actividades de salud preventiva y de trabajo directo en comunidades marginadas han ido en descenso, mientras que las necesidades han aumentado (14).

#### Enfermera hospitalaria

Los primeros pasos organizados para formar Enfermeras hospitalarias data de principios del siglo (1907). Aún cuando los años que siguieron a la Revolución Mexicana la práctica de la enfermería en hospitales sufrió de grandes deficiencias, fueron las Enfermeras las que transformaron los lugares insalubres en campos adecuados para llevar a cabo los tratamientos médicos y quirúrgicos.

En sus inicios la función de la Enfermera en los hospitales fué, en muchos casos, de sirvienta del médico. De tal manera, que en el ejercicio de la Enfermera existía una amalgama de

funciones profesionales y de servicio doméstico, tradición que ha de perdurar en los años siguientes.

El personal de Enfermería en sus inicios trabajó en un ambiente de estricta disciplina. Las Enfermeras vivían en pabellones dentro de los hospitales, se disponía de ellas prácticamente las 24 horas del día, se le castigaba por la más pequeña falta y disfrutaba de sólo un día de descanso a la semana. Sus conocimientos y práctica se asemejaban a las del médico y era reconocida su autoridad y prestigio.

Se puede decir que a partir de los años sesenta hasta la fecha, la práctica de la Enfermera hospitalaria vive su período de auge. El crecimiento de las instituciones de seguridad social fué un factor que influyó en la atención y concentración del personal de Enfermería en los hospitales (15).

Al analizar algunos aspectos socio-históricos de la práctica de la Enfermería a través de sus diferentes intervenciones en el campo de la salud, se concluye que ésta ha cumplido una función orgánica afianzadora de la hegemonía a través del carácter indispensable de su servicio.

La práctica ha contribuido a que sus servicios se dirijan de manera desigual a los diversos grupos poblacionales. La práctica de la Enfermera hospitalaria ha recibido el mayor auge por estar destinada a mantener, restaurar y reproducir la fuerza de

trabajo. Como profesión cautiva se ha plegado sin cuestionamiento a los modelos de atención médica, por lo que consideramos que existen incongruencias entre la práctica de la Enfermería y las propuestas de la APS para atender las demandas reales de la población. Entre las incongruencias más sobresalientes a nivel nacional podemos enumerar lo siguiente:

1. La mayor parte del personal profesional se encuentra concentrado en el área urbana.
2. El personal destinado a comunidad y áreas suburbanas en su mayoría es Auxiliar de Enfermería.
3. La proporción Médico-Enfermera es de tres médicos por cada Enfermera.
4. El personal de Enfermería que labora en el área comunitaria en la país es de 17,764 Enfermeras, de éstos solo 230 tienen la especialidad en Salud Pública, 1374 son Enfermeras tituladas y el resto son Auxiliares.
5. La distribución de las Enfermeras es desigual dentro de las instituciones. El IMSS ocupa para 1981 el 53% mientras que en la SSA el 24% y el ISSSTE tenía el 12% (1981).
6. La concentración de las Enfermeras en el medio hospitalario es de 79% y en área de comunidad sólo el 18%.

7. El personal en el campo sanitario tiene mayor proporción de actividades docentes que el que labora en el campo asistencial.

8. Es casi nula la actividad de investigación en ambos campos (17).

**Comentario:**

En relación a la Enfermera partera que representa un papel primordial dentro de la atención a la salud, al ser eliminadas de las instituciones se perdió un recurso clave que pudo favorecer el desarrollo de las actuales estrategias de Salud Materno-Infantil.

En lo que se refiere a la Enfermera sanitaria que tuvo gran auge en la década de los años 50-60's, empezó a decaer su papel a principios de los 80's, sobre todo su labor en el campo, al tiempo que aumentaba la población y disminuía el número de personal.

Esto refleja una clara incongruencia con los actuales planteamientos de extensión de cobertura con énfasis en APS.

