

El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud.

The concept of health: An explanation of its uniqueness, multiplicity and health models

Fernando Juárez
Universidad del Rosario

ABSTRACT

It is showed a health perspective with multiple meanings and the need to use multiple models. From the ancient concept of negative health, which continues in full force, to models of positive health, there is a long road full of theoretical approaches and models, among which are the biopsychosocial model, the salutogenic model, the positive health model from positive psychology, the holistic model, the model of personal choice, the model of health as welfare, the model of health as maturity, the model of emotional intelligence as health, and the health model of resilience as health, among others. The use of these models, in a proper manner, enhances the professional work and makes more efficient use of health resources.

Key words: Health, wellness, holism, biopsychosocial, positive psychology.

RESUMEN

Se presenta una perspectiva de salud con múltiples significados y la necesidad de utilización de múltiples modelos. Desde el antiguo concepto de salud negativa, el cual continua con plena vigencia, hasta los modelos de salud positiva, existe un largo camino lleno de aproximaciones teóricas y modelos diferentes, entre los que se encuentran el modelo biopsicosocial, el modelo salutogénico, el modelo de salud positiva desde la psicología positiva, el modelo holista, el modelo de elección personal, el modelo de salud como bienestar, el modelo de salud como madurez, el modelo de salud como inteligencia emocional y el modelo de salud como resiliencia, entre otros. La utilización de dichos modelos, de manera apropiada, enriquece el trabajo profesional y hace un uso más eficiente de los recursos de salud.

Palabras clave: Salud, bienestar, holismo, biopsicosocial, psicología positiva.

Artículo recibido/Article received: Abril 18 2011/April 18 2011, Artículo aceptado/Article accepted: Mayo 3 2011/May 3 2011

Dirección correspondencia/Mail Address:

Fernando Juarez. Universidad del Rosario. Calle 14, No. 4-80. Email: fernando_juarez2@yahoo.com; fernando.juarez@urosario.edu.co

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH esta incluida en PSERINFO, CENTRO DE INFORMACION PSICOLOGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET y GOOGLE SCHOLARS. Algunos de sus articulos aparecen en SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK y está en proceso de inclusion en diversas fuentes y bases de datos internacionales.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH is included in PSERINFO, CENTRO DE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET and GOOGLE SCHOLARS. Some of its articles are in SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK, and it is in the process of inclusion in a variety of sources and international databases.

LA NATURALEZA MÚLTIPLE DEL CONCEPTO DE SALUD

Resulta difícil definir la salud, al igual que los procedimientos para mantener o recuperar una buena salud, los cuales están determinados por la propia definición. El hecho de que todas las personas tengan un cierto grado de salud (Bergdolt, 1999) y que esta adquiera numerosas formas (Almeida, 2000), cambiando en cada persona y en ciertos momentos de su vida, indica también que todas esas formas podrían parecer aproximaciones parciales a un concepto único (Juárez, 2010, p. 6). Así, tanto los procedimientos de evaluación como los de intervención, cambian, según la definición adoptada. Sin embargo, la cuestión de si la salud es un concepto único o no lo es permanece.

El antiguo concepto de la salud negativa, como ausencia de enfermedad, se presentaba como tal concepto único. Esta definición mantiene una gran vigencia actualmente. Esto es cierto en el ámbito de la asistencia profesional médica (Sadegh-Zadeh, 2000) y, en general, en todos los campos de la salud (Juárez, 2010, p. 8). No solo eso, sino que casi ninguna persona querría tener un diagnóstico médico o psicopatológico, es decir no querría tener una enfermedad o trastorno, lo que da mayor validez a este concepto en la vida cotidiana de cada individuo.

Dicha definición de salud está presente en numerosas aproximaciones terapéuticas tal como el enfoque de la discapacidad (World Health Organization [WHO], 2001), el cual asume un concepto de normalidad olvidándose de la propia voluntad del individuo (Nordenfelt, 1997a), siendo la normalidad una característica de la salud como ausencia de enfermedad (Boorse, 1987). En este enfoque la enfermedad tiene una causa natural (Boorse, 1975). Igualmente, cierta perspectiva de la resiliencia, como recuperación ante eventos de alto riesgo (Hartling, 2008), también se basa en este concepto de salud, ya que la recuperación es la ausencia del daño o la superación del mismo.

Sin embargo, en el concepto de salud negativa la valoración social interpreta la disfunción como perjudicial o no (Wakefield, 2007), introduciendo un enfoque social, que a menudo pasa desapercibido en la utilización de esta definición.

En esta acepción de salud también existe circularidad entre algunos conceptos, por ejemplo entre lo que se considera disfunción y desorden (Houts, 2001), ya que el desorden existe porque hay una disfunción y la disfunción causa el desorden. Esto, que puede constituir un error lógico, sin embargo ocasiona una interacción entre causas y efectos observables, un fenómeno no recursivo que

Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.

propicia la inestabilidad, contrariamente a la unidireccionalidad asumida desde la disfunción al desorden.

Además, el concepto de enfermedad incorpora síndromes clínicos, desviaciones estructurales, funcionales o mixtas, mecanismos etiológicos y patogénicos y dificultades interpersonales (Jablensky, 2007), dando a la salud como ausencia de enfermedad, un colorido de conceptos múltiples, en los que no son lo mismo las dificultades interpersonales que las desviaciones estructurales. Es decir el concepto se aleja de esa interpretación única en la cual se basaba inicialmente y que no reflejaba la complejidad que tenía el mismo.

Por otra parte, el hecho de que la ausencia de enfermedad no garantice la salud (Nordenfelt, 2000), indica que debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa, parcialmente, esta perspectiva, ya que no se centra en la enfermedad. Sin embargo, es necesario decir que una cosa es la clase de relaciones entre la salud y la enfermedad, de las cuales no me ocupare ahora, y otra cosa es en lo que se centran los diferentes enfoques, los cuales deberían hacer explícita esa relación entre la salud y la enfermedad, lo que a menudo no hacen.

En la salud positiva caben dimensiones, tales como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional (O'Donnell, 1989), propiciándose la interacción entre sus componentes (Mezzich, 2005). También pueden existir indicadores molares del estado de bienestar y de percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002), caracterizándose la salud como una propiedad del nivel de la persona, pero no de niveles inferiores, como los órganos (Nordenfelt, 1997b). Si añadimos a esto, que la salud puede consistir en el hecho mismo de tener salud, de estar saludable (Kugelmann, 2003), entonces la definición de la misma se multiplica infinitamente, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona.

La unicidad del concepto de salud, también se ve amenazada cuando se señala que se podrían combinar el concepto positivo de salud, o presencia de características positivas, con el concepto negativo, o ausencia de enfermedad (Mezzich, 2005), que existe la necesidad de considerar el concepto de salud como integrador de las dos (Täljedal, 2004), que el modelo de salud positiva se complementa con el modelo del déficit (Ingram & Snyder, 2006), que el modelo de competencias se complementa con el modelo del déficit (Ward, 1999) o, finalmente, que la salud es una combinación de conceptos tales como ausencia de enfermedad y la percepción subjetiva de salud, (Post, de Witte, & Schrijvers, 1999).

La propia Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 1946) señala que la

salud es un completo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad, poniendo así de manifiesto la confluencia de ambas perspectivas. Igualmente, esto es lo que hace Keyes (2005), al proponer el concepto de salud mental completa, el cual incorpora tanto la ausencia de enfermedad o diagnóstico, como la presencia de características positivas. Finalmente dentro de una lógica de intervención en las comunidades se proponen múltiples relaciones entre la estructura de atención y los diferentes conceptos de salud (Lando, Williams, Williams, & Sturgis, 2006).

Todas estas propuestas, en realidad inciden en la interpretación múltiple que tiene el concepto de salud, el cual abandona la seguridad que proporciona un concepto unificado. Sin embargo, se necesita una conexión teórica entre estas diferentes aproximaciones, por ejemplo se pueden unir los conceptos biológicos con la personalidad, la expectativa, la ansiedad, etc., mediante la hermenéutica y la teoría crítica (Caprara, 2003), proporcionando así una justificación epistemológica y una base teórica de reconstrucción a partir de la interpretación propia de la hermenéutica (de la Maza, 2005) con la capacidad de transformación propia de la teoría crítica (González, 2002; Osorio, 2007). Un modelo de salud relacionado con esta perspectiva a la vez crítica e interpretativa es el de Gadamer (1996), quien propone diferentes niveles de salud en los planos epistemológico, existencial, metodológico, del ser, etc. (Šolcová, 2008).

Otros modelos intentan conjugar diferentes niveles de salud en los planos intraindividual, individual y supraindividual (Almeida, 2001).

Dentro de los marcos explicativos actuales se mantienen principios diferentes en cuanto a la ubicación de las causas de la salud. Marcos tales como el médico, el de salud pública, el psiquiátrico y el psicológico. (ver Parish & Van Dusen, 2007) centran su interés tanto en causas internas como externas o en aspectos biológicos y psicológicos. A su vez dentro de estos marcos explicativos, se pueden encontrar e integrar muy diferentes propuestas teóricas o modelos diferentes de salud. Dicha combinación es una estructura múltiple con explicaciones muy diferentes, las cuales es necesario articular, pero que ofrece una gran riqueza conceptual y teórica.

El contexto de múltiple nivel o modelos, unido al carácter cambiante del estado de salud nos indica también la multiplicidad de dicho concepto. Además, los diferentes modelos de salud pueden ser numerosos, siendo todos ellos de utilidad según el momento del proceso salud-enfermedad. Realizaré a continuación una descripción de algunos de ellos (para una explicación más extensa ver Juárez, 2010).

MODELOS DE SALUD

El modelo biopsicosocial

Este modelo fue propuesto por Engel (1977), quien afirma que el mismo se enmarca dentro de la teoría general de sistemas; así, es un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud. El modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica (Sperry, 2008) de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias (Havelka, Lučanin, & Lučanin, 2009), permitiendo la confluencia de perspectivas muy diferentes en una concepción holista integrada dentro modelo biopsicosocial, tal como ocurre con la psicología individual (Sperry, 2008).

El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Si bien es cierto que carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo otorga al modelo libertad suficiente como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud.

El modelo salutogénico

El modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1979, 1987), dentro del marco del modelo biopsicosocial, consiste en una evaluación integral de la salud con carácter de intervención. El modelo recoge conceptos tales como la personalidad resistente, dureza y resiliencia, con un enfoque interdisciplinar (Almedom, 2005), constituyendo un sólido fundamento teórico para la promoción de la salud (Antonovsky, 1996). Por otra parte, este modelo también tiene una gran vocación social en relación a la disponibilidad de los recursos de afrontamiento y los estresores, los cuales pueden afectar a comunidades enteras (Antonovsky, 1991).

Además de estos principios, bases del modelo (Antonovski, 1979, 1987), existe un amplio marco teórico que lo sustenta y que se centra alrededor del sentido de coherencia. El concepto de sentido de coherencia consiste en una disposición generalizada de confianza en que las cosas saldrán bien y en que se puede predecir los estresores, los cuales presentan una cierta estructura. A su vez, existe la creencia de que dichos los recursos de afrontamiento estarán disponibles y merecerá la pena utilizarlos ante las demandas del medio (Antonovski, 1987). Así, el sentido de coherencia conecta el mundo interno con el externo (Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005), construyendo fundamentos para el cambio, con la suficiente flexibilidad y capacidad, según un plan que promueve la dirección y la motivación (Griffiths, 2009).

El modelo también incluye el orden y claridad de la información ambiental (Comprensibilidad), la adecuación entre recursos y demandas (Getionabilidad o autosuficiencia), y el dar sentido a los acontecimientos de la vida (Sentido) (Flensburg-Madsen, et al., 2005).

Este modelo resulta de una gran utilidad en el abordaje de comunidades, debido a la multitud de elementos que integra. Además, a diferencia del biopsicosocial, estos elementos están bien articulados en el modelo.

El modelo de salud positiva

El modelo de la salud positiva ha sido abordado desde diferentes disciplinas, tal como la sociología donde la salud se entiende por algunos, como un estado óptimo de capacidades (Parsons, 1964). Igualmente se identifica con bienestar social, incorporando la noción de calidad de vida (Moreno-Altamirano, 2007). Unos de los más firmes defensores del modelo, desde la psicología positiva, son Seligman y Peterson (2003), quienes se apoyan en la tradición humanista, pero con énfasis en la perspectiva positiva.

