
El sistema de enfermería en el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR

Lucina Rosales Rodríguez, Guadalupe López Andrade.

El objetivo del presente trabajo es presentar el ejercicio profesional de la enfermería en la atención primaria de salud que se proporciona en el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

Para iniciar, consideramos importante precisar algunos aspectos básicos de la Institución donde está inmerso el personal de enfermería y que a su vez sirvan como marco de referencia.

I. Antecedentes:

Los orígenes del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, son consecuencia del proceso evolutivo de la Seguridad Social, de la atención médica a la población rural y de las condiciones socio-políticas presentes en el País, en diferentes momentos históricos.

Desde su inicio la Seguridad Social en México, enfrenta la dificultad de extender sus beneficios al total de la población, especialmente a los campesinos que por su incapacidad económica no pueden participar en un sistema de derechos y obligaciones.

Progresivamente se va conformando un sistema de seguridad social ampliando cada vez más su protección a los diferentes sectores del país. Los hechos más importantes en la ampliación de la seguridad social hacia grupos con limitada capacidad contributiva y con grandes carencias, que habitan las áreas rurales del país fueron en los años de 1954, 1963 y 1972, los cuales marcan épocas sobresalientes en la protección a grupos específicos tales como la atención a trabajadores del campo de Baja California, Sonora y Sinaloa, estacionales de campo y posteriormente ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios dedicados al cultivo del henequén en municipios del Estado de Yucatán.

En los años de 1974 a 1976 quedan instituidos, mediante un acuerdo presidencial y con apego a la Ley del Seguro Social, los servicios de so-

lidad social en favor de la población rural de la región ixtlera, que abarca cinco estados del país.

Posteriormente los servicios se extendieron a otras áreas del país, básicamente a las zonas temporaleras y en coordinación con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, (Conasupo) se construyeron 310 unidades médicas rurales para atención de primer nivel, amparando a 3'800,000 de los 24 millones en que se estimaba la población rural no protegida.

En 1977 la Presidencia de la República, crea la entidad Coplamar encargada de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

En 1979 el Gobierno Federal decide conjugar la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social con la infraestructura y los programas integrados y coordinados por COPLAMAR, suscribiendo un convenio mediante el cual se plantea el objetivo de proteger a 100 millones de sujetos para 1980, cuyo financiamiento sería cubierto por el propio gobierno.

El Instituto Mexicano del Seguro Social como consecuencia de la firma del convenio entre éste y COPLAMAR, adquirió el compromiso de construir y operar una red de Unidades Médicas de Campo, por lo que de 1979 a 1982 se incrementó el número de Unidades Médicas Rurales de 310 a 3,025 y el de Hospitales de 30 a 60, para 1984 se contó con 11 Hospitales más lo cual hizo un total de 71.

Esta infraestructura abarcó la totalidad de las entidades federativas del país, excepto del Distrito Federal, y tuvo una capacidad para atender a 18 millones 800 mil sujetos de solidaridad social.

En 1983 el Gobierno Federal emite un decreto mediante el cual deja de operar el organismo COPLAMAR, el Instituto asume la responsabilidad total del Programa, lo cual implica or-

ganizar la participación comunitaria (responsabilidad que había desarrollado COPLAMAR) con base a la Ley del Seguro Social, es decir, como retribución de la comunidad por los servicios médicos recibidos, dando especial énfasis a las actividades que influyen en forma directa sobre el estado de salud y medio ambiente familiar y comunitario.

Para hacer congruente la administración pública con las decisiones políticas, en 1984 se inicia la descentralización de la vida nacional y por ende el sector salud, con la citada descentralización el Programa IMSS-COPLAMAR hace entrega de las Unidades Médicas de Campo, de trece estados de la República a sus respectivos gobiernos, a fin de que sean administradas por la Secretaría de Salud simultáneamente se crean mecanismos para la concertación social tales como, el Comité de Operación IMSS-COPLAMAR en el Nivel Nacional y los Consejos Estatales y Municipales de Vigilancia quienes con la autoridad conferida de los estados descentralizados, coordinan, vigilan y apoyan el Programa IMSS-COPLAMAR, cuidando que se siga ampliando la cobertura y conservando la calidad de los servicios que se otorgan.

