

Colección Medicina de Excelencia

Enfermería

Julia Echeverría Martínez
Javier Dávila Torres

70

Años de Medicina de Excelencia en el
Instituto Mexicano del Seguro Social y

LXXX

Aniversario de la Academia Mexicana de Cirugía

ENFERMERÍA



Enfermería

Julia Echeverría Martínez

Titular de la División de Programas de Enfermería, IMSS.

Javier Dávila Torres

Cirujano Maxilofacial, UAM. Director de Prestaciones Médicas del IMSS.
Coordinador de Políticas de Salud. Titular de la Unidad de Educación,
Investigación y Políticas de Salud. Secretario Particular del Secretario de
Salud. Miembro del Consejo Mexicano de la Especialidad.
Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Maxilofacial.



Enfermería

Todos los derechos reservados por:
© 2013 Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Av. Cuauhtémoc 330, 3er. Piso, Bloque B,
Unidad de Congresos, CMN "Siglo XXI"
e-mail: amec@amc.org.mx
www.amc.org.mx

ISBN 978-607-95935-9-9

Editorial Alfíl, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51-A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editafil.com
www.editafil.com

ISBN 978-607-8283-53-8

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Revisión editorial:
Irene Paiz, Berenice Flores

Ilustración:
Alejandro Rentería

Diseño de portada:
Arturo Delgado

Impreso por:
Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
Calle 31 de Julio de 1859 Manz. 102 Lote 1090, Col. Leyes de Reforma
09310 México, D. F.
Septiembre de 2013

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.



COLECCIÓN MEDICINA DE EXCELENCIA

COMITÉ EDITORIAL

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Dr. Javier Dávila Torres

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Fundación IMSS, A. C.

Dr. Alejandro Valenzuela del Río
Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Editores

Acad. Dr. Felipe Cruz Vega
Acad. Dr. Germán Fajardo Dolci
Acad. Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper

Mensaje de los editores

José Antonio González Anaya

Director General del IMSS

Javier Dávila Torres

Director de Prestaciones Médicas del IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace el 19 de enero de 1943 cubriendo cuatro ramos: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedad general y maternidad; invalidez, vejez y muerte, y desocupación en edad avanzada.

El primer director del IMSS, Ignacio García Téllez (1944–1946) afirmó: “El Seguro Social tiende a liquidar un injusto privilegio de bienestar brindando igualdad de oportunidades de defensa biológica y económica a las mayorías necesitadas”. Desde entonces podemos constatar el sentido humanitario y social que ha representado en el país.

A lo largo de sus 70 años se ha convertido en la institución de seguridad social más grande de América Latina y en pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. En su inicio enfocó todos sus esfuerzos a propiciar bienestar a la clase trabajadora mexicana y, a partir de 1979, el Gobierno de la República le encomendó la importante misión de ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS–Coplamar, actualmente IMSS–Oportunidades, el cual contribuye a garantizar el acceso a servicios de salud a mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación.

Desde su creación el Instituto ha adquirido creciente prestigio nacional e internacional en los ámbitos médico, científico y educativo. Todos los días decenas de miles de pacientes, así como publicaciones y personal de salud en formación académica, dan testimonio de la calidad y la eficiencia de los servicios.

Hoy en día es una institución ejemplar construida gracias al esfuerzo continuo de varias generaciones de profesionales que, con su dedicación diaria, hacen posible el cuidado de la salud de millones de derechohabientes; además de formar el mayor número de médicos especialistas en el país y en América Latina, cuenta con la revista médica de mayor impacto en salud de la región, y es una de las instituciones con mayor producción científica en México.

La colección de libros “Medicina de Excelencia”, integrada por 28 textos que abordan relevantes temas de salud, es un reconocimiento al esfuerzo, la labor humana y el profesionalismo que caracterizan al personal del Instituto. A través de estos libros quedan plasmados la experiencia y el conjunto de conocimientos atesorados durante siete décadas por nuestros médicos y enfermeras, buscando siempre la vanguardia en el saber.

Dentro de estos textos se incluyen temas de trascendencia por su impacto en la salud, así como en lo económico y lo social; tal es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, entre las que sobresalen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los padecimientos oncológicos. También se abordan la salud de la mujer y de manera específica la muerte materna; los grandes retos de la salud infantil, incluyendo la obesidad y la desnutrición, al igual que la salud del adulto mayor, problema creciente en los últimos años.