Dentro de este modelo, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) proponen, en relación al pasado, las dimensiones de bienestar, contención y satisfacción, de fluidez y felicidad, en el presente, y la esperanza y el optimismo en cuanto al futuro. Por otra parte, un aspecto importante consiste en el concepto de Flow (Fluir), el cual es la relación entre las demandas del medio y las habilidades personales Csikszentmihalyi (1998), aunque dicho concepto ha sufrido fuertes críticas (Ellis, Voelkl, & Morris, 1994).

También el modelo ha tenido muchas críticas, debido a sus contradicciones epistemológicas, a la separación artificial entre los conceptos positivos y negativos y a la falta de integración de los diferentes aspectos del individuo (Held, 2004).

En el modelo se plantean que algunas capacidades puede ser innatas y que, en interacción con el medio, se favorece la expresión de las mismas o no. Debido a la estructura que presenta este modelo, recuerda en cierto modo, los planteamientos de la teoría de la conducta como modelo general. No obstante, es seguro que los desarrollos del mismo lo llevarán a una mayor fundamentación teórica propia.

Este modelo proporciona un enfoque esperanzador en la intervención en salud, si bien se echa de menos su articulación con la enfermedad, es decir de qué manera la salud impacta en la enfermedad.

El modelo holista de salud

En el modelo holista de la salud, la salud y la enfermedad no son términos exclusivamente biológicos o psicológicos, sino de la totalidad de la persona y el entorno (Nordenfelt, 2006), es la persona la que enferma no el organismo (Kolcaba, 1997). De acuerdo con esto, la posición filosófica organicista u holista se relaciona con niveles y planos articulados, conectándose actualmente con las teorías de la complejidad (Albrecht, 2000).

La relación mente-cuerpo se central en esta perspectiva, al igual que los aspectos de vitalidad, bienestar, complejidad, resiliencia, balance, armonía, etc. (Hamilton, Phillips, & Green, 2004). La psicoterapia, de acuerdo a este modelo, debe integrarse con la espiritualidad, la cual sigue a la intervención terapéutica, contraponiéndose dicha visión a una aproximación monista o a una elementalista (Sperry & Mansager, 2004).

En su aproximación desde la medicina alternativa y complementaria, como tendencia hacia el holismo, constituye una medicina multidisciplinar con un fondo humanista (Barrett, 2001). Igualmente, la conciencia es uno de los fundamentos en los que se debe basar la medicina holista (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003a). A la conciencia se llega desde el nivel celular, atravesando la persona y terminando en la conciencia, son diferentes niveles de respuesta (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003b). Lo interesante de lo planteado por estos autores, es que cada nivel tiene un conjunto de alteraciones propias de ese nivel, por lo que no se deben confundir las alteraciones del nivel celular con las de la conciencia, por ejemplo.

Otra característica molar que se identifica con una propuesta holista muy bien fundamentada es el concepto de habilidad, o capacidad, ya que una persona saludable es la que tiene la capacidad de hacer lo que necesita hacer, dentro de un determinado estado mental y corporal y en condiciones estándar (Nordenfelt, 2006). Esta forma de holismo involucra también las posibilidades externas que permiten actuar, las cuales se unen con las capacidades internas (Nordenfelt, 1995, p.42), así como el concepto de felicidad al cual se llega mediante la salud y la obtención de metas en la vida (Nordenfelt, 1995, p. 88).

El holismo es actualmente, una teoría y serie de modelos muy bien formulados, estando lejos de aquellas propuestas de carácter mágico que se le atribuyeron en numerosas ocasiones.

El modelo de elección personal

Este modelo, creado por Glasser (1998) se basa en que las personas satisfacen una serie de necesidades como son supervivencia, amor y pertenencia, poder, libertad y la

diversión. Parish y Van Dusen (2007), lo definen como un modelo de salud mental, coincidiendo así con la propuesta de Glasser. Sin embargo, el modelo se ha aplicado a muy diferentes contextos, tales como terapia física (Uppal, 2003), organizaciones (Glasser, 1994), liderazgo (Wubbolding & Brickell, 2004) o cáncer (Weisler, 2006).

El modelo se orienta también hacia la felicidad personal y al modo en que las elecciones personales moderan la influencia de otros (Parish & Van Dusen, 2007).

Es uno de los pocos modelos que se centra en la situación de la persona en su momento actual y en la distancia que presenta un individuo en cuanto a la satisfacción de las necesidades, poniendo el énfasis en la toma de decisiones. El modelo además ofrece una perspectiva muy optimista de las posibilidades de los individuos en relación a su entorno.

El modelo de salud como bienestar

Uno de los significados del término bienestar es el de salud (Kahn & Juster, 2002), el bienestar es igual a salud. Pero el bienestar tiene diferentes dimensiones, por ejemplo el bienestar subjetivo se compone de: a) Satisfacción con la vida, b) Satisfacción con dominios importantes en la vida, c) Afecto positivo, y d) Bajos niveles de afecto negativo (Diener, 2000). No obstante, existe una débil relación entre el bienestar obtenido evaluado con indicadores objetivos y el subjetivo (Kahn & Juster, 2002). Otros dos tipos de bienestar son: a) como realización del potencial personal (eudaimónico) y b) como experiencia de felicidad y satisfacción (hedónico) (Ryff, Singer, & Love, 2004).

Por otra parte, el bienestar es también una tendencia adaptativa (Brickman & Campbell, 1971; Kahn & Juster, 2002) y la salud puede consistir en una capacidad para el bienestar o una capacidad para cuidarse y valerse por sí mismo (Fierro, 2000). Kahneman (1999) ha desarrollado un método de muestreo experiencial o evaluación aleatoria del bienestar en los propios individuos, aunque otra alternativa, es evaluar las características o actividades que componen el mismo (Nieboer, Lindenberg, Boomsma, & Van Bruggen, 2005).

El bienestar también consiste en un funcionamiento dirigido hacia el máximo potencial (Dunn, 1961), habiéndose sugerido que muchos modelos deberían orientarse hacia propuestas más psicológicas, independientemente del ámbito clínico (Hattie, Myers, & Sweeney, 2004).

Nieboer, et al. (2005), consideran que todos los individuos intentan mejorar sus condiciones de vida satisfaciendo ciertas necesidades o alcanzando ciertas

metas, mediante la realización de conductas inteligentes; esto les permite conceptualizar el bienestar como la consecución de ciertas metas o la satisfacción de necesidades. Sin embargo, también representa una visión utilitarista del bienestar (Shin & Johnson, 1978).

Por su parte, diversos autores (ver Fredrickson, 1998; Seligman, 1991; Snowdon, 2001) proponen que el bienestar, es un elemento protector contra los problemas, aunque la otra versión es también adecuada, es decir, es el bienestar subjetivo el que impacta el entorno y no tanto el entorno sobre él (Vaillant, 2003).

Así, el bienestar, por la gran cantidad de propiedades que tiene, puede ser un potente factor contribuyendo a la salud, o ser la salud misma, pero el concepto de bienestar utilizado en un caso particular depende de un análisis detenido previo de ese caso.

El modelo de salud como madurez

La madurez puede entenderse desde dos grandes perspectivas como son la estática, o posesión de unas determinadas características, y la dinámica o procesual, un proceso dirigido hacia algo (Bernal, 2003). En la primera de ellas, pueden estar presentes dimensiones como la biológica, la emocional y la intelectual (Isambert, 1961), o también la psicológica, social y biológica.

La madurez consiste también en confianza en el propio juicio, conducta estable y mantener la calma en tiempos difíciles, características que reflejan equilibrio físico, profundidad de mente, fortaleza de carácter y autonomía y autosuficiencia, acompañada de preocupación por los otros (Isambert, 1961).

En relación con la salud mental, la madurez implica un incremento de mecanismos mentales adaptativos tales como altruismo, sublimación, supresión, humor y anticipación (Vaillant, 2000). Igualmente, la madurez emocional se compone de manejo de estrés, manejo de la ira, relaciones saludables con la autoridad, integración, autocontrol, juicio, sexualidad, actitud hacia el aprendizaje, madurez intelectual, responsabilidad, centrarse en sí mismo vs. centrarse en lo social, comunicación, seguridad emocional y equilibrio social. (Dean, 1964, 1966).

También consiste en la forma de enfrentarse a ciertas etapas en la vida y los cambios que se inducen en esas etapas, lo que a su vez influye en la madurez (Frank, 1950), es una confluencia entre la historia personal y el momento en que se vive (Douvan, 1997).

La propuesta de Erikson (1950), consiste en una descripción de etapas y cambios. Consiste en una síntesis de aspectos epigenéticos biopsicosociales o estadios

psicosociales con fuerzas sintónicas y distónicas, con características centrales básicas y crisis psicosociales (Bordignon, 2006).

Este concepto presenta grandes ventajas, tal como su integralidad, ya que atiende a la conjunción de numerosas dimensiones. Estructura unas determinadas fases, lo que favorece su análisis diferencial en esas fases y, además, forma parte del lenguaje cotidiano y creencias de los individuos en muchas sociedades, lo que le otorga una gran proximidad vivencial.

El modelo de salud como inteligencia emocional

Mayer, Salovey y Caruso (2000) proponen una clasificación en tres modelos sobre la inteligencia emocional, e igualmente Fernández-Berrocal y Extremera (2006) proponen tres aproximaciones teóricas al concepto de inteligencia emocional como son el modelo de habilidad, el modelo emocional y de inteligencia social, y el modelo de competencia.

También se ha propuesto un modelo general mixto o de personalidad para la inteligencia emocional, dividiéndose en modelos de competencia y modelos del bienestar (Augusto-Landa & Montes-Berges, 2009). Sin embargo, la inteligencia emocional presenta escasas correlaciones con la personalidad (Salovey & Grewal, 2005), por lo que la inteligencia emocional se puede entender como una habilidad de uso cognitivo y adaptativo de las emociones (Augusto-Landa, & Montes-Berges, 2009).

En relación con el bienestar, la inteligencia emocional se compone de la atención emocional hacia las propias emociones, la claridad de la experiencia emocional y la reducción de las emociones negativas y prolongar las emociones positivas (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995, p. 127).

La sabiduría emocional consiste en la disponibilidad del conocimiento emocional, su accesibilidad y la generación de emociones apropiadas y los recursos cognitivos necesarios para utilizar ese conocimiento en contexto (Feldman & Gross, 2001, p. 292), ya que no se la puede desvincular de la evaluación social, de la cual depende para manifestarse (Salovey & Grewal, 2005).

De este modo, la inteligencia emocional puede ser considerada un constructo de salud, o generador de salud, al ser la salud adaptación, uso adecuado de los recursos y la sensación de bienestar emocional. Sin embargo, este recurso no se puede utilizar de manera indiscriminada, sino que es necesario establecer que se necesita un incremento en la inteligencia emocional del individuo o de la

población, esto es lo que hace a veces difícil la aplicación de este modelo.

La salud como resiliencia

Ante un evento traumático se deben tener unas propiedades de resiliencia constitucional o neurobiológica, unos adecuados mecanismos internos de afrontamiento, un contexto próximo de apoyo y un contexto social de apoyo más amplio (Smith, 1999).

De acuerdo con esto la resiliencia exige la presencia de un evento de alto riesgo o traumático para poder manifestarse. Entre las reacciones a la adversidad se encuentra el recuperarse hasta el nivel de funcionamiento anterior, lo que se entiende propiamente como resiliencia (Carver, 1998), aunque, por otra parte, la resiliencia consiste también en la capacidad no solo de recuperarse sino de salir transformados y enriquecidos al atravesar por situaciones adversas (Fiorentino, 2008). Así, la resiliencia, se refiere a tener un resultado positivo en circunstancias de alto riesgo psicosocial (Rutter, 1999).

La resiliencia comprende factores internos (temperamento y actitud) y factores externos (el bienestar de la comunidad) (Greene, Galambos, & Lee., 2003), pudiendo estar formada por un proceso que conduce a un resultado favorable e involucrando un rango de mecanismos que operan antes, durante y después del encuentro con la situación adversa (Rutter, 1999).

En este mismo sentido, la resiliencia en salud se ha conceptualizado como la capacidad de mantener una buena salud en medio de una gran adversidad (Sanders, Lim, & Sohn, 2008), capacidad que puede emerger en el desarrollo relacional, adquiriéndose en el ambiente (Hartling, 2008). Además, el concepto de resiliencia se relaciona con el de riesgo mediante un modelo de riesgo-resiliencia (Jenson, 2007)

Finalmente, el concepto de resiliencia se ha utilizado en la misma forma que los mecanismos de defensa o las estrategias de afrontamiento (ver Vaillant, 2003), aunque esto revela una debilidad conceptual de este y los otros conceptos, haciéndose necesario un análisis detenido de las similitudes y diferencias entre los mismos.