Actualmente el Programa IMSS-COPLAMAR atiende la salud de 9.5 millones de solidariohábientes que habitan en las zonas rurales marginadas, de 19 entidades federativas operando con el IMSS con financiamiento federal, con una infraestructura de 2,404 unidades médicas rurales y 51 hospitales rurales "S".

II. Concepto de atención primaria de la salud adoptado por el Programa IMSS-COPLAMAR.

En septiembre de 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud reunida en Alma Ata, U.R.S.S., consideró que el desarrollo económico y social basado en el nuevo orden económico internacional es de importancia básica para el logro completo de la salud para todos y para la reducción de la brecha entre el estado de salud de los países en desarrollo y los desarrollados.

En materia de atención a la salud, en la última década la mayoría de los países, incluyendo el nuestro, han suscrito el compromiso de adoptar la estrategia de la Atención Primaria a la Salud para alcanzar ésta en el año 2000. Este compromiso, suscrito en Alma-Ata en 1978, propone la consideración de un concepto sustentado en principios generales adaptables a

las condiciones de cada país, pero de observancia universal.

El concepto adoptado por el Programa IMSS-COPLAMAR, considera que: "La atención primaria de la salud es fundamentalmente asistencia a la salud puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad".

III. Modelo de atención a la salud del Programa IMSS-COPLAMAR

Para responder a las necesidades de salud de la población rural y con objeto de actuar sobre las causas que condicionan la enfermedad y muerte, se diseñó un Modelo de Atención Integral a la Salud, el cual tiene por objeto proporcionar atención médica continua e integrada de promoción, protección, curación y rehabilitación dirigida no sólo al individuo, sino a la familia y comunidad aplicando para ésta las bases conceptuales de la atención primaria de salud a través de la Acción Comunitaria con la cual se fomenta la participación de la población desde la integración del diagnóstico de salud, planeación de acciones y evaluación del proceso de atención realizado con los recursos existentes en la comunidad.

Para prestar la atención médica, existe un sistema piramidal en dos niveles de atención, formada por las Unidades Médicas Rurales y Hospitales Rurales "S" de Solidaridad Social que proporciona el primero y segundo nivel de atención y el apoyo del tercer nivel se proporciona por los Hospitales Universitarios y Regionales o Estatales de la Secretaría de Salud.

El primer nivel se orienta a resolver los problemas de salud más frecuentes y que requieren de una tecnología sencilla, conjuntamente con la participación activa de la comunidad. En este nivel se ofrece la mayor parte de los servicios y es la puerta de entrada de la comunidad al sistema de salud, las acciones de salud se otorgan a todos los habitantes de la jurisdicción de cada unidad de atención, que se denomina Unidad Médica Rural.

Con el propósito de otorgar un servicio oportuno y eficiente, las UMR se ubicaron en localidades accesibles con población marginada de

500 a 2,500 habitantes, que constituyeron Centros de Concentración de Actividades religiosas, comerciales, educativas, etc., y que no contaron con servicios de salud.

Se llevan a cabo acciones permanentes y prioritarias de prevención, por medio de educación para la salud y protección específica contra los padecimientos transmisibles vulnerables por vacunación, acciones específicas para prevención y control de enfermedades de vías respiratorias, gastrointestinales y parasitarias, paludismo y otras que son endémicas.

Se proporciona asimismo atención prenatal y del parto de bajo riesgo incluida la planificación familiar y prevención del tétanos neonatal.

En forma intencionada se busca a individuos con padecimientos crónico-degenerativos transmisibles o no, como: tuberculosis, diabetes, desnutrición, fiebre reumática, enfermedades venéreas e hipertensión arterial, se realizan acciones de orientación nutricional, odontología preventiva y saneamiento de la vivienda y del medio.

El segundo nivel de atención apoya la resolución de los problemas de salud, mediante la atención de urgencias, consulta externa en las especialidades básicas de la medicina, servicios auxiliares de diagnóstico y hospitalización de los pacientes con problemas médicos, quirúrgicos, obstétricos y pediátricos que requieren de atención especializada y que se otorga en los hospitales rurales "S".