Otros temas a los que los médicos se enfrentan día con día son las consultas de urgencias, traumatología, ortopedia y cirugía, así como los retos en el diagnóstico y el tratamiento con el uso de nuevas tecnologías; tal es el caso del ultrasonido endoscópico, diversas modalidades de ventilación mecánica y el soporte nutricional del enfermo grave.

La salud pública, la investigación y la educación en salud, al igual que la calidad en la atención médica, son disciplinas que tienen repercusión en la salud de los derechohabientes, por lo que se hace un estudio de ellas.

La presencia de la mujer en el ejercicio de la medicina y la enfermería ha sido notable y en la actualidad toma especial importancia, ya que su participación ha incrementado en estos 70 años y es meritoria de reconocimiento.

Finalmente, y de gran trascendencia, tenemos al primer nivel de la atención médica como un pilar fundamental de la salud, resaltando así el peso que la medicina de familia tiene sobre la prevención y la atención oportuna de los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia, tomando en consideración los contextos biológico, social y psicológico. Hoy la reconversión de la medicina familiar representa uno de los principales retos para el Instituto, motivo por el cual está presente en esta obra.

Esperamos que esta valiosa colección académica coadyuve en la atención médica de calidad que suelen prestar los profesionales de la salud, reflejando en toda la extensión de la palabra el alto valor académico emanado del IMSS en beneficio de sus derechohabientes.

Colección “Medicina de Excelencia”

*Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.*

Este año 2013 es muy especial y significativo para la medicina mexicana debido a que se conmemoran los aniversarios de la fundación de dos insignes instituciones de gran trascendencia en función de su visión, misión y objetivos: la Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social, que cumplen su octogésimo y septuagésimo aniversario, respectivamente, instituciones cuyo compromiso ha sido desde siempre con el progreso y el desarrollo de México, lo que ha permitido fortalecer la calidad y la seguridad de la medicina y, al mismo tiempo, encauzar la contribución de los profesionales de la salud al bienestar social del país.

La Academia Mexicana de Cirugía fue fundada en 1933 por un grupo de mexicanos ilustres encabezados por los Doctores Gonzalo Castañeda Escobar y Manuel Manzanilla Batista. Desde su fundación esta corporación ha mantenido ininterrumpidos sus propósitos y actividades como un foro abierto a todas las especialidades y temas médicos. Durante sus 80 años como órgano consultivo del Gobierno Federal y asesora del Consejo de Salubridad General, además del trabajo conjunto con otras instituciones, la Academia Mexicana de Cirugía ha tenido un papel decisivo en el diseño, la implementación y la evaluación de programas enfocados a alcanzar las metas nacionales de salud de los mexicanos, sobre todo en estos momentos que nuestro país está viviendo los problemas asociados a la transición epidemiológica, como son la obesidad, la diabetes, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico, el trauma y el cáncer, entidades que generan la mayor morbimortalidad en nuestro país.

La Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social decidieron celebrar sus aniversarios en conjunto a través de un magno evento conmemorativo, el congreso “Medicina de Excelencia”, en el que se logró la participación de destacadas personalidades médicas nacionales e internacionales, quienes abordaron los temas de salud más relevantes para nuestro país. Esta magna celebración quedará grabada en la historia de la medicina mexicana por su significado y trascendencia, por lo que es menester dejar un testimonio bibliográfico en el que se conjunten el conocimiento médico referente a los problemas prioritarios de salud, sus soluciones y la perspectiva en relación a diferentes propuestas de atención y escenarios específicos, por lo que dentro de estos festejos se desarrolló un gran proyecto editorial que pone al alcance de la comunidad médica un tesoro bibliográfico que fortalecerá sus conocimientos y, por ende, la calidad y la seguridad de atención, y será la herencia para que futuras generaciones se enteren de los adelantos y esfuerzos del gremio médico de principios del siglo XXI.

Por este motivo se publica la presente serie conmemorativa, colección de 28 libros denominada “Medicina de Excelencia”, colección resultado del esfuerzo de médicos e instituciones convencidos de la fuerza y la importancia de la palabra escrita en la divulgación del conocimiento médico-científico.