Este es un modelo de gran utilidad, pero que suele ser desvirtuado cuando se interviene en comunidades en las cuales han existido o existen situaciones problemática, ya que generalmente se asume la necesidad de incrementar la resiliencia solo por el hecho de tales situaciones, cuando en realidad puede no ser necesario. Es un prejuicio del profesional que a menudo confunde el proceso de un intervención.

CONCLUSIONES SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD, SU NATURALEZA MÚLTIPLE Y EL USO DE LOS DIFERENTES MODELOS

La existencia de un concepto múltiple de salud, así como de diferentes enfoques teóricos acerca de la misma y los modelos derivados, no es de ninguna manera un inconveniente para la intervención en salud, ni confunde la misma. Es tarea del analista en salud determinar cuál es el modelo más adecuado en cada momento y en cada individuo o comunidad. Sería imposible aplicar el mismo modelo de salud a un individuo que tiene un trastorno mental leve que al que tiene una enfermedad crónica musculoesquelética, o al que no tiene ningún problema.

Sin embargo, no es inusual encontrar intervenciones indiferencias, las cuales parten de la creencia en un modelo único de salud, sin ninguna variación dependiendo del contexto, individuo o comunidad.

Otro inconveniente es que el modelo de salud negativa, en su acepción más simple, se encuentra anclado en algunos profesionales de la salud, propiciando el olvido de otras alternativas mucho más saludables. Es necesario un esfuerzo de integración, pero dicho esfuerzo es no solo aplicado, sino también teórico y conceptual.

Las ventajas serían numerosas, entre ellas se encuentra una mayor riqueza conceptual y teórica, una mayor experticia del profesional de la salud, un mejor aprovechamiento de los recursos de salud, al aplicarse específicamente a individuos y poblaciones y una mejor comprensión de las necesidades de los individuos y las poblaciones.

Sin duda, esto redundaría en el beneficio del sistema de salud, de los profesionales y de los individuos y comunidades.

Referencias

- Albrecht, G. (2000). Directionality Theory: Neo-organicism and Dialectical Complexity. *Democracy & Nature*, 6(3), 401-419.
- Almedom, A.M. (2005). Resilience, Hardiness, Sense of Coherence, and Posttraumatic Growth: All Paths Leading to "Light at the End of the Tunnel"? *Journal of Loss and Trauma*, 10, 253-265.
- Almeida, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3), 4-20.
- Almeida, N. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 753-770.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Antonovsky A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). The Structural Sources of Salutogenic Strengths, en C.L. Cooper, & R. Payne, (Eds.), *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process* (pp. 67-104). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Augusto-Landa, J.M., & Montes-Berges, B. (2009). Perceived Emotional Intelligence, Health and Somatic Symptomatology in Nursing Students. *Individual Differences Research*, 7(3), 197-211.
- Barrett, B. (2001). Complementary and Alternative Medicine: What's it all About?. *Winconsin Medical Journal*, 100(7), 20-26.
- Bergdolt, K. (1999). History of Medicine and Concepts of Health. *Croatian Medical Journal*, 40(2). Recuperado el 17 de Octubre de 2009 de <http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234052.pdf>
- Bernal, A. (2003). El constructo «madurez personal» como competencia y sus posibilismos pedagógicos. *Revista española de pedagogía*, 225, 243-262.
- Bordignon, N.A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 5, 49-68.
- Boorse, C. (1987). Concepts of health. En Van-DeVeer, D., & Regan, T. (Eds.). *Health care ethics: An introduction*. (pp. 359-393). Philadelphia, USA: Temple University Press.
- Brickman, P., & Campbell, D.T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. En M.H. Apley (Ed.), *Adaptation-level theory: A symposium* (pp. 287-302). New York, USA: Academic Press.
- Carver, Ch.S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
- Caprara, A. (2003). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 923-931,
- Csikszentmihalyi, M. (1998). The flow experience and its significance for human psychology. En M. Csikszentmihalyi, & I.S. Csikszentmihalyi (Eds.), *Optimal Experience. Psychological Studies of Flow in Consciousness* (pp. 15-35). Cambridge, UK: Cambridge University Press. de la Maza, L.M. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Teología y Vida*, 46(1-2), 122-138.

- Dean, D.G. (1964). Romanticism and emotional maturity: A further exploration. *Social Forces*, 43, 298-303.
- Dean, D.G. (1966). Emotional maturity and marital adjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 28, 454-457.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Douvan, E. (1997). Erik Erikson: Critical Times, Critical Theory. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(1), 15-21.
- Dunn, H.L. (1961). High-level wellness. Arlington, VA., USA: Beatty.
- Ellis, G.D., Voelkl, J.E., & Morris, C. (1994). Measurement and analysis issues with explanation of variance in daily experience using the flow model. *Journal of Leisure Research*, 26, 337-356.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York, USA: WW Norton.
- Feldman, L., & Gross, J.J. (2001). Emotional intelligence: A process model of emotion representation and regulation. En T.J. Mayne & G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions. Current issues and future directions* (pp. 286-310). New York, USA: Guilford Press.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Emotional Intelligence: A teoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18(supp), 7-12.
- Fierro, A. (2000). Salud comporta(mental): un modelo conceptual. *Revista de Psicología general y aplicada*, 53, 147-164.
- Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2005). Why is Antonovsky's Sense of Coherence Not Correlated to Physical Health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *The Scientific World JOURNAL*, 5, 767-776.
- Frank, L.K. (1950). Introduction. *The Concept of Maturity. Child Development*, 21(1), 21-24.
- Frederickson, B.L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Gadamer, H.G. (1996). *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Glasser, W. (1994). *The Control Theory Manager: Combining the Control Theory of William GLasser With the Wisdon of W. Edwards Deming to Explain What Quality is and What Lead-Managers do to Achieve it*. New York, USA: Harper-Collins.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Glasser, W. (1998). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. New York, USA: Harper Collins, Publishers.
- González, J.A. (2002). La teoría crítica de la Escuela de Frankfurt como proyecto histórico de racionalidad revolucionaria. *Revista de Filosofía*, 27(2), 287-303.
- Greene, R.R., Galambos, C., & Lee, Y. (2003). Resilience Theory: Theoretical and Professional Conceptualizations. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(4), 75-91.
- Griffiths, C.A., (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23, 72-78.
- Hamilton, J.A., Phillips, K.L., & Green, A. (2004). Integral medicine and health. *World Futures*, 60, 295-302.
- Hartling, H. (2008). *Strengthening Resilience in a Risky World: It's All About Relationships*. *Women & Therapy*, 31(2), 51-70.
- Hattie, J.A., Myers, J.E., & Sweeney, Th.J. (2004). A Factor Structure of Wellness: Theory, Assessment, Analysis, and Practice. *Journal of Counseling and Development*, 82(3), 354-364.
- Havelka, M., Lučanin, J.D., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Held, B.S. (2004). The Negative Side of Positive Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9-46.
- Houts, A.C. (2001). The diagnostic and statistical manual's new white coat and circularity of plausible dysfunctions: responde to Wakefiel, Part I. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 315-345.
- Ingram, R.E., & Snyder, C.E. (2006). Blending the Good With the Bad: Integrating Positive Psychology and Cognitive Psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, 20(2), 117-122.
- Isambert, A. (1961). Personal Maturity and Parent Education. *Marriage and Family Living*, 23(2), 154-161.
- Jablensky, A. (2007). ¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de «trastorno mental»? *World Psychiatry*, 5(3 Ed Esp), 157-158.
- Jenson, J.M. (2007). Research, Advocacy, and Social Policy: Lessons from the Risk and Resilience Model. *Social Work Research*, 31(1), 3-5.
- Juárez, F. (2010). *Salud y calidad de vida. Marcos teóricos y modelos*. Madrid, España: Dykinson.
- Kahn, R.L., & Juster, F.Th. (2002). Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues*. 58(4), 627-644.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology* (pp.

- 3–25). New York, USA: Russell Sage Foundation Press.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Kolcaba, R. (1997). The primary holism in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 290-296.
- Kugelmann, R. (2003). Health in the Light of a Critical Health Psychology. *Psicología desde el Caribe*, 11, 75-93.
- Lando, J., Williams, Sh.M., Williams, B., & Sturgis, S. (2006). A Logic Model for the Integration of Mental Health Into Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Preventign Chronic Disease. Public Health, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 1-4.
- Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D.R. (2000). Models of Emotional Intelligence. In R. Stenberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (pp. 396-420). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mezzich, J.E. (2005). Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology*, 38,177-179.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Van Bruggen, A.C. (2005). Dimensions of Well-Being and their Measurement: the SPF-IL Scale. *Social Indicators Research*, 73, 313–353.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health*. (2nd ed.). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publisher.
- Nordenfelt, L. (1997a). The importance of a disability/handicap distinction. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 607-622.
- Nordenfelt, L. (1997b). On holism and conceptual structures. *Scandinavian Journal of Public Health*, 25(4), 247-248.
- Nordenfelt, L. (2000). On the Place of Fuzzy Health in Medical Theory. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25(5), 639–649.
- Nordenfelt, L. (2006). On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1461-1465.
- O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion: part III: expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, 3, 3-5.
- Osorio, S.N. (2007). La teoría crítica de la sociedad de la escuela de Frankfurt: Algunos presupuestos teórico-críticos. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 1(1), 104-119.
- Parish, Th.S., & Van Dusen, L. (2007). The Personal Choice Model Regarding Mental Health. *International Journal of Reality Therapy*, 26(2), 41-42.
- Parsons, T. (1964). *Social structure and personality*. Nueva York, USA: Free Press.
- Post, M.W.M., de Witte, L.P., & Schrijvers, A.J.P. (1999). Quality of life and the ICIDH: Towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. *Clinical Rehabilitation*, 13, 5–15.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 359, 1383–1394.
- Sadegh-Zadeh, K. (2000). Fuzzy health, illness and disease. *The Journal of Medicine and Philosophy* 25, 605–638.
- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The Science of Emotional Intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), 281-285.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional Attention, Clarity, and Repair: Exploring Emotional Intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-154). Washington, D.C., USA: American Psychological Association.
- Sanders, A.E., Lim, S., & Sohn, W. (2008). Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1101-1106.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism*. New York, USA: Simon & Schuster.
- Seligman M., & Peterson C. (2003). Positive clinical psychology; en L.G. Aspinwall, & U.M. Staudinger (Eds), *A Psychology of Human Strengths: Fundamental Questions and Future Directions for a Positive Psychology* (pp. 305-317). Washington, USA: American Psychological Association.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shin, D.C., & Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Smith, G. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 154-158.

- Snowdon, D.A. (2001). *Aging With Grace*. New York, USA: Bantam.
- Šolcová, I. (2008). Health – as seen by Philosophy of H.-G. Gadamer. *School and Health* 21(3), 101-107.
- Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.
- Sperry, L. & Mansager, E. (2004). Holism in psychotherapy and spiritual direction: A course correction. *Counseling and Values*, 48(2), 149-160.
- Täljedal, I-B. (2004). Strong Holism, weak holism, and health. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 7(2), 143-148.
- Uppal, R. (2003). Usin Reality Therapy y Choice Theory in the Field of Physical Therapy. *International Journal of Reality Therapy*, 22(2), 28-31.
- Vaillant, G.E. (2000). Adaptive Mental Mechanism. Their Role in a Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89-98.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
- Ventegodt, S., Andersen, N.J., & Merrick, J. (2003a). Holistic Medicine: Scientific Challenges. *TheScientificWorldJOURNAL*, 3, 1108-1116.
- Ventegodt, S., Andersen, N.J., & Merrick, J. (2003b). Holistic Medicine III: The Holistic Process. Theory of Healing. *TheScientificWorldJOURNAL*, 3, 1138-1146.
- Ward, T. (1999). Competency and Deficit Models in the Understanding and Treatment of Sexual Offenders. *The Journal of Sex Research*, 36(3), 208-305.
- Wakefield, J.C. (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial. *World Psychiatry*, 5(3 Ed. Esp.), 149-156.
- Weisler, S. (2006). Cancer as a Turning Point in Life. *International Journal of Reality Therapy*, 26(1), 38-39.
- World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100, and entered into force on 7 April, 1948. Genève, Switzerland: Author
- World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genève, Switzerland: Author.
- Wubbolding, R., & Brickell, J. (2004). Role Playin and the Art of Teaching Choice Theory, Reality Therapy and Lead Management. *International Journal of Reality Therapy*, 23(2), 41-43.