Constituye el centro de una zona de atención médica en donde se conjugan recursos científicos, técnicos, físicos y materiales que apoyan a un promedio de 40 Unidades Médicas Rurales que forman el primer nivel de atención, amparando aproximadamente a 200,000 personas, es conveniente hacer notar que en este tipo de unidades se atiende población adscrita del área de su influencia a quien se le proporciona atención de primer nivel en la consulta externa del hospital rural.

Los hospitales rurales "S" son centros de capacitación y actualización del personal institucional y voluntario tanto del propio hospital como de las unidades médicas rurales.

Se encuentran ubicados generalmente en localidades con una población no menor de 5,000 y no mayor de 10,000 habitantes intercomunidades y con servicios municipales.

IV. Estructura del sistema de enfermería

La organización de enfermería en el programa IMSS-COPLAMAR, está conformado por tres niveles jerárquicos, vinculados estrechamente entre sí, manteniendo coordinación y comunicación permanente (Fig 1)

1. Nivel Central

Depende de la Coordinación Médica, está integrado por ocho asesoras de enfermería, quienes fueron reclutadas y seleccionadas por su amplia trayectoria profesional dentro del Instituto, generalmente con experiencia previa, de haber ocupado puestos de dirigentes de enfermería en el Distrito Federal o en diferentes entidades federativas del País.

Las funciones que realizan son de planeación, evaluación y asesoría de las actividades de enfermería en los niveles delegacionales y procedimientos por especialidad y servicio, instrumentos de supervisión y evaluación, así como modelos de capacitación, formativos de educación, con un enfoque de los problemas de salud identificados de acuerdo al proceso salud-enfermedad.

Existe una integración funcional del grupo de asesoría del Nivel Central, ya que aún estando asignadas al departamento de Evaluación y Apoyo a la Operación participan en las áreas de normas, capacitación, programas especiales, informática y en los diferentes comités existentes.

2. El Nivel intermedio o Delegacional

La ubicación física de este grupo de enfermería, es en las entidades federativas que integran el programa IMSS-COPLAMAR. Son 32 enfermeras profesionales, con curso de especialización y proceden de las áreas operativas de las unidades médicas del IMSS.

Las funciones genéricas son: programar, adecuar, dirigir, coordinar, asesorar y evaluar las actividades de enfermería del nivel operativo, en cada Estado existen una o dos supervisoras delegacionales, de acuerdo al número de unidades médicas de campo.

Forman parte de los grupos multidisciplinarios de supervisión, éstos están integrados de forma semejante a los grupos del nivel central.