En la colección “Medicina de Excelencia” se incluyen títulos que abordan los aspectos torales de la medicina contemporánea desde la perspectiva de la enfermedad: diabetes mellitus, cáncer, nutrición en el enfermo grave, trauma y lesiones por violencia extrema, muerte materna, enfermedades cardiovasculares, envejecimiento saludable y obesidad; así también, desde la perspectiva de los temas por especialidad, como son pediatría, ortopedia, cardiología y endoscopia digestiva, hasta propuestas de actualidad en lo que toca a salud pública, medicina familiar, enfermería, educación e investigación en salud y seguridad del paciente, además de la publicación del Consenso Mexicano de Cáncer Mamario y el papel de la mujer en el ejercicio de la medicina.

Cada uno de los libros que integran la colección “Medicina de Excelencia” es el resultado de la coordinación de distinguidos médicos mexicanos, líderes indiscutibles en cada una de sus áreas, y de la participación de expertos que escribieron con gran calidad y acierto cada uno de los capítulos que integran esta excelente colección que ponemos a su consideración.

Colaboradores

Lic. Mireya Buendía Luna

Coordinadora de Cursos, UMF N° 2.

Capítulo 3

Lic. Mayte de Guadalupe Cabáñez Rojas

Coordinadora de Cursos, UMF N° 161.

Capítulo 3

Lic. Ana Luisa Cabrera Ramírez

Coordinadora de Programas de Enfermería.

Capítulo 4

Mtra. Beatriz Adriana Cortés Rodríguez

Jefe de Enseñanza del HGR N° 29.

Capítulo 8

Mtro. José Javier Cuevas Cancino

Coordinador de Programas de Enfermería en Investigación en Salud.

Capítulos 1, 7

Lic. Marina de Ita Márquez

Coordinadora de Programas de Enfermería, UED.

Capítulo 6

Enf. Julia Echeverría Martínez

Titular de la División de Programas de Enfermería.

Capítulo 8

Lic. María Guadalupe Estrada Pérez

Subjefe de Enfermeras.

Capítulo 4

Mtra. Adriana Galeana Gudiño

Directora de Enfermeras, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, IMSS.

Capítulo 5

Mtra. Gloria María Galván Flores

Coordinadora de Programas de Enfermería, *Revista de Enfermería*.

Capítulo 4

Lic. Antonieta García Calzada

Subjefe de Enfermeras.

Capítulo 4

Lic. Claudia Hernández Cruz

Coordinadora de Programas de Enfermería, CAM.

Capítulo 3

Lic. Alicia Hernández Reyes

Coordinadora de Programas de Enfermería.

Capítulo 4

M. en E. Lilia Angélica Ibarra Chávez

Coordinadora de Cursos de Investigación en Salud.

Capítulo 7

Luz María Ireneo García

Capítulo 3

Lic. Maura Lara Miguel

Coordinadora de Programas de Enfermería, DMGSS.

Capítulos 2, 6

Lic. María Isabel López López

Coordinadora de Programas de Enfermería, CAM.

Capítulo 3

Mtra. Olga Lozano Rangel

Subjefe de Enfermeras, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, IMSS.

Capítulo 5

Mtra. María Magdalena Mata Cortés

Jefe de Enseñanza del HGR N° 76.

Capítulo 8

Mtra. María del Rosario Monterrosas Regalado

Coordinadora de Programas de Enfermería, Educación en Salud.

Capítulo 2

Mtra. Elsa Morales Olarte

Coordinadora de Programas de Enfermería, Educación en Salud.

Capítulos 2, 3

Mtro. Mario Moreno Nava

Jefe de Área de la División de Programas de Enfermería.

Capítulos 1, 7

Lic. Sandra Guadalupe Moya Sánchez

Coordinadora de Programas de Enfermería, DMGSS.

Capítulo 2

Lic. Patricia Padilla Zepeda

Subjefe de Educación en Enfermería y Áreas Técnicas de la Salud, HGR N° 25.

Capítulo 3

Lic. Albino Pérez Guerrero

Subjefe de Enfermeras.

Capítulo 4

Mtra. Blanca Patricia Ponce del Ángel

Coordinadora de Programas de Enfermería, Educación en Salud.