Servir a la comunidad y garantizar la calidad:

**Las enfermeras al frente de la
atención primaria de salud**



DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA, 2008



Servir a la comunidad y garantizar la calidad:
Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud

Estimadas compañeras:

La atención primaria de salud figura de nuevo en el programa mundial de salud y la enfermería está en la vanguardia asegurando la participación activa de los ciudadanos y comunidades que se dirija a los temas de salud y accediendo a servicios de salud adecuados. Quizá se pregunten qué lugar ocupan, en tanto que enfermeras, en la prestación de atención primaria de salud. Consideren las preguntas siguientes y muy probablemente se verán ustedes directamente implicadas en la atención primaria de salud:

- ❖ ¿trabaja usted en una sala de urgencias, un centro de salud, un departamento de pacientes externos, una casa de convalecencia, una escuela, un campo de refugiados, una clínica de enfermedades de transmisión sexual, una escuela de enfermería, en investigación o en algunos de los innumerables contextos en que se encuentran las enfermeras ayudando a comunidades e individuos en los desafíos de la salud?
- ❖ ¿habla con las personas de los problemas del estilo de vida, de cómo evitar las enfermedades, de cómo asegurarse de que el suministro de agua es seguro, de su inmunización, etc.?
- ❖ ¿trabaja con mujeres embarazadas, personas mayores, u otros grupos con necesidades a fin de identificar las necesidades de servicios y soluciones?
- ❖ ¿supervisa o dispensa cuidados a domicilio?
- ❖ ¿trabaja con una organización no gubernamental o de carácter religioso que se ocupa del desarrollo y de la salud en el ámbito mundial?
- ❖ ¿presta servicios a comunidades marginalizadas, como las personas sin domicilio o las trabajadoras del sexo?

Si es así **usted** practica la atención primaria de salud (APS).

En este Conjunto de instrumentos para el Día Internacional de la Enfermera se ensalza y se destaca la función de la enfermería en la atención primaria de salud. Es para todas las enfermeras –en cualquier contexto– y para los planificadores, los encargados de las políticas, los formadores, los gestores, los encargados de la reglamentación, los investigadores, las asociaciones nacionales de enfermeras y todas las demás personas que estén dedicadas a dispensar cuidados de calidad y a servir a las comunidades mediante la atención primaria de salud.

En las páginas que siguen se analiza la evolución de la atención primaria de salud, se articulan las funciones de la enfermería, se ponen de relieve muchos ejemplos de enfermeras que dispensan cuidados de atención primaria de salud y permiten entrever el futuro. Esperamos que ayuden a ustedes a ver la meta a que se dirigen y dónde y cómo pueden orientar un fortalecimiento aún mayor de la APS y el servicio a su comunidad –trátese de una comunidad del público o una comunidad de

práctica, de formación, de investigación o de gestión dentro de la profesión. Sólo sirviendo a nuestras comunidades podemos conseguir resultados sanitarios de calidad para las personas, las familias y las comunidades a las que dispensamos nuestros cuidados.

Hiroko Minami
Presidenta

Judith A. Oulton
Directora general

CAPÍTULO 1

Atención primaria de salud: qué es y en qué punto nos encontramos hoy?

La atención primaria de salud (APS) es, para las personas, las familias y la comunidad, el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud, que pone los cuidados de salud lo más cerca posible de los lugares en que aquellas viven y trabajan.

*Este año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebra 60 años de servicios a la humanidad y 60 años de afiliación con el CIE. Este año se cumplen también 30 años desde que la OMS y sus Estados Miembros consagraron el objetivo del acceso universal a los servicios de salud en la **Declaración de Alma-Ata**, en la que se puso de relieve la “enorme desigualdad del estado de salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo y dentro de los propios países”¹. Para abordar este problema, la OMS se centró en la APS, a la que consideró la clave para conseguir las metas de su estrategia de 1977 **Salud para todos en el año 2000**. Quince años después, los gobiernos confirmaron este objetivo en Riga.*

En 2008, la atención primaria de salud está de nuevo en el programa de salud mundial. El CIE celebra el liderazgo de la enfermería y pide una mayor implicación de ésta en la APS, estrategia fundamental para conseguir el acceso universal y una mejor salud para la población del mundo.

Lo que hemos aprendido

Cuando nos decidimos por la APS en 1978 considerábamos que era la vía óptima para mejorar la salud y abordar los enormes problemas que tenían planteados los sistemas de atención de salud. Cuando planificamos para el futuro, conviene hacer balance y aprender de nuestros éxitos y de nuestros fracasos. Aun cuando en los últimos decenios se han hecho progresos en la salud mundial, esos avances no han

¹ OMS/UNICEF (1978), “Declaración de Alma-Ata”, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978. Ginebra: Autor

beneficiado a todos. Hay desigualdades, cada vez mayores en la carga de la enfermedad y en el acceso a los cuidados, entre los países y dentro de ellos, tanto si se trata de los países industrializados como de los países en desarrollo.

Sin embargo, algunos resultados de salud han mejorado de manera significativa. Se controlan mejor muchas enfermedades, como el sarampión y la poliomielitis; otras, como la viruela, han sido erradicadas. Los índices de vacunación han aumentado en muchos países: en algunos países en desarrollo, hasta el 80%. En todo el mundo ha disminuido en medida importante la mortalidad infantil y ha aumentado considerablemente la esperanza de vida. Entre 1960 y 1995, la esperanza de vida en los países de renta baja aumentó 22 años y en los países desarrollados, 8 años. La APS —junto con los avances económicos y tecnológicos y la financiación orientada a la lucha contra las enfermedades— contribuyó ampliamente a estas mejoras relacionadas con la salud. Sin embargo, la pandemia del SIDA invirtió después trágicamente este aumento de la esperanza de vida en el África Subsahariana.

Y treinta años más tarde, es cada vez más claro que un planteamiento de los cuidados de salud hospitalarios no pueden satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones. El cambio paradigmático de unos cuidados de salud basados en el hospital a una atención de salud radicada en la comunidad está en camino, aún cuando quedan pendientes problemas de importancia esencial.

Las Metas de desarrollo del milenio

Si bien el apoyo a la atención primaria de salud pareció que disminuía en el decenio de 1990, volvió a recibir una ayuda mayor en el decenio de 2000 con el acuerdo mundial sobre las Metas de desarrollo del milenio (MDM). Las MDM se establecen para un plazo (antes de 2015) y son metas y objetivos medibles para combatir la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer.

“No creo que podamos alcanzar las Metas de desarrollo del milenio si no volvemos a los valores, los principios y los planteamientos de la atención primaria de salud... Decenios de experiencia nos dicen que la atención primaria de salud es la mejor vía para el acceso universal, el mejor modo

de conseguir mejoras sostenibles de los resultados de salud, y la mejor garantía de que el acceso a los cuidados será equitativo”.

Dra. Margaret Chan, Directora General, Organización Mundial de la Salud, 2007

Actualmente nos encontramos a mitad del periodo para la consecución de las MDM y el progreso no es notable. Para contribuir a resolver las actuales dificultades es esencial un compromiso renovado con la APS en los planos internacional y nacional.

Otros problemas que se plantean a la salud mundial

Hoy, diversas fuerzas importantes –la pobreza, la intensificación de la globalización, el cambio climático, la agitación política– afectan a la salud y contribuyen a las dificultades que se plantean en la planificación y en la prestación de los servicios.

Estas dificultades conforman los entornos en que las enfermeras dispensan la APS y son, entre otras, las siguientes:

- ❖ Los costos crecientes de la atención de salud.
- ❖ Las expectativas y demandas crecientes de los consumidores.
- ❖ Los cambios demográficos y el envejecimiento de las poblaciones.
- ❖ La escasez de enfermeras y otros trabajadores de salud.
- ❖ La legislación y la voluntad política de utilizar plenamente el potencial de la enfermería.
- ❖ El conflicto y la agitación social que desestabilizan los servicios y restringen los recursos.
- ❖ Las catástrofes naturales y las causadas por el hombre.
- ❖ Las enfermedades endémicas y pandémicas, además de las enfermedades nuevas y las emergentes.
- ❖ El aumento de las enfermedades crónicas.
- ❖ El paso a los cuidados basados en la comunidad.

Muchos de estos problemas mundiales no son nuevos. Son el efecto acumulado de políticas y prácticas del pasado. Para poder establecer y dispensar mejor unos servicios eficaces de APS y otros servicios, hemos de comprender los efectos que estos factores ejercen sobre la prestación de los servicios de salud y sobre sus resultados en general.

“Las pruebas reunidas en el plano internacional indican que los sistemas de salud basados en una decidida orientación hacia la APS consiguen unos resultados de salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen unos costos de salud más bajos, y pueden conseguir una mayor satisfacción de los usuarios que aquellos cuyos sistemas de salud están poco orientados hacia la APS”.²

Definir la atención primaria de salud hoy

La atención primaria de salud es la atención de salud esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y puesta al alcance de todas las personas y familias de la comunidad mediante la plena participación de éstas, y a un costo que la comunidad y el país pueden pagar.

Forma parte integrante del sistema de atención de salud de todo país. (

www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm)

En su concepto más amplio, la APS incluye todos los servicios que tienen una función en la salud, como los ingresos, la vivienda, la educación, y el medio ambiente. En ella se incluyen también la atención primaria, es decir, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y lesiones. Y comprende también los elementos críticos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de las lesiones. Uno de sus principales aspectos positivos es la participación de los ciudadanos en la identificación de las necesidades, en la prestación de los servicios y en la situación de esos servicios lo más cerca posible de las personas.

Principios centrales

Actualmente se habla de cuatro principios de la atención primaria de salud. En el Capítulo 2 examinaremos más detalladamente los principios y presentaremos ejemplos de la manera en que las enfermeras se sitúan en la vanguardia mediante la aplicación de estos principios.

² Organización Panamericana de la Salud (2007), *Renovar la atención primaria de salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: Autor.

1. **Servicios de salud iguales y accesibles para todos.** Todos deben tener un acceso razonable a los servicios de salud esenciales, sin obstáculos financieros ni barreras geográficas.
2. **Participación de la comunidad en el establecimiento y aplicación de los programas de salud.** Debe animarse y capacitarse al público para que participe en la planificación y en la adopción de decisiones acerca de sus propios cuidados de salud.
3. **Planteamientos intersectoriales para la salud.** Los profesionales de diversos sectores, entre ellos el sector de salud, trabajan de manera interdependiente con miembros de la comunidad para promover la salud de ésta.
4. **Tecnología adecuada.** La tecnología y las modalidades de los cuidados deben basarse en las necesidades de salud y han de estar idóneamente adaptados al desarrollo social, económico y cultural de la comunidad.

Fortalecer la APS para mejorar los resultados de salud

Desde 1978, ha habido en todo el mundo una considerable recuperación de la APS. Los distintos países y regiones han hecho un esfuerzo considerable para aprender las lecciones relacionadas con la aplicación y el fortalecimiento de la APS y para adaptar a su propio contexto los principios y elementos de ésta. El marco conceptual de la Organización Panamericana de la Salud, que aparece en la Figura 1³, es un buen ejemplo de la manera en que lo ha hecho una región.

³ Organización Panamericana de la Salud (2007), *Renovar la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: Autor

Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS

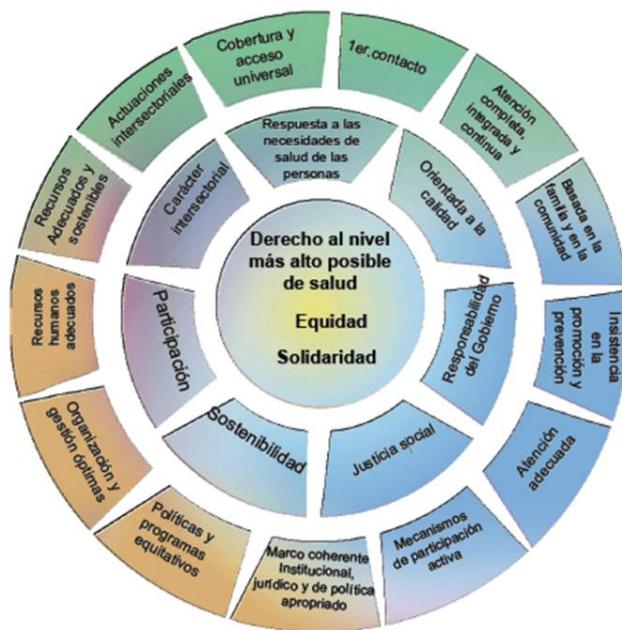


Fig 2: Valores, principios y valores propuestos de un sistema de salud basado en la APS

Reproducido con autorización de la OMS

Las estrategias para desarrollar o fortalecer más los sistemas de salud basados en la APS requerirán iniciativas y actuaciones concertadas de parte de los profesionales de salud, los ciudadanos, las administraciones, la sociedad civil, los organismos multilaterales y bilaterales, y otras entidades. Las enfermeras pueden y deben desempeñar, y desempeñan una función de vanguardia, impulsadas por las lecciones que ya han aprendido.