ORGANIZACION ESTRUCTURAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

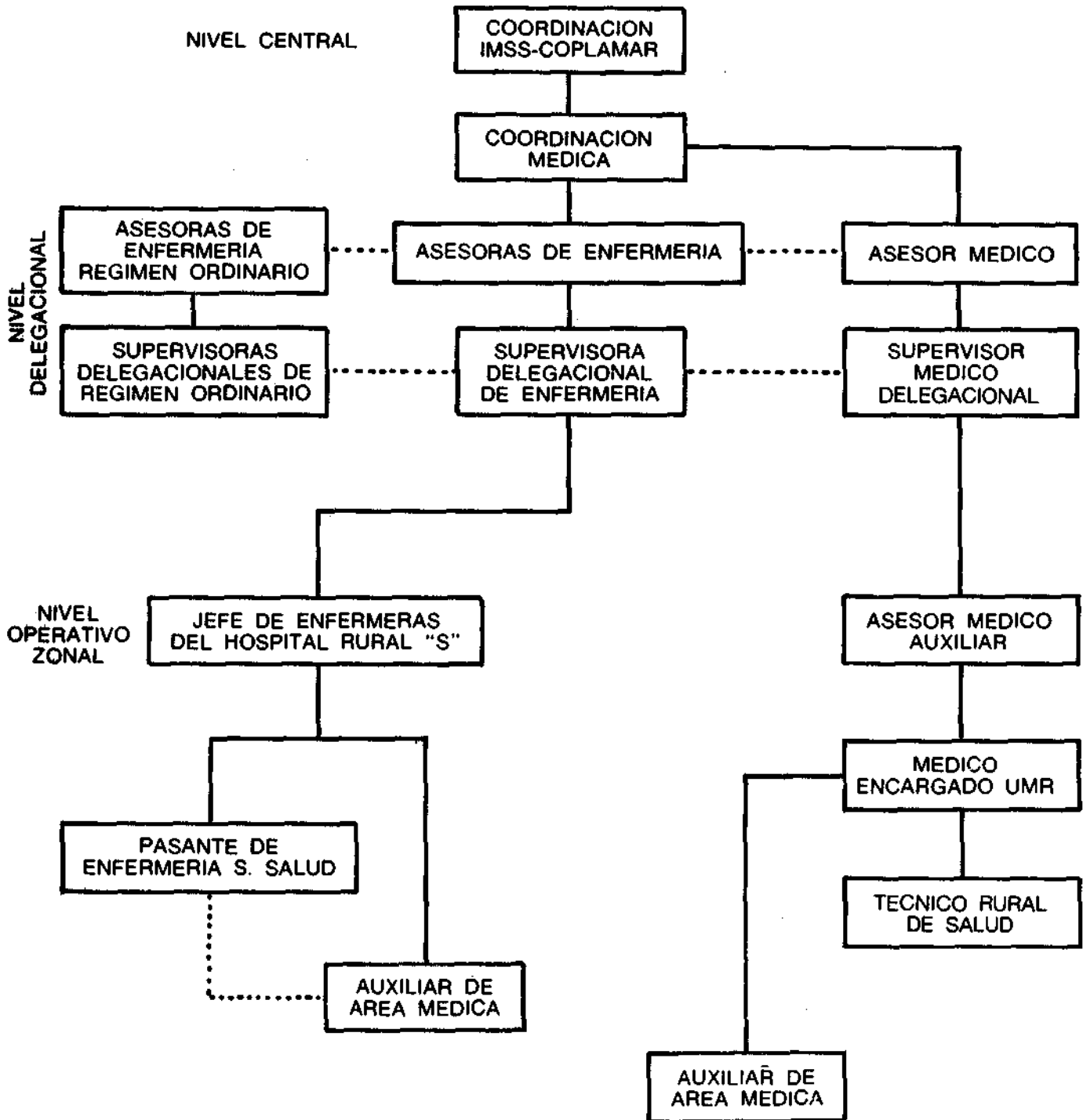


FIGURA 1

Dependen jerárquica y funcionalmente de la Jefatura de Servicios Médicos delegacionales en el estado y normativamente de la coordinación IMSS-COPLAMAR.

2.1 El Nivel Zonal:

Está ubicado físicamente en cada zona de servicios, formado por un médico egresado de la residencia de Medicina Familiar, un promotor de Acción Comunitaria y un Técnico Polivalente encargado del manejo del vehículo y del mantenimiento de 2o. nivel de las unidades médicas rurales, la zona está conformada por un promedio de 20 U.M.R. en donde se proporciona el primer nivel de atención. Dicho equipo zonal tiene como funciones sustantivas la supervisión, asesoría y capacitación del personal asignado a las Unidades Médicas Rurales.

Cabe mencionar que en este nivel de supervisión zonal no está normado en el Programa IMSS-COPLAMAR la existencia de personal profesional de enfermería, para efectuar la supervisión-asesoría y capacitación de las auxiliares de área médica y técnico rural de salud asignadas a las Unidades Médicas de primer nivel.

2.2 El Nivel Operativo

Lo constituyen los hospitales rurales "S" y las unidades médicas rurales, cuyas características ya han sido descritas. El personal de enfermería del hospital rural "S" está integrado por 1 Jefe de Enfermeras, 9 pasantes de enfermería y de acuerdo al número de camas del hospital 20 a 40 auxiliares de área médica de base, 10 a 20 de sustitución.

Las Jefes de Enfermería son enfermeras tituladas que laboran en el Instituto, con un mínimo de experiencia profesional de 2 años, han recibido un curso formal de administración de servicios de enfermería. Por ser personal directivo, forma parte del Cuerpo de Gobierno de la unidad hospitalaria conjuntamente con el Director, Administrador y Residente de Conservación.

Son responsables ante el Director de la administración de los servicios de enfermería por lo que cuentan con la autoridad necesaria para ello, sus funciones son de programación, organización, dirección y control de la operación.