Capítulo 2

Lic. Rosalinda Ramos López

Coordinadora de Programas de Enfermería, DMGSS.

Capítulo 6

Lic. Isabel Ramos Melgar

Subjefe de Enfermeras, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI", IMSS.

Capítulo 5

Lic. Tania Reyes Hernández

Coordinadora de Programas de Enfermería.

Capítulo 4

Mtra. Rosa Velia Rivera Sáez

Directora de la Escuela de Enfermería en Nuevo León.

Capítulo 2

Lic. Petra Rodríguez Hernández

Coordinadora Delegacional de Enfermería de Prevención y Atención a la Salud, Estado de Guerrero.

Capítulo 4

Lic. Mario Romero Ojeda

Coordinador de Programas de Enfermería en Investigación en Salud.

Capítulos 1, 7

Lic. Guillermina Romero Quechol

Coordinadora de Programas de Enfermería en Investigación en Salud.

Capítulo 7

Mtro. Guillermo Sánchez Martínez

Subjefe de Enfermeras, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, IMSS.

Capítulo 5

Martha Eloísa Sánchez Vázquez

Capítulo 2

Mtra. Gloria Saucedo Isidoro

Coordinadora de Programas de Enfermería de la División Programas de Enfermería.

Capítulo 6

Lic. Irma Valencia Mendoza

Coordinadora de Programas de Enfermería, CAM.

Capítulo 1

Lic. Angélica Virgen Magaña

Coordinadora de Programas de Enfermería, Programas Integrados.

Capítulo 3

Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias

Jefe de Área, CAM.

Capítulos 2, 6

Contenido

Justificación	XVII
Introducción	XIX
<i>Mario Moreno Nava</i>	
1. Historia de la enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social	1
<i>Mario Moreno Nava, Mario Romero Ojeda, Irma Valencia Mendoza, José Javier Cuevas Cancino</i>	
2. El cuidado de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social	19
<i>Fabiana Maribel Zepeda Arias, Sandra Guadalupe Moya Sánchez, Martha Eloísa Sánchez Vázquez, Maura Lara Miguel, Blanca Patricia Ponce del Ángel, Elsa Morales Olarte, María del Rosario Monterrosas Regalado, Rosa Velia Rivera Sáez</i>	
3. Atención de enfermería en el primer nivel de atención	47
<i>Elsa Morales Olarte, Mayte de Guadalupe Cabáñez Rojas, Angélica Virgen Magaña, Patricia Padilla Zepeda, Luz María Ireneo García, Mireya Buendía Luna, Claudia Hernández Cruz, María Isabel López López</i>	

4. La calidad y la seguridad en los cuidados de enfermería . . .	65
<i>Gloria María Galván Flores, Alicia Hernández Reyes, Ana Luisa Cabrera Ramírez, Tania Reyes Hernández, Petra Rodríguez Hernández, María Guadalupe Estrada Pérez, Antonieta García Calzada, Albino Pérez Guerrero</i>	
5. Cuidado de enfermería en áreas críticas	91
<i>Adriana Galeana Gudiño, Guillermo Sánchez Martínez, Isabel Ramos Melgar, Olga Lozano Rangel</i>	
6. Evaluación del cuidado de enfermería	105
<i>Maura Lara Miguel, Rosalinda Ramos López, Gloria Saucedo Isidoro, Marina de Ita Márquez, Fabiana Maribel Zepeda Arias</i>	
7. La investigación en enfermería en el Instituto	125
<i>José Javier Cuevas Cancino, Guillermina Romero Quechol, Lilia Angélica Ibarra Chávez, Mario Romero Ojeda, Mario Moreno Nava</i>	
8. Logros y retos del cuidado de enfermería en el IMSS	141
<i>Julia Echeverría Martínez, María Magdalena Mata Cortés, Beatriz Adriana Cortés Rodríguez</i>	

Justificación

*Lic. Mario Moreno Nava
Jefe de Área de la División de Programas de Enfermería*

La enfermería es una profesión a la que no se le ha dado la importancia que le corresponde, pero que ha existido desde el inicio de las necesidades de cuidar a una persona enferma; sin embargo, no se sabe con exactitud cuál ha sido su evolución institucional.