En los capítulos que siguen se expone la manera en que las enfermeras pueden servir y prestan servicios a las comunidades poniéndose en la vanguardia de la APS y lo que se necesita para sostener su función esencial.

CAPÍTULO 2

Sobre el terreno con las enfermeras que dispensan cuidados

Definición de enfermería del CIE. *La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, de las personas de todas las edades, las familias, los grupos y las comunidades, sanos o enfermos, en todos los contextos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y el cuidado de los enfermos, discapacitados y moribundos. Son también funciones capitales de la enfermería la defensa y la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en el establecimiento de la política de salud y en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud, y en la formación.*

La práctica de enfermería es la esencia misma de la atención primaria de salud. Así es por nuestra formación y experiencia y por los contextos en que trabajamos. Las enfermeras dispensan cuidados allí donde se encuentren las personas, en los hogares, escuelas, lugares de trabajo, prisiones, clínicas de salud y bienestar, y otros contextos de la comunidad, así como en los hospitales y centros de investigación. En casi todos los países, las enfermeras son el grupo más numeroso de dispensadores de cuidados de salud. Las enfermeras son también de importancia esencial para la formación y la supervisión de otro personal y para la planificación, la organización, la vigilancia y la evaluación de los servicios de APS⁴.

Pero ¿qué aspecto presenta todo esto “sobre el terreno”, allí donde las enfermeras aplican los 4 principios centrales de la atención primaria de salud, que son los siguientes: 1) cuidados de salud equitativos y accesibles para todos; 2) participación de la comunidad; 3) coordinación intersectorial; 4) tecnología adecuada?

⁴ CIE (1988), La enfermería y la atención primaria de salud: Una fuerza unificada. Ginebra: CIE.

Cuidados de salud equitativos y accesibles para todos

Los servicios de salud han de compartirse por igual entre todas las personas, cualquiera que sea su capacidad para pagarlos, y todos (ricos y pobres, de poblaciones urbanas o rurales) han de tener acceso a los servicios de salud.

Sudáfrica — Las enfermeras trabajan como directoras de clínicas y profesionales en clínicas de las municipalidades, que reciben entre 200 y 300 pacientes cada día. Supervisan al personal integrado por las enfermeras principiantes, los promotores de salud y el personal voluntario. Las enfermeras redactan los historiales médicos y hacen exámenes físicos y, cuando no hay un médico, dispensan cuidados completos, inclusive recetando medicamentos. En los días establecidos, las enfermeras se desplazan en una furgoneta especialmente equipada para dispensar cuidados a las personas. En otros momentos visitan a los comités de las municipalidades relacionados con la clínica.

Corea — En las zonas rurales de Corea las enfermeras de salud de la comunidad dirigen los centros locales, en los que imparten formación y asesoramiento de salud, tratan las enfermedades, inmunizan, atienden a la salud de los escolares y cuidan de los ancianos en las familias. Las enfermeras recurren a los recursos comunitarios para tratar los problemas familiares e individuales. Las personas pueden acudir a ellas a cualquier hora con sus problemas urgentes, y las enfermeras están allí para responder.

España — Las enfermeras dispensan cuidados de enfermería de familia en su zona de influencia a 1.500 personas, muchas de las cuales son ancianas. Las enfermeras trabajan en la clínica durante la mayor parte del día, encargándose de chequeos de niños, evaluando a pacientes con enfermedades crónicas o atendiendo a citas concertadas. Al fin del día, hacen visitas a domicilio a pacientes crónicos o terminales, y a personas mayores que no pueden ir a la clínica.

Región Europea de la OMS - La región Euro fomenta el recurso a la enfermera de salud de la familia, radicada en la comunidad, que dispensa cuidados a toda la familia. Se considera que la enfermera de familia, bien

preparada, forma parte de un equipo multidisciplinario de atención de salud, y es la pieza esencial para fortalecer los servicios de APS.⁵

Varios países de la Región Europea de la OMS imparten, con las enfermeras, programas comunitarios centrados en la familia. Entre otros ejemplos pueden citarse los centros de cuidados de enfermería, las clínicas de poliomielitis, los programas escolares de salud de la reproducción para adolescentes, los programas de prevención de la adicción al alcohol y al tabaco, las parteras de familia, las visitas de salud a domicilio para los niños y las personas mayores, los centros de APS en las ciudades y en las zonas rurales, los modelos funcionales con una enfermera para una población de 2.000 habitantes, los programas de prevención del VIH y los programas nacionales a favor de una generación sana.

Sudáfrica – La enfermera Mpho Sebanyoni estaba tan preocupada por la desesperada situación de los pacientes del SIDA en Sudáfrica que dejó la seguridad de su hospital para cuidarlos. Camina hasta 25 km. diariamente de una aldea a otra, para atender a los enfermos, enseñar a sus parientes y amigos cómo cuidarlos y darles formación sobre el SIDA.

Mpho ha creado también un proyecto de cuidados a domicilio que presta servicio a 78 aldeas de los alrededores. Más de 30 voluntarios ayudan actualmente a esta enfermera a dar formación a los miembros de las familias para que puedan cuidar en casa a los enfermos de SIDA. En reconocimiento de su trabajo, Mpho fue nombrada Mujer Sudafricana del Año, en 2003.

Perú – Dirigido por dos profesores, un equipo de nueve estudiantes de enfermería de una universidad de Filadelfia viajó a una remota aldea peruana. Trataban de formar a las familias para resolver problemas sanitarios con el fin de mejorar sus niveles de salud y de vida. Las enfermeras repartían el día visitando a las familias por la mañana y dando clases por la tarde para impartir formación sobre nutrición, prevención de enfermedades, inmunización, servicios sanitarios, higiene, preparación de alimentos y cuestiones de salud de la mujer, con inclusión del autoexamen de los pechos. En los hogares, tomaban la tensión sanguínea, vendaban las heridas, y ayudaban a las víctimas de ataque cerebral,

⁵ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Munich. Las enfermeras y parteras: Fuerza de salud. Copenhague: OMS/EURO, 2000.

y a los pacientes de diabetes, de defectos cardíacos o de cáncer explicándoles la manera de tomar la medicación y el momento de visitar al médico. Constataron que las clases servían para ayudar a los miembros de las comunidades a cuidarse mejor, pues mejoraban sus rutinas de vida diarias.

Participación de la comunidad

Han de mantenerse los esfuerzos para conseguir que la comunidad participe en medida significativa en la planificación, en la ejecución y en el mantenimiento de los servicios de salud y que aproveche al máximo los recursos locales humanos, monetarios y de materiales.

Malawi⁶ — Un equipo de enfermeras de salud de la comunidad y de funcionarios de salud medioambiental inició un proceso de capacitación de la comunidad colaborando con las comunidades para elegir comités sanitarios en las aldeas y dándoles formación en capacidades de dirección, movilización de la comunidad, comunicación y gestión de los problemas de salud comunes. El comité sanitario de la aldea identificó como problemas de salud prioritarios la diarrea, la desnutrición y la planificación familiar. Como la diarrea estaba relacionada con la limitada disponibilidad de letrinas y la inseguridad del suministro de agua potable, se trazó un plan de actuación en el que se incluía la construcción de letrinas y la protección de los pozos poco profundos. El comité instauró también programas de alimentos para las aldeas.

Para ejecutar el plan de acción se movilizaron recursos internos y externos. Por ejemplo, los trabajadores de atención de salud pidieron fondos al Gobierno para comprar materiales para construir letrinas; al tiempo que la comunidad facilitaba mano de obra, y ladrillos y otros materiales.

Después de transcurrido un año, la comunidad disponía de una fuente protegida de suministro de agua, casi todas las familias tenían letrinas, los programas de alimentos estaban en marcha y, por primera vez, la diarrea había dejado de ser un problema.

⁶ Chinombo, A.M (1997), Community empowerment: A strategy for healthy communities. *International Nursing Review*. Ginebra: CIE.

Reino Unido – Jenny, enfermera experimentada de salud pública, que también es enfermera asesora a domicilio y tiene gran experiencia, trabaja en una región socialmente desfavorecida de la región centro occidental del Reino Unido. En respuesta a las múltiples necesidades de salud y a los malos antecedentes de mortalidad y morbilidad de su comunidad, Jenny inició un proyecto de desarrollo comunitario en el que las personas de la región manifestaron que uno de los problemas principales era la falta de instituciones comunitarias para las familias con niños pequeños. Jenny demostró entonces a los gestores de salud que era necesario ampliar los servicios dispensados a las familias. De aquí surgió un compromiso y se consiguieron algunos recursos de parte de algunos empleadores. Jenny los aprovechó para una serie de proyectos, entre ellos actividades de aprendizaje en las familias, reuniones ocasionales sobre salud, y clases de inglés para las mujeres. Otros miembros de la comunidad se unieron después a estas actividades diarias, lo que indicaba que las hacían suyas y aseguraban su continuación.

Jenny inauguró también los clubes de desayuno en la escuela primaria local, lo que permitía a los niños llegar pronto a la escuela y tomar juntos el desayuno. Con ello no sólo mejoró el estado nutricional de éstos, sino que aumentó la asistencia a la escuela. Los profesores comunicaron que los niños mostraban más concentración y más aplicación al aprendizaje. Los proyectos de Jenny tuvieron tanto éxito que se le pidió después que formara parte del equipo regional de gestión de la salud pública.

Coordinación entre los sectores

La atención primaria de salud debe abarcar todos los sectores y aspectos relacionados con el desarrollo nacional y comunitario –educación, industria, todas las profesiones de salud, las comunicaciones, la vivienda, las obras públicas, y otros.

Estados Unidos — En Chicago, el Proyecto Homan Square⁷ presta un conjunto de servicios de APS cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de una comunidad suburbana en desarrollo. Se trata de una iniciativa de desarrollo comunitario en colaboración entre el Colegio de Enfermería de la Universidad de Rush y el Instituto de Atención Primaria de Rush, y en ella colabora también la comunidad de North Lawndale, del Oeste de Chicago. Entre los servicios de

⁷ Hollinger-Smith, L. J Prof Nurs. 1998 Nov-Dec;14(6):344-9

atención de salud se cuenta una clínica de APS, centros de salud en las escuelas, programas de formación y asesoramiento de las familias y servicios de reconocimiento que aportan a la comunidad sistemas de cuidados secundarios y terciarios.

El proyecto se basa en las capacidades de la enfermera de atención directa en sectores tales como los cuidados prenatales, la salud de la mujer, la enfermería escolar, las capacidades de relaciones con los padres, y la salud mental y brinda una oportunidad única de combinar la prestación de los servicios con la formación académica. Los resultados positivos se centran en torno a los tipos, la calidad y la cantidad de los servicios dispensados a la comunidad.

Mozambique — Un proyecto de desarrollo de la comunidad, dirigido por enfermeras, comportaba actividades en beneficio de la mujer, de la juventud y de los niños. El objetivo de la iniciativa era mejorar la vida de las mujeres mediante la educación, el empleo de los recursos locales e iniciativas eficaces de autoayuda. Entre los grupos de mujeres se seleccionaron coordinadores para las reuniones de formación de cada distrito. Como lugares para la formación se utilizaron las instituciones de salud, una escuela secundaria y una iglesia. Como dirigentes del proyecto se nombró a mujeres participantes que demostraron saber leer y escribir, capacidades de dirección, capacidades para las relaciones interpersonales y capacidades de comunicación y de solución de problemas.

Cuando las mujeres estuvieron formadas y volvieron a sus comunidades, se esperaba de ellas que se rodearan de otras “personas de ayuda”, establecieran un comité amplio de desarrollo comunitario, colaborasen con ese comité para establecer las necesidades prioritarias, compartieran la información pertinente y contribuyeran a resolverlas.

Se nombraron mujeres *Promotoras* del Desarrollo y la salud de la comunidad. Las *Promotoras* asumieron gradualmente los deberes de dirigir reuniones de formación, establecer los presupuestos, realizar la supervisión sobre el terreno, y recopilar informes. Los resultados de la evaluación mostraron que el proyecto había tenido efectos positivos en la vida de las personas en las regiones en que residían las *Promotoras*. Una de las principales lecciones aprendidas del

proyecto fue que el desarrollo es como un árbol: ha de crecer de abajo hacia arriba y no puede imponerse por la fuerza⁸.