Las necesidades de salud del país demandan de Enfermería el cumplimiento de funciones, actividades y tareas de diferente preparación. Por eso tenemos Licenciadas, Enfermeras Generales y

Auxiliares de Enfermería, todos ellos recursos formados en escuelas cuyos planes de estudio a pesar de su heterogeneidad coinciden en aspectos disciplinares y metodológicos que actualmente se cuestionan, y entre los que sobresalen la influencia del modelo médico biologicista, prevalencia de la práctica hospitalaria frente a la comunitaria y desarticulación con las prácticas de salud.

Por otra parte, creemos que existe conciencia en Enfermería de que sólo a través del trabajo comunitario, el reconocimiento y respeto de los valores culturales de la población y la coordinación multidisciplinaria y multisectorial, es como puede lograrse el objetivo social de alcanzar la salud para todos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HALLSCLAW Mitchell Pamela. "Conceptos básicos de Enfermería". Editorial Diana. 1a. edición. México, D.F. 1987.
2. HERNAN San Martin. "Salud y Enfermedad" Ed. La Prensa Médica Médica Mexicana, S. A. 4a. ed. México, D.F. 1985.
3. HALLSCLAW Mitchell Pamela. Op. Cit.
4. Presidencia de la República. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. "Necesidades esenciales en México". Ed. Siglo XXI. 3a. ed. México, D.F. 1985.
5. SIGERIST Henry E. "Civilización y Enfermedad". Ed. Fondo de Cultura Económica. 1a. Ed. México, D.F. 1987.
6. MARTINEZ Benitez Ma. Matilde, et.al. "Sociología de una profesión". Ed. Nuevo Mar. 1a. ed. México, D.F. 1985.
7. BRYANT John H. "A los diez años de Alma-Ata". Salud Mundial. Agosto-Septiembre de 1988.
8. CASTAÑEDA, I. La Tlamatquicitl, partera azteca. En Mc. Dermit, M.T. Desarrollo histórico de la Enfermería. Seminario: La Enfermera y la práctica social de su profesión. Puebla, 1989. p.4.
9. MARTINEZ Benitez, MM. et al. sociología de una profesión El caso de Enfermería. Centro de Estudios Educativos, A.C. Ediciones Nuevomar, México, 1985, p.83.
10. PEREZ Loreda, L. Efemérides de Enfermería (1900-1985) - En Mc. Dermit, M.T. op. cit. p.4
11. NAVARRO S., M y Sosa, V.E. Evaluación de la Enfermería de Salud Pública en México en los últimos 50 años. En Martínez Benitez, M.M. et al, op. cit. p.89.

12. PEREZ Loredo, L. Efemérides de Enfermería En MC. Dermit, M.T. op. cit. p.5.
13. MARTINEZ Benitez, M.M., et al. op. cit. p.92.
14. MARTINEZ Benitez, M.M., et al. op. cit. p.98.
15. MC DERMIT, M.T!, op. cit. p.7.
16. OPS "Tercer encuentro de Enfermería en Salud Pública". Instituto Nacional de Salud Pública de México, 1987.
17. MARTINEZ Benitez, M.M. et al. Información proporcionada (datos nacionales) en Sociología de una Profesión. El caso de Enfermería. Centro de Estudios Educativos, A.C. Ediciones Nuevomar, México, 1985, p.116-121.

### 1.3 LA SALUD MATERNO INFANTIL CON ENFOQUE DE A.P.S.

El embarazo, el parto y el puerperio forman parte del proceso fisiológico de la reproducción. Sin embargo, existen factores, en su mayoría biológicos, que pueden provocar trastornos o alteraciones en cualquiera de esas etapas, produciendo patologías que pueden afectar tanto a la madre como a su hijo. Por otra parte, no hay que dejar de lado las condiciones socio-económicas que también influyen en la morbi-mortalidad materna e infantil.