La medicina azteca era enseñada del padre al hijo. Los médicos indígenas tenían ciertos conocimientos de anatomía por presenciar los sacrificios humanos. Usaban términos definidos para las partes del cuerpo, las funciones fisiológicas y las enfermedades, como tuberculosis, asma, tifoidea, padecimientos del corazón, reumatismo, locura agresiva y epilepsia, entre otras. Los cirujanos eran hábiles para tratar fracturas, realizar tracciones y entablar los miembros; manejaban hábilmente las navajas de obsidiana de extraordinario filo. Cortés fue atendido con éxito por un cirujano tlaxcalteca, que le suturó una herida en la cabeza, y fue cuidado por una enfermera tlaxcalteca.

Hernán Cortés fundó entre 1521 y 1524 el Hospital de la Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora, llamado por el pueblo Hospital del Marqués, y después se agregó el nombre de Jesús Nazareno por la veneración que se tenía a una imagen de Jesús donada a la capital en 1663.

Para hablar de la enfermería en el IMSS es importante conocer los inicios y conocimientos de la ciencia médica, que de forma directa o indirecta impulsaron su evolución, hasta llegar a colocarla en el plano profesional en que se encuentra en nuestros días; asimismo, es importante conocer los personajes que estuvieron involucrados en estos cambios trascendentales a través de los años.

En 1894 se le otorgó formalidad a la formación de enfermería, al fundar la primera escuela de enfermería con plan de estudios estructurado en el Hospital Militar de la ciudad de México, en la cual impartían clases gratuitas los principales médicos del hospital. Posteriormente se aprobó el establecimiento de la Escuela de Enfermería (1907) en el Hospital General de México; el año siguiente la Escuela pasó a la Secretaría de Educación y tres años después la Universidad de México aprobó su integración a la escuela de Medicina, constituyéndose la actual Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), que estableció una duración de dos años para la carrera de Enfermería y dos años para la carrera de Parto. Se logró la obtención de un título profesional y se reglamentó el uso del uniforme, con la finalidad de establecer niveles y definir las funciones.

No obstante, en el IMSS no se cuenta con una historia amplia de cómo ha ido evolucionando la enfermería y cuáles fueron las actividades iniciales y los personajes que participaron en su desarrollo.

Por tal motivo este trabajo trata de describir cómo fue cambiando el concepto que se tenía de la enfermera, pero sobre todo las modificaciones en relación con sus actividades y roles en la historia, con el propósito fundamental de brindar una mejor atención al derechohabiente y aumentar su calidad de vida, así como a todas las personas que estén en contacto con ella sin importar su sexo, educación, estado socioeconómico y cultural, etapas de su vida y estado salud, entre otros, tratando de enfocar su actividades en sus tres esferas: social, psicológica y biológica.

Para ello es necesario conocer cuáles han sido los roles que la enfermera ha tenido con el paso del tiempo, sus errores, con la finalidad de prevenirlos, y sus aciertos, para poder mejorarlos, lo cual nos permitirá tener una visión más amplia de la verdadera importancia de la enfermera, todo en función del beneficio de las personas sean sanas o enfermas con las que tiene contacto y brindar el cuidado holístico que todos merecen.

Sin embargo, en el IMSS no se cuenta con información amplia sobre este tema, particularmente sobre la historia de este gremio, que permita reforzar la identidad institucional y darles el merecido reconocimiento a las enfermeras que han consagrado su vida a generar un cambio en la percepción que se tenía de la enfermería y los éxitos que han logrado.

Esperamos que este libro permita dar una pequeña muestra de lo grande que es nuestro Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

*Lic. Mario Moreno Nava
Jefe de Área de la División de Programas de Enfermería*

Todos los que tenemos el honor de trabajar en el Instituto Mexicano del Seguro Social somos herederos y continuadores de una historia singular, escrita con el esfuerzo y la generosidad de todos aquellos que nos precedieron.

En la historia del Instituto abundan los capítulos que dan prestigio a sus actores.

Por eso, en la herencia y el encargo que hemos recibido todos los que hoy desempeñamos una función en este inmenso organismo se incluye, de forma insoslayable, la responsabilidad inherente al legado; nos corresponde ahora preservar e incrementar todos los logros, para ser mejores; nos toca corregir todas las deficiencias y desplegar la creatividad hasta encontrar respuestas adecuadas a las preguntas que antes no se plantearon.