Tecnología adecuada

Este principio hace referencia a una tecnología científicamente sólida, adaptable a las necesidades nacionales, y aceptable para quienes la aplican y para aquellos para quienes se aplica. Asimismo, pueden mantenerlo las propias personas de conformidad con el principio de confianza en sí y aprovechando los recursos que la comunidad y el país pueda permitirse.

Papúa Nueva Guinea — En un centro de atención primaria de salud, dirigido por una enfermera, se prestan servicios en una región alejada que tiene un alto índice de VIH y de SIDA. Las enfermeras han identificado a los interesados locales (grupos de jóvenes y mujeres y dirigentes de las comunidades) de 14 aldeas que se encargarán de hacer que aumente el conocimiento del VIH y del SIDA. Estos grupos recurren a los servicios de onda corta de la radio, a sistemas comunitarios de radiodifusión a larga distancia, y a los periódicos locales para difundir información de salud y poner de relieve los servicios a los que puede recurrirse. Asimismo, ofrecen clínicas en cada una de las aldeas en las que han establecido días y horas de visita. Además, imparten talleres sobre el VIH y el SIDA y colaboran con los ciudadanos sobre la prevención y otros aspectos de la APS tales como la diabetes, hipertensión, los cuidados prenatales, las inmunizaciones, etc.

Después de asistir a varios seminarios, 365 personas acudieron al centro para hacerse las pruebas de VIH y 5 resultaron positivas. Estas cinco personas fueron enviadas al hospital general para recibir más asesoramiento y tratamiento.

Alberta, Canadá — La Crowfoot Village Family Practice es una colaboración en la participan cinco médicos de familia, una enfermera de salud pública y una enfermera de cuidados a domicilio, que trabajan como equipo integrado para dispensar cuidados adaptados y de gran calidad a una población de unas 12.000 personas que residen en una zona urbana de Alberta, Canadá.

⁸ Ferrell, B.J.A. (2002), Proyecto de desarrollo y salud comunitarios: una experiencia de 5 años (1995 - 1999) en Mozambique, África. *International Nursing Review*. 49. 27-37

Uno de los servicios que se prestan para mejorar el acceso y ampliar la capacidad de autoatención es el de Telecuidados de Enfermería, servicio telefónico que ofrece, durante las 24 horas del día, posibilidades de orientar a los pacientes y oportunidades de aprendizaje. Como consecuencia de los Telecuidados, ha disminuido el número de pacientes con dolencias menores. Una encuesta realizada entre los pacientes mostró que, en conjunto, la comunidad estaba muy satisfecha de los servicios y tenían más capacidad para cuidarse a sí mismos.

Reino Unido – Una enfermera dirige en un pequeño hospital una clínica para enfermedades del recto, que dispone de un enlace de telemedicina con un médico asesor. La enfermera consulta con el médico para confirmar sus conclusiones y comunica los resultados al paciente inmediatamente después. Su clínica ha rebajado costos, ha reducido las listas de espera de los servicios nacionales de salud, y ha acelerado los servicios dispensados a las personas que necesitan rápidamente tratamientos contra el cáncer.

Otro ejemplo del Reino Unido se refiere al National Health Service Direct (NHS Direct); línea telefónica de asesoramiento permanente, dotada de enfermeras experimentadas. Estas enfermeras asesoran e informan a las personas a domicilio para que puedan cuidar mejor de sí mismas y de sus familias.

La evaluación mostró que la línea de asesoramiento aligeraba la presión ejercida sobre los servicios de salud, al dirigir el 40% de las llamadas hacia formas de atención de salud no urgentes.

CAPÍTULO 3

Establecer, apoyar y sostener la función de la enfermera

El compromiso de la enfermería para con la atención primaria de salud está incorporado al Código deontológico del CIE para las enfermeras, adoptado por vez primera en 1953 y revisado periódicamente –en el que reafirma que “las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento”⁹.

— Código deontológico del CIE para las enfermeras, 2007

En todo sistema de atención de salud basado en la APS, la función de las enfermeras figura en un lugar prominente. En el pasado, la enfermería se ha preocupado siempre de los factores generales que determinan la salud: la educación, los ingresos, el género, el entorno social, etc. Todo sistema basado en la APS debe tener establecido el apoyo y la ayuda a todo el espectro de las actividades de enfermería.

Las enfermeras son el grupo principal de personal de salud que dispensa APS. Fomentan y mantienen los vínculos entre las personas, las familias, las comunidades y el resto del sistema de atención de salud, trabajando de manera autónoma y en colaboración para prevenir la enfermedad y la discapacidad, y para promover, mejorar, mantener y restaurar la salud. Su trabajo abarca la salud de la población, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, los cuidados de bienestar; es el primer punto de contacto para la gestión de la enfermedad a todo lo largo de la vida.

Para poder avanzar, es imprescindible que las enfermeras –en tanto que figura central en la prestación de los cuidados de atención primaria de salud– participen, dirijan y coordinen los cuidados y que las funciones que desempeñan en la política

⁹ CIE (2006): Código deontológico del CIE para las enfermeras. Ginebra. CIE.

general y en la prestación de los cuidados se consideren legítimas y esenciales en todos los sectores.

Situar a las enfermeras en el centro significa:

❖ **Un mejor acceso a los cuidados.**

La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud ha afirmado que la primera prioridad para ampliar la cobertura de los cuidados de salud se sitúa en el plano de la comunidad mediante unos servicios “cercaños al cliente” que puedan dispensar las enfermeras¹⁰.

“Las enfermeras conocen las necesidades de los niños y de las familias en sus hogares, en el trabajo y en el ocio, y al mismo tiempo son el vínculo entre las personas, las familias, las comunidades y los dispensadores de cuidados de salud. Por esas cualidades las enfermeras son la base de sustentación de la atención de salud en todo el mundo –y ése es también el motivo por el que las enfermeras son las valedoras del derecho de los niños a la supervivencia, la protección, el desarrollo y la participación plenos– y enemigas implacables de las desigualdades inaceptables que amenazan esos derechos”. —Carol Bellamy, ex Directora Ejecutiva, UNICEF

❖ **Mejor prevención de las enfermedades crónicas.**

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son ejemplos perfectos de las funciones y del

creciente influjo de las enfermeras. Las enfermeras transmiten el mensaje de que una vida saludable es esencial para sostener, recuperar, y mejorar la salud. Las enfermeras fomentan regímenes y estilos de vida saludables; ofrecen asesoramiento a las personas que se sienten confusas o frustradas y ayudan a los pacientes a gestionar estados de salud crónicos para vivir una vida más larga y más sana.

❖ **Mayor eficiencia en costos.**

Los estudios han demostrado que entre el 60 y el 80% de la atención primaria de salud, prestada tradicionalmente por médicos, puede ser dispensada por las enfermeras con un costo menor y resultados similares.

❖ **Mejores resultados:**

Abundan los ejemplos de unos mejores resultados conseguidos de los cuidados dirigidos por las enfermeras. *NP Care* es un sistema de prestación de cuidados por enfermeras de atención directa, que opera en contextos de cuidados de larga duración en varios estados de los Estados Unidos. Desde 2001, las enfermeras de atención directa visitan a

¹⁰ OMS (2001), Macroeconomía y Salud: invertir en la salud para el desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: OMS.

residentes que padecen problemas médicos graves, revisan los resultados de las pruebas, hacen la evaluación de las lesiones, se comunican con las familias, y forman a otro personal de enfermería. A consecuencia de ello, los índices de readmisión se han reducido hasta un 50% en las instituciones de enfermería atendidas por *NP Care*.¹¹

- ❖ **Vigilancia mejor:** Con la movilidad internacional y los cambios climáticos ha aumentado la necesidad de vigilancia, necesidad ya recogida en el marco del Reglamento Internacional de Salud (RIS) de 2007. Al ser las dispensadoras de salud que están en contacto más directo con la población, la función de vigilancia que desempeñan las enfermeras es de importancia capital.
- ❖ **Mejor recuperación en los casos de catástrofes:** Las enfermeras son el grupo más numeroso que responde inicialmente en los casos de catástrofes y deben desempeñar una función aún mayor en la recuperación después de éstas. Están en contacto directo con las víctimas, los prisioneros, los heridos, los enfermos, los desplazados. Sus iniciativas van siempre unidas a acciones que tienen en cuenta la dimensión psicológica y la dimensión física.¹²
- ❖ **Mejor aceptación de los cuidados por el paciente:** El cumplimiento o la adhesión deficientes a las terapias es causa directa de malos resultados de salud y la enfermería puede hacer mucho para remediarlo. Considérese el ejemplo siguiente. Un grupo de 228 adultos con altos índices de colesterol en sangre se dividió en dos equipos. Uno de ellos estaba vigilado por una enfermera; el otro, no. Durante un año de vigilancia de lípidos realizada por una enfermera, el grupo de intervención recibió visitas a domicilio y llamadas telefónicas de asesoramiento sobre nutrición, medicación, actividad física, modificación del estilo de vida, y muchos otros aspectos. Al cabo de un año, los niveles de colesterol total en sangre, de lipoproteínas de baja densidad y de triglicéridos eran notablemente inferiores en el grupo de intervención. Ese grupo comunicó también una mayor reducción del consumo total de grasas en la dieta, un mejor seguimiento de las terapias farmacológicas y ejercicio físico más frecuente.
- ❖ **Impulsar la tecnología para la atención primaria de salud:** Mediante la teleenfermería las personas pueden permanecer en sus casas o en comunidades alejadas –y comunicar sus signos vitales, los resultados de sus

¹¹ Comunicación por c. electrónico de **Jeanette Galvez-Piscioniere, MSN, APRN**, Directora de Servicios clínicos. NP Care.

¹² Citado por Cornelio Sommaruga, Presidente del Comité Internacional de la Cruz Roja.

pruebas, y sus problemas a las enfermeras que trabajan en la ciudad o a cientos de kilómetros. Un servicio telefónico permanente de información de salud dirigido por las enfermeras distribuye las llamadas, da asesoramiento e información sobre las enfermedades y los estados físicos, presta ayuda y pone a disposición grupos de autoayuda, medios locales de atención de salud y servicios de guardia. Este servicio es a la vez útil para la comunidad y económico para el sistema de salud, pues reduce radicalmente el número de personas que buscan ayuda en los departamentos de urgencias de los hospitales.

Establecer, apoyar y sostener la función de la enfermera

“Si los millones de enfermeras de mil lugares diferentes articulasen las mismas ideas y convicciones acerca de la atención primaria de salud y se reunieran como fuerza única, podrían actuar como centro de poder a favor del cambio”. - -
- Halfdan Mahler, Director General, Organización Mundial de la Salud, 1985

Quienes dispensan directamente los cuidados deben contar con el apoyo de todas las demás personas que participan en la enfermería, en el plano local, en el plano mundial, en la elaboración de la política de salud y en la gestión de los recursos.

1. En el plano internacional: La función del CIE

Desde el principio el CIE reconoció que la enfermería es de importancia capital para la APS. Las iniciativas desplegadas por el CIE para movilizar en todo el mundo a las enfermeras a favor de la atención primaria de salud han sido coherentes durante decenios y entre ellas se cuenta el apoyo dado a la Declaración de Alma-Alta en 1978. En colaboración con sus asociaciones nacionales de enfermeras miembros, la OMS y otros, el CIE ha trabajado para situar a la enfermería en la atención primaria de salud influyendo a favor de la inclusión de los principios y los programas de la APS en la formación de los dispensadores de salud, en la planificación y en la prestación de los servicios, y en la investigación.

“Atribuyo gran importancia a la labor del CIE y admiro su dedicación a unos cuidados de enfermería y de salud de gran calidad. En realidad, el derecho a la atención de salud se recoge en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, a este respecto, la enfermería y el CIE hacen una importante contribución a la labor de las Naciones Unidas”.

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas

Para movilizar a las enfermeras en favor de la APS para el siglo XXI, el CIE recurre a diversas estrategias de fomento de la transferencia de conocimientos, creación de capacidades, difusión de las pruebas para actuar obtenidas de la investigación, ejercicio de influencia y defensa. A través de la política general, las redes especiales, las competencias, la defensa, la generación y difusión de la información, y la formación, el CIE presta apoyo y fomenta la posición de la enfermería en la APS.