Son responsables de los cuidados de enfermería que se proporcionan al individuo, fa-

milia y comunidad. Permanentemente verifican que sea eficaz la participación del personal de enfermería, en la promoción, prevención, curación, rehabilitación, enseñanza e investigación.

Pasantes de Enfermería

Dentro de la estructura del personal de enfermería del hospital están consideradas 9 pasantes de enfermería en servicio social durante un año, provienen de Escuelas de Enfermería oficialmente reconocidas, conjuntamente con la Jefe de Enfermeras constituyen el apoyo técnico profesional de enfermería en los HR "S".

Las funciones que desarrollan están contempladas en un programa académico elaborado por los asesores de enfermería de nivel central conjuntamente con la Jefatura de Enseñanza e Investigación, del IMSS.

El 40% del tiempo total de servicio social está destinado al desempeño de actividades asistenciales, rotando por los diferentes servicios y turnos del hospital.

Efectúan las labores asistenciales que tradicionalmente se le proporcionan al individuo enfermo, agregándose estas acciones, las específicas de capacitación al enfermo y familia en el autocuidado de la salud, mediante los programas de "Familiar Acompañante" y "Binomio Madre-Hijo".

El restante 60% de la pasantía está encaminada al desarrollo de actividades en la comunidad, integrada al Equipo de Salud de la Unidad.

El equipo de salud al inicio del año, actualiza el diagnóstico de salud de la comunidad y de acuerdo a los grupos etáreos y a los principales daños a la salud, elaboran un programa de trabajo con énfasis en la promoción de los servicios que proporciona la unidad, protección específica, detección de enfermedades, vigilancia epidemiológica a nivel de la familia y comunidad de aquellos padecimientos que lo requieran, así como seguimiento y reconquista de remisos y capacitación de la comunidad.

Auxiliares de Área Médica

El mayor número de personal de base del hospital, lo constituyen las auxiliares de área médica, se encuentran distribuidas en los diferentes turnos y en los servicios donde se efectúan actividades sanitario-asistenciales como son:

consulta externa, medicina preventiva, centros de educación nutricional e hidratación oral, urgencias, tococirugía, quirófanos, central de equipos y esterilización, hospitalización en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Cúneros, Prematuros, Pediatría y Gineco-Obstetricia, cabe señalar que las actividades antes señaladas se efectúan con énfasis en la educación para la salud, mediante la capacitación al individuo y familia en los programas de "Familiar Acompañante" y "Binomio Madre-Hijo".

Es personal preferentemente femenino, de la comunidad donde se ubica la unidad médica hospitalaria; reclutado por la comunidad y seleccionado por la institución de acuerdo al desempeño de los cursos formativos en los que se le capacitó para desarrollar las funciones básicas de enfermería en el hospital y comunidad.

Los antecedentes escolares de este personal son primaria completa, ser bilingües en la comunidad donde se requiera y con una edad de 16 a 40 años.

Unidades Médicas Rurales

El personal de enfermería asignado al primer nivel de atención lo constituyen las auxiliares de área médica, están ubicadas tanto en UMR como en Unidades Médicas Auxiliares con una categoría en éstas últimas de técnico rural de salud.

En el primer caso son dos, una con contratación de base y la segunda de sustitución, sus características y requisitos del puesto son semejantes a las auxiliares de área médica asignadas al segundo nivel. Sólo que para las UMR fue necesario requerir como antecedentes escolares tercer año de primaria y primaria completa ya que en algunas comunidades no fue posible reclutar a personas con mayor preparación básica.

Al inicio del Programa IMSS-COPLAMAR, este personal de enfermería desempeñó parcialmente las actividades de atención primaria de la salud, bajo la conducción del pasante de medicina en servicio social. Cabe mencionar que han sido sujetas a educación continua formal, por parte de la supervisión delegacional, jefe de enfermeras del HR "S" bajo los programas y lineamientos elaborados por el grupo de asesoras de enfermería de nivel central.