Siempre hemos sostenido que la imagen del Instituto Mexicano del Seguro Social se construye, en una proporción considerable, con la imagen de las enfermeras y los enfermeros.

Para hablar de la enfermería en México se tiene que hacer una cronología desde la época prehispánica, la época de la colonia y la independencia de México hasta nuestros tiempos modernos.

De aquí en adelante se pretende hablar de la enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Por fortuna, el sujeto central de la seguridad social es el derechohabiente, quien que se traduce al cuidado en su Plan de Atención de Enfermería, se traduce en relevante humanismo al conceptuarse como un sistema en el que se vincula al hombre a su trabajo, su medio ambiente, sus capacidades y sus limitaciones. Ciertamente es que en la humanidad existe un progresivo aumento de

conciencia, escalonada sobre diversos niveles evolutivos. Del arcaico o primitivo, ínfimo, y del mágico ligado íntimamente a los acontecimientos naturales, pero sin captación de tiempo y espacio. Cuando el hombre se experimenta a sí mismo como persona se racionaliza en grado automático y alcanza el punto culminante en la creación de la perspectiva, que es también fundamento del desarrollo técnico. Y cuando posee o consigue la libertad de pensamiento y de acción, en su tendencia, se vuelca hacia la seguridad.

Agradecimiento

*Lic. Mario Moreno Nava
Jefe de Área de la División de Programas de Enfermería*

En la historia del Instituto Mexicano del Seguro Social han existido hechos relevantes que le imprimieron cambios profundos, situaciones que progresivamente construyeron la institución de seguridad social más sólida e insustituible de nuestro país.

Nadie puede desconocer la trascendencia de la participación del gremio de enfermería del IMSS, a partir de 1944, a la puesta en operación del primer hospital en un edificio adaptado en la colonia Condesa, donde iniciaron actividades.

A todas las enfermeras que con su granito de arena contribuyeron al avance de la disciplina, al arte del cuidado de enfermería; nuestro reconocimiento a sus aportaciones técnicas, científicas y sobre todo a su humanismo en el trato a los derechohabientes.

El momento histórico que se está viviendo dentro de nuestra gran institución tiene su origen en la administración pasada, ya que el Dr. Santiago Echevarría Zuno, Ex Director de Prestaciones Médicas, tuvo la visión en crear la División de Programas de Enfermería para el fortalecimiento de nuestra profesión, y en la actualidad seguimos contando con el apoyo incondicional del Director de Prestaciones Médicas, el Dr. Javier Dávila Torres, quien ha dado continuidad a la superación en todas las categorías de enfermería del Instituto y en las decisiones trascendentales de salud, sobre todo en cuanto a los cambios epidemiológicos de nuestra población, que es atendida en las unidades médicas de los tres niveles de atención.

Un agradecimiento especial al personal de Enfermería Normativa de las coordinaciones de Educación, de Investigación, de Políticas de Salud, de Programas

Integrados y de Atención Médica, a la Directora de Enfermería del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, y a la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas, porque gracias a su valioso apoyo y dedicación se realizó este compendio de capítulos para la realización de 70 años de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Historia de la enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

*Mario Moreno Nava, Mario Romero Ojeda, Irma Valencia Mendoza,
José Javier Cuevas Cancino*

INTRODUCCIÓN

La historia ha sido entendida como sinónimo de existencia social; nada puede existir si no tiene historia. La existencia de conciencia histórica se ha interpretado a menudo como la antesala del desarrollo social. En el caso de la enfermería, los grupos profesionales, el poder y la memoria colectiva dotan de identidad a este gremio de profesionales.