El compromiso del CIE para con la APS es también evidente en sus numerosos proyectos y programas. Sus programas sobre la dirección y el liderazgo –El Liderazgo en la negociación y El Liderazgo para el cambio– son iniciativas de alcance mundial que preparan a las enfermeras para dirigir en todos los contextos y en tiempos de cambio. A través de la dirección y la colaboración constantes y haciendo que la profesión de enfermería participe en proyectos para fortalecer la atención primaria de salud, el CIE es una fuerza poderosa y constante de fortalecimiento de la función de las enfermeras en la atención primaria de salud.

Proyectos del CIE para fortalecer la enfermería en la atención primaria de salud

Los múltiples proyectos e iniciativas del CIE llegan a las enfermeras para fortalecer la enfermería y contribuir a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad, a los cuidados y a los tratamientos. Varios de esos proyectos se inspiran en la atención primaria de salud y en las Metas de desarrollo del milenio (MDM). Entre esos proyectos se cuentan los siguientes:

- **Centros de bienestar para los trabajadores de salud**, que dispensan solícitos servicios de salud a todos los trabajadores de salud y a sus familias inmediatas, en los países subsaharianos duramente afectados por la crisis de recursos humanos de salud y la pandemia del VIH.
- **Iniciativa del agua potable** para la aportación de tecnología adecuada, alcantarillado y servicios de higiene para los niños huérfanos y vulnerables de varios países.
- **La Biblioteca móvil de enfermería** aporta información actualizada y pertinente de enfermería y de salud para las enfermeras que trabajan en instituciones de salud rurales de los países en desarrollo.
- **El Proyecto contra la tuberculosis/tuberculosis resistente a múltiples medicamentos** imparte formación destinada a fortalecer la capacidad de la enfermería para detectar, prevenir, cuidar y tratar la tuberculosis, aún la resistente a múltiples medicamentos.
- **El Fondo para la Educación de las niñas**, que presta apoyo a la formación primaria y secundaria de las hijas huérfanas de enfermeras en los países en desarrollo.
- **El Proyecto del CIE sobre Política e investigación para las niñas** tiene por objeto movilizar a las enfermeras para un desarrollo saludables de las jóvenes.

2. **Nacionalidad:** La función de las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE)

En tanto que voz nacional de la enfermería, las ANE representan una fuerza para orientar la APS, para incorporarla en la práctica y en la política de enfermería, y para dispensar los servicios de APS. Este liderazgo es esencial para que la APS siga siendo la piedra angular de la política de salud y para situar dentro de ella a la enfermería. Las ANE pueden dirigir y ejercer el liderazgo:

- Facilitando la colaboración con otras asociaciones de profesionales de salud, los ministerios de sanidad y otros sectores y personas interesadas.
- Colaborando con los ministerios de sanidad y otras instituciones para influir en una política nacional de salud que favorezca las funciones de la enfermería y amplíe la capacidad para la investigación de enfermería.
- Colaborando con las instituciones de formación para que la APS se incorpore a los planes de estudios.
- Facilitando el intercambio de experiencias y de información sobre la APS, su significado, sus elementos y sus principios.
- Colaborando con los centros de formación y de investigación de enfermería para que se ocupen de la investigación favorable a la APS y de las pruebas de la eficiencia de sus costos.
- Difundiendo los resultados de la investigación entre las enfermeras, los encargados de la política general y otras personas.
- Ofreciendo formación continua sobre atención primaria de salud.
- Describiendo (en publicaciones, sitios web, conferencias, etc.) la labor de las enfermeras en la APS.
- Influyendo para que se promulgue legislación favorable a la APS, a las contribuciones de las enfermeras, y a un planteamiento equilibrado de los servicios de prevención, de mejoramiento, de curación y de rehabilitación.
- Constituyendo un foro para el diálogo y la adecuada comprensión de los problemas y las diferencias entre la APS y los cuidados médicos primarios.
- Abogando a favor de la satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables.
- Promoviendo la APS como opción profesional.
- Influyendo en los ministerios con el fin de conseguir becas u otros modos de financiar la asistencia para la formación posterior (por ejemplo, becas para

que las enfermeras de atención primaria de salud puedan completar sus estudios).

- Estimulando el interés por la investigación de enfermería y de la APS mediante becas y oportunidades de formación para las enfermeras y ampliando las oportunidades profesionales.
- Las ANE, los gestores y las enfermeras que ejercen pueden influir para conseguir fondos y para que se apliquen políticas de apoyo adecuado a las enfermeras que trabajan en zonas alejadas o en circunstancias difíciles. El apoyo puede prestarse en forma de personal de ayuda, gastos de viaje, mejores recursos para la seguridad o para la prestación de los cuidados, etc.

3. En el lugar de trabajo: La función de las enfermeras gestoras

La función de la enfermera gestora es vital para capacitar y preparar a las enfermeras para la práctica profesional. En el contexto de la APS, se trata de una función que presta apoyo al personal de muchas maneras, como las siguientes:

- Alentando/facilitando la incorporación de nuevas tecnologías de la información, mediante mecanismos adecuados de formación y de formulación de comentarios y observaciones.
- Facilitando entre los empleados la gestión del cambio.
- Cerciorándose de la sostenibilidad de los recursos financieros, físicos y tecnológicos para la APS y ejerciendo influencia para conseguir más recursos, cuando sea necesario.
- Asignando recursos humanos y financieros de manera que facilite la participación de la enfermería en las actividades de APS.
- Facilitando/alentando la formación continua.
- Alentando/facilitando la colaboración entre disciplinas y sectores.
- Facilitando oportunidades para que las enfermeras que trabajan en la APS pasen a ser agentes esenciales y centros de interés para las escuelas de enfermería y para las enfermeras docentes.

4. En las instituciones de formación de enfermería

Teniendo en cuenta que las enfermeras son de importancia capital para la prestación de la APS, su competencia y su liderazgo en la APS son de importancia

crítica. Los conceptos y principios de la APS han de ser los elementos básicos del plan de estudios de enfermería. Asimismo, las instituciones de formación deben:

- Pasar de una orientación hospitalaria a una orientación más amplia basada en la comunidad.
- Adaptar el plan de estudios a las necesidades de la población.
- Cerciorarse de que los criterios de admisión permiten una combinación de estudiantes culturalmente idónea.
- Cooperar con las ANE y otros para conseguir modelos de las mejores prácticas.
- Hacer estudios que favorezcan la función de las enfermeras en la atención primaria de salud.
- Cerciorarse de que se aplican los conceptos de la APS en la colocación de los estudiantes y en el ejercicio de la profesión.
- Facilitar experiencias clínicas de gran calidad en la atención primaria de salud, en las que las enfermeras tengan acceso a diversas experiencias, con una responsabilidad limitada y ayuda clínica.
- Fomentar el liderazgo de la APS en las facultades de enfermería y, para ello, mantener una masa crítica de profesores de APS.
- Ofrecer formación continua centrada en la APS.

5. Las instituciones de investigación de enfermería

Unos servicios eficaces de APS han de estar dirigidos por la investigación de enfermería y otros tipos de investigación, para que puedan evaluarse las repercusiones y la eficiencia económica de sus resultados. Para comprometerse con los sistemas de salud basados en la APS se precisa una base de pruebas más completa, con inversiones adecuadas en la evaluación y la documentación de experiencias que permitan desarrollar, transferir y adaptar las mejores prácticas.¹³

Las instituciones de investigación de enfermería deben:

- Colaborar con las instituciones de formación, las ANE, las administraciones y otros, para hacer investigación que ayude a convertir la APS en una de las prioridades para la financiación.
- Hacer estudios sobre métodos de formación de las enfermeras para la APS.

¹³ Organización Panamericana de la Salud (2007), *Renovar la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: Autor.

- Elaborar métodos e indicadores para evaluar la efectividad de los diversos dispensadores de atención de salud que forman parte de los equipos de APS.
 - Conceder becas de investigación y oportunidades de formación para las enfermeras.
 - Estimular el interés por la enfermería y la investigación de la APS.
 - Desarrollar posibilidades de carrera profesional en la investigación de la APS.
 - Fomentar/hacer investigaciones para ver si la APS es económica.
 - Elaborar métodos e indicadores para evaluar si son económicos los diversos dispensadores de salud de los equipos de APS.
 - Estimular el interés por la investigación de enfermería y de la APS concediendo nuevas becas y oportunidades de formación para las enfermeras y ampliando las posibilidades de carrera profesional.
 - Influir en los programas de investigaciones locales, nacionales e internacionales identificando los sectores de interés prioritarios y las lagunas de la información en relación con la contribución de la enfermería a la APS.
 - Los institutos de investigación (y las ANE) pueden generar y utilizar pruebas de base para documentar las realidades de la aplicación de la APS y los modos de atraer recursos, inclusive recursos humanos, para la APS.
6. **Los órganos de reglamentación de la enfermería** desempeñan una función fundamental facilitando la aplicación de una dirección eficaz de la APS y de la enfermería. Estos órganos pueden:
- Promover actuaciones de la práctica de enfermería en las que puedan utilizarse plenamente las capacidades y el potencial de la enfermería.
 - Cooperar con los legisladores para eliminar cualesquiera incompatibilidades entre la legislación y las prácticas reglamentarias que coartan el desarrollo del pleno potencial de las enfermeras para la APS.
 - Colaborar con institutos de formación para cerciorarse de que los requisitos de formación se adaptan a las necesidades de la población en lo que respecta a la demografía, la epidemiología, las prácticas culturales, etc.
 - Elaborar un plan de comunicaciones para que las enfermeras entiendan todos los principales cambios legislativos/reglamentarios.
 - Revisar periódicamente la legislación y los reglamentos para que la APS sea una de las piedras angulares, favorezca la práctica actual de enfermería y no obstaculice la adecuada innovación de la enfermería en relación con la APS.

- Colaborar con otros órganos reglamentarios para orientar a los legisladores en la formulación de leyes destinadas a facilitar la colaboración interdisciplinaria.
- Colaborar con los encargados de la reglamentación para resolver cualesquiera problemas que se planteen en relación con el ámbito de la práctica, la protección de los títulos, etc.

7. Lo que cada uno de nosotros puede hacer

El apoyo de la enfermería organizada en los planos internacional y nacional, de los docentes, de los investigadores, de los encargados de la reglamentación y de quienes elaboran las políticas es de crucial importancia para que la enfermería sea eficaz en la atención primaria de salud. Sin embargo, es el compromiso personal de todas y cada una de las enfermeras lo que hará que se cumpla verdaderamente la promesa de la atención primaria de salud. Todos tenemos numerosas maneras y oportunidades de actuar para conseguir que las enfermeras dirijan la atención primaria de salud:

- Aplicar en nuestra práctica los principios de la atención primaria, cualquiera que sea el lugar en que trabajemos.
- Defender una legislación y una política general que permitan a las enfermeras actuar más.
- Participar en las actividades de nuestra comunidad.
- Hacer estudios en nuestros entornos locales de la atención primaria de salud.
- Influir en las políticas de formación.
- Favorecer la formación continua centrada en la APS.
- Colaborar con las ANE para iniciar el cambio de política o influir en él.
- Hablar con los medios de comunicación locales, nuestros vecinos, amigos, etc., sobre las ventajas de la APS dirigida por las enfermeras.
- Hablar y escribir sobre la propia experiencia en la APS.
- Alentar a los pacientes y a las comunidades a que influyan para que se aumenten los recursos de APS y el apoyo político a ésta.

La atención primaria de salud es un método válido y universalmente aplicable para reducir la falta de equidad en la atención de salud y mejorar el acceso a los cuidados de salud esenciales. Treinta años después de la Declaración de Alma-Ata sobre la APS, el mundo se enfrenta a problemas de acceso a los cuidados y de calidad de la atención de salud. Las enfermeras del mundo representan una fuerza formidable en la empresa mundial de hacer avanzar la APS y de conseguir las Metas de desarrollo del milenio. Con unas inversiones adecuadas y un entorno positivo de legislación y de practica profesional, la enfermería puede desempeñar una función esencial para mejorar el estado de salud de la población del mundo.

CAPÍTULO 4

Mirar al futuro

En la atención primaria de salud y en todo el sector de la atención de salud, la realidad es que las personas desean tener posibilidad de elección y acceso a la información para hacer esas elecciones. Esta tendencia continuará en el futuro y las personas necesitarán cada vez más el apoyo que las enfermeras pueden prestarles para acceder a la información y hacer elecciones acertadas.

A medida que la prestación de los servicios pasa, cada vez más rápidamente, del hogar al hospital, de los cuidados curativos a los preventivos, de las instituciones a las comunidades, las enfermeras estarán más en el centro de los cuidados de salud y serán el factor que dé continuidad a los cuidados.