Por lo anterior, es imprescindible que toda mujer tenga la oportunidad de ser atendida durante el embarazo y recibir un cuidado adecuado en el parto y puerperio para mejorar el nivel de salud materna de un país, así como preservar el bienestar mental y social de su niñez.

La posibilidad de que la población femenina de un país reciba atención adecuada durante su proceso reproductivo depende, en gran parte, de los recursos humanos y materiales disponibles y de la distribución de éstos respecto de la población. Teniendo en la estrecha relación que existe entre salud de la madre y del niño, la atención del embarazo y el control del puerperio aparecen incluidos en los programas materno-infantiles oficiales con carácter prioritario.

En la actualidad se observa una tendencia en todos los

países latinoamericanos a una creciente urbanización que facilitaría el acceso físico a estos servicios, pero existen todavía países en los cuales hay una considerable proporción de población rural dispersa en los cuales este esquema de atención es de difícil aplicación. Las dificultades no estriban solo en una distancia física, sino en barreras culturales difíciles de vencer en una población rural, como sería el caso de considerar el embarazo y el parto fenómenos naturales, para lo cual no se busca atención profesional sino que se recurre a parteras empíricas o a familiares.

"Por los motivos anteriormente señalados y para el cumplimiento de la meta de "Salud para todos en el año 2000" -y ya aún antes de que ésta se estableciera- se han desarrollado programas de atención primaria de salud que aseguran una amplia cobertura de toda la población. Estos programas están especialmente dirigidos a los grupos más marginados: los residentes en sectores rurales y los estratos de menores recursos económicos. Al planificarlos se tienen en cuenta las circunstancias socio-culturales y se aprovechan los recursos existentes; por ejemplo, se capacita a las parteras empíricas para dar una atención más adecuada, o a los voluntarios de salud que surgen de la organización comunitaria, adiestrándolos en atención primaria y para que reconozcan los casos que deben ser referidos a centros donde pueden recibir atención profesional (17).

Es difícil describir la situación de los países

latinoamericanos en cuanto a la atención materno-infantil pues sólo hay información parcial sobre la distribución de ciertos recursos, sobre las atenciones prestadas, su calidad, la población que recibe atención primaria y de los que no tienen acceso a los servicios. No se dispone de estadísticas confiables sobre morbilidad y mortalidad materna y perinatal, sobre todo en países que tienen mayores problemas de salud materna, información que indirectamente nos hablará de la eficacia de las acciones de salud.

Dentro de este contexto, las acciones que se realizan en favor de la madre y del niño cobran especial relevancia por ser éste, además del grupo prioritario, el más numeroso y vulnerable que a corto plazo debe integrarse activamente y en las mejores condiciones de salud posibles al desarrollo económico y social (18).

#### EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNO-INFANTIL

Un desafío de los Programas Materno-Infantil es la aplicación concreta del enfoque de riesgo (es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud) (19) en la organización de los servicios como valioso medio para concentrar recursos en aquellos que más lo necesitan, tornándose particularmente necesario y urgente en la atención

prenatal y del parto. La utilización de recursos de vigilancia del feto en útero ha demostrado ampliamente su eficacia en la reducción de la morbi-mortalidad perinatal. Esto exige que se organice la atención por niveles de riesgo para que resulte más eficiente.

Por otra parte, hasta el último decenio, la formación en salud materno-infantil del personal del sector estaba basada en modelos copiados de los países industrializados, de modo que la formación no se adaptaba a la realidad en la cual viven y trabajan el personal y las comunidades. Esta situación se ha modificado en parte, pero aún resta mucho por hacer.

La atención de la salud materno-infantil en México tiene connotaciones específicas que responden fundamentalmente a las características biológicas de este grupo, a su elevado porcentaje en el espectro demográfico y a los factores del medio donde transcurre este proceso (20).