Actualmente tienen una participación más efi-

caz con el médico asignado a la Unidad Médica Rural en:

- Actualización del Diagnóstico de Salud.
- Participación en la concentración de datos del Rotafolio de Información y Evaluación.
- Vigilancia epidemiológica de los padecimientos transmisibles mediante la elaboración de canales endémicos.
- Participación en la programación de acciones de acuerdo al diagnóstico de salud.
- Promueve en la comunidad el saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- Participa en la prevención y control de las enfermedades transmisibles por vacunación, las infecciones de vías respiratorias altas de padecimientos gastro-intestinales, para sanitarias, paludismo y otras enfermedades endémicas.
- Participar en la búsqueda intencionada de padecimientos crónicos como tuberculosis, desnutrición, hipertensión arterial, fiebre reumática, diabetes y embarazo de alto riesgo.
- Contribuye en la identificación y capacitación de los integrantes del Comité de Salud, asistentes rurales, promotores sociales voluntarios, parteras tradicionales y otros grupos formales de la comunidad.
- Participa en la atención del parto de bajo riesgo.

Unidades Médicas Auxiliares

Son unidades médicas rurales ubicadas en zonas de mayor marginación, las que previo estudio, se identificó que tenían una baja cobertura de acciones de salud y con población de 1,000 habitantes o menos, con grandes dificultades de acceso, lo cual limitaba asignar permanentemente pasantes de medicina en servicio social. Debido a lo anterior se dictó una política en la Coordinación General IMSS-COPLAMAR para habilitar a la auxiliar de área médica para hacerse cargo de las actividades médicas y de enfermería, para proporcionar el primer nivel de atención a la población del área de influencia de la unidad; es así como dentro del Programa IMSS-COPLAMAR, al personal de enfermería se le dio mayor responsabilidad, mayor percepción económica y bajo la nominación de Técnico Rural de Salud.

V. Análisis de los aspectos que favorecen y limitan la participación de enfermería en el Programa IMSS-COPLAMAR.

La estructura de los servicios de enfermería en

el Programa IMSS-COPLAMAR presenta el esquema que ha sido publicado en reiteradas ocasiones por los organismos internacionales, referente a la distribución del personal y las necesidades de salud de la comunidad debido a que han sido asignados al Programa un mínimo de recursos humanos de personal tanto en número como en tipo de personal, de acuerdo a los indicadores de enfermería existentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dicho esquema se hace objetivo de la siguiente forma:

- Se considera una pirámide truncada, en la cual se representa en la base las necesidades de salud de las comunidades rurales sub-atendidas, la parte central está representada por la población sub-urbana en ésta hay menor número de habitantes y un poco más de recursos físicos y humanos para la salud. En la cúspide de la pirámide se representa el menor número de habitantes y corresponde a las zonas urbanas en el cual están concentrados el mayor número de establecimientos de salud.
- La distribución de personal de enfermería en número y tipo (profesional y no profesional) está esquematizado por un triángulo, colocado a la inversa de la pirámide de población.
- La base y cuerpo del triángulo corresponde al mayor número de recursos humanos, mismos que están ubicados en las zonas urbanas y suburbanas y el vértice del triángulo que corresponde la mínima de personal, está ubicado en las zonas rurales, en las cuales existe mayor número de población y por ende mayores necesidades de salud. (Figura 2)

El personal de enfermería, está conformado con un total de 7,024 integrantes para atender en los aspectos de enfermería a los 9.5 millones de solidariohabitantes, de los cuales 8 enfermeras profesionales están ubicadas en un nivel normativo y 32 enfermeras se encuentran ubicadas en un nivel delegacional en 19 estados del país, en donde actualmente opera el programa. 50 jefes de enfermería asignadas a Hospitales Rurales "S" y 2,049 auxiliares de área médica para los hospitales y 4,806 auxiliares de área médica para la operación de las unidades médicas rurales y 78 técnicos rurales en salud asignados a las 78 unidades auxiliares.

En total existe un 1.28% de personal profesional de enfermería y un 98.72% de personal no profesional.

Estrategias que permiten ampliar el rol de la enfermería

La enfermera está llamada a contribuir más directamente en la atención primaria de salud, debe estar dispuesta a sumar sus esfuerzos para enfrentar el reto que representa la extensión de la cobertura de los servicios de salud.