Las enfermeras serán huéspedes en los hogares y en las comunidades, y para ello precisarán una orientación distinta y otros conjuntos de capacidades además de las aptitudes clínicas. Serán esenciales las capacidades de defensa, de desarrollo de la comunidad, de comunicaciones y de docencia y aprendizaje.

En el futuro aumentarán también la supervisión y la delegación del creciente número de dirigentes en la atención de salud. Delegaremos en personas que no conocemos y las supervisaremos de lejos. El equipo de atención de salud se ampliará y se diversificará y adoptará una fluidez nueva en el modo de funcionamiento de la enfermera en el equipo. Unas veces seremos dirigentes, otras codirigentes y otras seremos uno de los miembros sin tareas específicas de dirección. El tiempo, el equipo, los recursos y la gestión de la información serán cada vez más importantes. Compartiremos las competencias, permutaremos las tareas y trabajaremos con un mayor número de dispensadores.

Si resulta eficaz el paso de los cuidados hospitalarios a los cuidados a domicilio, los hospitales atenderán a las enfermedades más graves, y resultará de importancia crítica la capacidad de las enfermeras para vincular al hospital con la comunidad, para dispensar a las personas y a las familias los servicios adecuados y para

establecer nexos de unión entre los pacientes, los grupos de pacientes y los dispensadores de atención de salud. Para esto se precisará más formación, más colaboración y más coordinación, y es esencial que consideremos que todo esto nos acerca a los cuidados y no nos separa de ellos.

La telesalud es un sector de gran interés que permitirá a las enfermeras mejorar el acceso a los cuidados y a la calidad y continuidad de los que dispensan a las poblaciones en todos los contextos, independientemente de las distancias.

Mediante la teleenfermería, las enfermeras gestionarán cada vez más la demanda de servicios de salud, formarán a los consumidores, aconsejarán a las poblaciones que corren grandes riesgos, dispensarán cuidados fuera de horas, mantendrán la comunicación con los pacientes de enfermedades crónicas y debilitantes y dispensarán servicios a las poblaciones rurales o dispersas, poniendo los cuidados al alcance de toda la nación.

El público, los pacientes, los empleadores, los encargados de las políticas y los dispensadores de cuidados tratarán, cada vez con más fuerza, de conseguir los cuidados de salud esenciales basados en métodos y tecnología prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, puestos al alcance de todas las personas y familias de la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden permitirse. Forma parte integrante del sistema de salud de todo país. De las enfermeras se esperará que apliquen los principios de la APS en todos los contextos.

Unos servicios de calidad no se dispensarán a nuestras comunidades por azar. Sólo se conseguirán si se opta por ellos de manera consciente y decidida y bajo la dirección de la enfermería. Para conseguirlos es preciso una planificación a largo plazo y una estratégica gestión y elaboración de políticas.

Las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras pueden abrir el camino hacia una mejor salud para todos. Las enfermeras tienen los conocimientos, las capacidades y el predominio numérico. El público y los encargados de las políticas consideran que las enfermeras actúan éticamente y son solícitas, competentes y económicas. De nosotros depende que el programa de la enfermería avance en los próximos años y que se consiga el futuro preferido para la profesión y para nuestras sociedades; un futuro que comienza por unos servicios de APS de calidad para todas las comunidades.

Nuestra misión consiste en dirigir a nuestras sociedades hacia una salud mejor. Colaborando... aportamos el conocimiento y el entusiasmo de toda la profesión de enfermería para fomentar estilos de vida saludables, lugares de trabajo saludables y comunidades saludables. Fomentamos la salud de nuestras sociedades y de las personas impulsando estrategias de desarrollo sostenible para mitigar la pobreza, la contaminación medioambiental y otras causas subyacentes de la enfermedad

(de la Declaración de Visión del CIE, 2007)

Las Metas de desarrollo del milenio

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio, de las Naciones Unidas, dirigentes de todo el mundo acordaron un conjunto de metas y objetivos mundiales, medibles y con plazos fijos, para combatir la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Situadas en el centro del programa mundial, reciben actualmente el nombre de Metas de desarrollo del milenio (MDM).

Las ocho Metas de desarrollo del milenio (MDM) –que van desde reducir a la mitad la extrema pobreza hasta acabar con la difusión del VIH/SIDA y dar educación primaria a todos, y todo ello antes del año 2015– forman un plan acordado por todos los países del mundo y todas las principales instituciones mundiales de desarrollo. Han reunido esfuerzos sin precedentes para satisfacer las necesidades de los más pobres del mundo.

- **Reducir a la mitad la pobreza y el hambre**

1.200 millones de personas viven todavía con menos de 1 dólar al día. Sin embargo, 43 países, con más del 60% de la población mundial, ya han alcanzado o están en camino de alcanzar la meta de reducir a la mitad, antes de 2015, el número de los que padecen hambre.

- **Conseguir la educación primaria para todos**

113 millones de niños están sin escolarizar; sin embargo esta meta está a nuestro alcance; la India, por ejemplo, tendrá escolarizados el 95% de sus niños antes de 2015.

- **Capacitar a la mujer y fomentar la igualdad entre mujeres y hombres**

Las dos terceras partes de las personas analfabetas del mundo son mujeres, y el 80% de los refugiados son mujeres y niños.

Desde la Cumbre de los Microcréditos, en 1997, se ha mejorado la inclusión y la capacitación de las mujeres: casi 19 millones en el año 2000 solamente.

- **Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años**

11 millones de niños pequeños mueren cada año: ese número era de 15 millones en 1980.

- **Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna**

En el mundo en desarrollo, el riesgo de morir de parto es de 1/48. Pero casi todos los países aplican actualmente programas de maternidad segura y están en vías de progresar.

- **Invertir la difusión de las enfermedades, especialmente el VIH/SIDA y el paludismo**

Las enfermedades mortales han eliminado los avances de desarrollo logrados en una generación. Países como Brasil, Senegal, Tailandia y Uganda han demostrado que se puede detener la difusión del VIH.

- **Conseguir la sostenibilidad del medio ambiente**

Más de mil millones de personas carecen todavía de acceso al agua potable; sin embargo, en el decenio de 1990, casi mil millones de personas consiguieron el acceso al agua potable y otras tantas, a los servicios de alcantarillado.

- **Establecer una colaboración mundial para el desarrollo, con objetivos de ayuda, comercio y alivio de la carga de la deuda**

Demasiados países en desarrollo gastan más en el servicio de la deuda que en servicios sociales. Sin embargo, solamente los nuevos compromisos adquiridos en relación con la deuda en el primer semestre de 2002 alcanzaron la cifra de otros 12.000 millones de dólares anuales en 2006.

Las enfermeras y la atención primaria de salud

Declaración de posición del CIE:

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) está convencido de que la equidad y el acceso a la atención primaria de salud, y en particular a los servicios de enfermería, son de importancia esencial para mejorar la salud y el bienestar de todas las personas.

Junto con sus asociaciones miembros, el CIE defiende los derechos de todas las personas a unos servicios de atención de salud equitativos y eficaces, y suscribe la Declaración de Alma Ata¹ sobre la atención primaria de salud (APS) como medio de lograr un nivel de salud que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva.

En los planos nacional e internacional, el CIE y sus miembros colaboran con los gobiernos y organizaciones no gubernamentales para conseguir una aplicación más eficaz de la atención primaria de salud. Al planificar y aplicar los servicios de APS, el CIE insta a que se utilice un planteamiento multisectorial y se respeten los principios siguientes:

- Los servicios de salud son igualmente accesibles para todos y fomentan al máximo: la participación de la persona y la comunidad en la planificación y el funcionamiento de los servicios; la prioridad de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; las tecnologías adecuadas y asequibles; y el planteamiento multisectorial necesario para alcanzar el bienestar de una sociedad.
- El centro de la atención de salud es la persona, familia o grupo que necesitan servicios de promoción de la salud, protección contra la enfermedad e invalidez, curación y rehabilitación, o cuidados para una muerte pacífica y digna.
- La formación de los dispensadores de salud es a la vez científica y ética y reconoce la primacía de los factores sociales determinantes de la salud.
- Los dispensadores de atención de salud respetan los derechos de la persona, de la familia y de la comunidad a tomar una decisión informada sobre los cuidados y el correspondiente tratamiento.
- Los resultados de la investigación y la evaluación de las tecnologías benefician directamente a los pacientes y al público.
- Para favorecer la Atención primaria de salud, el CIE considera que es de importancia crítica integrar los conceptos de la APS en todos los niveles de la formación de enfermería y que la función de las enfermeras en la dirección de la APS se fortalezca y se articule en todos los niveles en los países y en el plano internacional.

▪ **Antecedentes**

La población mundial se enfrenta a un futuro en el cual la salud y el bienestar de las personas puede verse perjudicialmente afectados por los rápidos avances de la tecnología; el agotamiento de los recursos naturales y la degradación del medio ambiente; el crecimiento demográfico; las repercusiones de los problemas de salud nuevos (por ejemplo, el SIDA) y enfermedades reconocidas desde antiguo (por ejemplo, el paludismo). Otros factores, como el envejecimiento de la población y la preocupación por los aquejados de enfermedades crónicas y terminales, imponen demandas crecientes a los servicios de salud y sociales.

En 1978, el CIE declaró su apoyo a la atención primaria de salud y su propósito de cooperar, en los planos nacional e internacional, con los organismos gubernamentales y no gubernamentales para hacer de la atención primaria de salud una realidad efectiva, para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones.

En los años siguientes el CIE y las ANE han contribuido a influir para que se incluyeran los principios y programas de la APS en la formación de los dispensadores de atención de salud, en la planificación y prestación de los servicios y en la investigación y evaluación. Muchas ANE fomentan iniciativas para la incorporación de la APS en la práctica y en la política general de enfermería.

Las enfermeras constituyen el grupo principal del personal de atención de salud que dispensa la atención primaria de salud a todos los niveles y mantiene los vínculos entre las personas, las familias, las comunidades y el resto del sistema de salud. En cooperación con los demás miembros del equipo de cuidados de salud, con otros sectores o individualmente, las enfermeras exploran modos nuevos y mejores para la preservación del bienestar, o el mejoramiento de la salud y para prevenir la enfermedad y la discapacidad. Las enfermeras mejoran la equidad y el acceso a los cuidados de salud, y aportan calidad a los resultados de estos cuidados. Es importante que en los programas de formación de enfermería se integre la APS en los niveles básico y postbásico.

¹ Organización Mundial de la Salud, Alma Ata 1978, Atención primaria de salud, Ginebra, OMS, 1978.

Bibliografía

Brown S. and Gimes, D (1992), A Meta.-Analysis of Process of Care, Clinical outcomes and Cost-effectiveness of Nursing in Primary Care Roles, Nurse-Practitioner and Nurse-Midwives. Washington, DC; Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos.

Canadian Nurses Association's initiative of Cost-Effective Nursing Alternatives. Citada en El valor de la enfermería en un mundo cambiante, CIE. 1996.

Chinombo, A.M (1997), Community empowerment: A strategy for healthy communities. *International Nursing Review*. Ginebra: CIE.

College & Association of Registered Nurses of Alberta (2005), Primary Health Care. Edmonton: Alberta.

Ferrell, B.J.A. (2002), Proyecto de desarrollo y salud comunitarios: una experiencia de 5 años (1995 - 1999) en Mozambique, África. *International Nursing Review*. 49. 27-37

Hill, A.G., et al (2000), Decline of mortality in children in rural Gambia: The influence of village-level primary care. *Tropical Medicine and International Health*5(2):107-118.

CIE (1984), Informe sobre los proyectos resultantes del seminario. Movilizar el liderazgo de la enfermería a favor de la atención primaria de salud. Ginebra: CIE.

CIE (1988), La enfermería y la atención primaria de salud: Una fuerza unificada. Ginebra: CIE.

CIE (2006), Código deontológico del CIE para las enfermeras. Ginebra: CIE.

El CIE, la enfermería y el desarrollo. Documento de base para la política general (2000). Ginebra: CIE.

CIE, Declaración de política general. Las enfermeras y la atención primaria de salud. Revisada en 2007.

Recetas de enfermería: Examen para el Consejo Internacional de Enfermeras. Preparado por Calman, L.; and Buchan, J. (1999), Ginebra: CIE.

Consejo Internacional de Enfermeras y Organización Mundial de la Salud (1979), Informe de un seminario sobre la Función de la enfermería en la atención primaria de salud. Nairobi, Kenya, 30 de septiembre – 1º de octubre de 1979.

Laurant, M; et al. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database Syst Rev. 18 de abril de 2005; (2):CD0011271.

Macduff C. and West B. 2003 *Evaluating Family Health Nursing through Education*