El concepto de riesgo está presente en el quehacer médico desde hace mucho tiempo. En la práctica de la atención materno-infantil, hace ya 120 años se identificaron los primeros factores de riesgo en relación con la morbilidad perinatal al establecer la influencia de determinadas condiciones y la historia previa de la madre en la salud mental y psicológica del niño. Sin embargo, desde hace solo tres decenios se comenzó a analizar el riesgo a que están sometidos el individuo y las poblaciones a diversas influencias nocivas con un enfoque epidemiológico (21). En este

sentido se ha observado que algunos elementos del medio ambiente se relacionan con la salud de una manera muy general; entre ellas figuran el medio urbano y rural, el estado civil, la situación económica y el tipo de ocupación.

Cada uno de estos factores pronostica simultáneamente un riesgo elevado de un conjunto de enfermedades infecciosas, o no infecciosas e independientemente del sistema orgánico que afectan.

La aplicación del enfoque de riesgo en el estudio de las necesidades de madres y niños en materia de salud, ha facilitado la identificación de aquellos factores que tienen una relación más estrecha con los indicadores del nivel de salud. Así por ejemplo, para ocho tipos de resultados del embarazo: bajo peso al nacer, índice de Apgar en el nacimiento (valoración del recién nacido mediante estimaciones numéricas del aspecto, color, pulso, latido cardíaco, ciertos reflejos; actividad tono muscular, respiración) (22), mortalidad perinatal, parto pretérmino, desnutrición, morbilidad neonatal, aborto espontáneo y morbilidad materna, es posible establecer asociaciones de valor estadístico con los siguientes factores de riesgo:

- Lugar de residencia
- Edad de la mujer
- Condición marital
- Escolaridad
- Abortos anteriores

- Paridad
- Actividad física
- Morbilidad durante el embarazo
- Peso de la madre
- Espacio intergenésico
- Prematuros anteriores
- Muertes neonatales anteriores
- Muerte fetal previa
- Resultados del último embarazo
- Hábito de fumar
- Estado de la vivienda
- Estatura de la madre
- Atención prenatal
- Cobertura insuficiente
- Abastecimiento deficiente de agua
- Falta de adecuado sistema de disposición de excretas
- Ingreso económico

Los factores de riesgo por lo tanto, pueden ser indicadores o causas de enfermedad, pero su importancia reside en que son observable e identificables antes de que ocurra el hecho que predicen.

La aplicación del enfoque de riesgo en relación con el desarrollo de tecnologías apropiadas, ha logrado manifestaciones definidas en el campo de la atención materno-infantil. Entre ellas destaca la racionalización de práctica obstétricas como el

uso de anestésicos, oxitócicos (fármacos que estimulan la actividad uterina), fórceps y otro tipo de intervenciones en la asistencia del parto normal y la promoción de la salud mediante la utilización de la estrategia de la rehidratación oral en el manejo de las diarreas infantiles; la vigilancia y el control de la mal nutrición; las inmunizaciones y la regulación de la fecundidad para posponer o evitar el embarazo en mujeres de alto riesgo; la revalidación de alternativas de comportamiento como la lactancia materna para la alimentación del niño pequeño. Para promover su adopción definitiva por parte de la población, se requiere la creación y aplicación de métodos efectivos en campañas de educación para la salud por parte del equipo de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

17. OPS. La salud de la mujer en América Latina. Salud reproductiva de la mujer. Atención y protección de la madre. Washington, D.C. 1985 (Publicación científica 488).
18. Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Washington, D.C. 1982 (Documento Oficial 179).
19. OPS. "Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno-Infantil".- Serie Paltex para ejecutores en programas de salud #7.
20. OPS. Condiciones de salud del niño en las Américas. Washington, D.C. 1979. (Publicación Científica 381).
21. RUIZ Hernández C.E. Embarazo de alto riesgo. Detección del alto riesgo perinatal y su repercusión en el recién nacido. Ginecología Obstetricia. Méx. 45 (271), 1979.
22. N. ROPER. "Diccionario de Enfermería". 15a. edición. Ed. Interamericana. México, D.F. 1984.