Concebimos a la enfermera inmersa en la comunidad, con un grado de competencia que le permita tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros del equipo en la tarea de elevar el nivel de salud de la población a su cargo. Los objetivos de su ejercicio profesional son: la prevención de las enfermedades, incapacidades y muertes prematuras en la población.

Dentro del sistema de salud IMSS-COPLAMAR, se sugiere ubicar una enfermera especialista en Salud Pública a nivel de la zona de servicios médicos o sea en el hospital rural "S" para:

1. Dirigir eficazmente los servicios de enfermería en Salud Pública en la comunidad, del área de influencia del hospital.
2. Desarrollar las actividades de: programación, supervisión, evaluación y capacitación de las funciones y actividades de enfermería que desarrollan las auxiliares de área médica y técnicas rurales en salud asignados a las unidades médicas rurales y unidades médicas auxiliares.

Cabe señalar que la enfermera en Salud Pública, deberá integrarse al equipo de supervisión zonal conformado por el médico asesor auxiliar, polivalente y promotor de acción comunitaria.

El cumplimiento eficaz de las funciones en salud pública requiere de la realización de determinadas actividades como las siguientes:

- Mantener la vigilancia epidemiológica de la comunidad, tomarlas medidas pertinentes y mantener informados tanto a la comunidad como al sistema de salud.
- Establecer y mantener las medidas apropiadas de atención primaria a su alcance

ASIGNACION DE RECURSOS HUMANOS

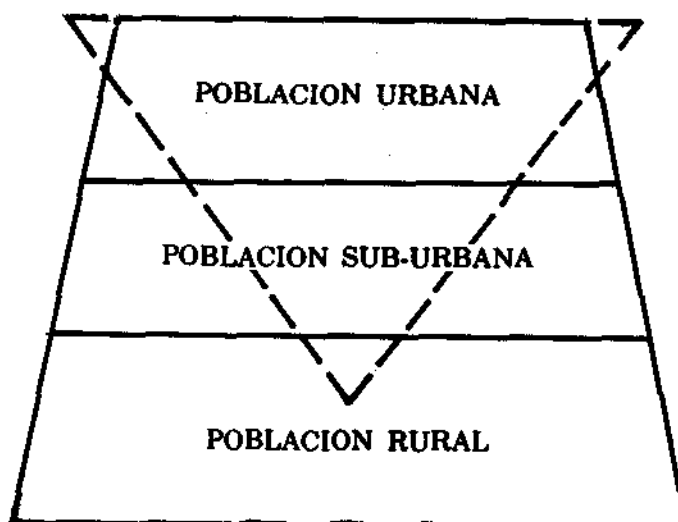


FIGURA 2

NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD

para lograr un efecto sobre el estado nutricional de la población.

- Capacitar e incorporar al individuo, núcleo familiar y comunidad para que puedan identificar y satisfacer necesidades propias y específicas de salud.
- Capacitar grupos tradicionales y voluntarios para su participación en los programas comunitarios de salud.
- Propiciar el mejoramiento del ambiente, el estado de salud de la población, el de la comunidad en general y el del núcleo familiar en particular, con la participación de los usuarios y coordinando sus actividades con las de los trabajadores de otros sectores del desarrollo a nivel local.
- Incorporar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la provisión y evaluación de los servicios de atención primaria de salud.
- Evaluar permanentemente los resultados de su atención primaria para que pueda realizarse el proceso de retroinformación.

BIBLIOGRAFIA

- Organización Panorámica de la Salud, Plan Decenal de Salud de Salud para las Américas, Informe final de la III Reunión Especial de Muestras de Salud de las Américas (Chile, 1972).
- O.M.S. Junice F., Atención Primaria de Salud, informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata U.R.S.S. 1978) Ginebra 1978.
- Doris E. Roberts, Enfermería de Salud de la Comunidad: conceptos y estrategias. Antología experiencias en servicio y docencia en Enfermería en América Latina O.P.S. 1982.
- Instituto Mexicano del Seguro Social; Seguridad y Solidaridad Social; diagnóstico de salud en las Zonas Marginadas Rurales de México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Planificación Familiar Población y Salud en el Médico Rural, 1986, I
- IMSS, COPLAMAR, modelo de atención integral a la salud, 1983.