La situación de la enfermería en relación con su poder y su capacidad para proyectar sobre sí misma y sobre la sociedad su propia memoria colectiva se encuentra en un momento de crisis constructiva; por ello, el reto fundamental para dar paso libre al producto del actual proceso de construcción de la historia de la enfermería radica en unir esfuerzos de desconstrucción de las barreras que no permiten evidenciar el cambio que se ha presentado desde la enfermería desprovista de historia hasta un grupo profesional y disciplinado que, por fin, se ha aplicado a la creación y la gestión de su memoria histórica; esto es, se trata de facilitar la transición desde las coordenadas domésticas y de género propias del ámbito que enmarcan a la enfermería en los límites de la ciencia y la profesionalidad. Así, el compromiso que contrae un grupo de enfermeros al explorar la historia de esta profesión es el de asumir la tarea de crear y gestionar la memoria del grupo/comunidad objeto de estudio, desde las primeras civilizaciones de México hasta la enfermera institucional de la época actual. El objetivo de la compilación de los antecedentes históricos de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social



Figura 1-1. De izquierda a derecha: Francisco J. Macín, Dr. Alfonso Díaz Infante, Lic. Agustín García López, Lic. Vicente Santos Guajardo (primer director del IMSS), Reynaldo Cervantes Torres, Lic. Antonio Carrillo Flores, Emilio Azcárraga Milmo e Ing. Miguel Gracia Cruz.

(IMSS) es dar a conocer a las nuevas generaciones el desarrollo gremial en la Institución (figura 1-1).

23 de diciembre de 1942. Se formó el primer Consejo Técnico del IMSS.

19 de enero de 1943. El Presidente de la República, Manuel Ávila Camacho, decretó la creación del IMSS con una composición tripartita para su gobierno, integrado de manera igualitaria por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal.

En el edificio sede donde se instalaron las primeras oficinas del Seguro Social en 1943, en la Calle 16 de Septiembre No. 10, se pagaba una renta de 5 000 pesos y se iniciaron operaciones con un millón de pesos de presupuesto.

6 de abril de 1943. Se funda el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), que hoy en día constituye la organización sindical más grande del apartado A del Art. 123 Constitucional.

1944. Se inauguraron los servicios médicos del IMSS, cuyas oficinas estaban en la esquina de Ignacio Mariscal y Rosales, en la ciudad de México.

1944. Fue creado el primer logotipo del IMSS.

1944. La enfermera Julieta Rico Sierra recibió el cargo de jefe general de enfermeras del IMSS; sus funciones eran inspeccionar las unidades médicas, aplicar los programas de trabajo, supervisar y reglamentar el servicio, calcular el número de enfermeras calificadas, organizar turnos, horarios y lista de descanso



Figura 1–2. Julieta Rico Sierra (en un círculo) en la Escuela de Enfermería del Hospital General.

semanario, supervisar el número de camas y la comida para los pacientes. Durante el Congreso Internacional de Enfermería en Bellevue, EUA, al cual fue enviada por el IMSS (figura 1–2).

1944. Al incrementarse la demanda de servicios se inició la construcción del Sanatorio No. 1 en Av. México y Av. Michoacán.

1944. El IMSS creó en el Distrito Federal, a través de Prestaciones Médicas, un servicio cuya función era la ministración de medicamentos parenterales a pacientes ambulatorios; se le denominó “Central de Inyecciones” y estuvo ubicado al principio en la Clínica de Zona No. 4 del D. F. El personal de enfermería era el responsable del servicio, que posteriormente se extendió al servicio externo de clínicas, puestos médicos periféricos y puestos médicos de fábrica.

1944. Eran funciones de las “centrales de inyecciones”:

- a. Hacer fácil, cómoda y rápida para el paciente la aplicación de la inyección.
- b. Mantener un control eficiente sobre el cumplimiento a las órdenes del médico.
- c. Establecer relaciones técnicas entre las enfermeras que aplicaban el tratamiento y los profesionales que los indican.
- d. Prever la coordinación y la vigilancia que ejercía el servicio encargado de la aplicación de inyecciones, así como de aquellas actividades similares que se efectuaban en el interior de la zona de influencia de una clínica.

6 de enero de 1945. Se rinde homenaje al personal de enfermería. En la mesa de honor estuvieron presentes Reynaldo Cervantes Torres, la jefe de enfermeras, Ju-



Figura 1-3. Fachada del antiguo Sanatorio No. 4 de Traumatología.

lieta Rico; el Lic. Ignacio García Téllez, director general del IMSS; el Dr. Guillermo Dávila, y el Dr. Miguel Troncoso, secretario general del Sindicato.

17 de enero de 1946. El IMSS lanza una convocatoria por medio de los periódicos *El Universal*, *El Nacional*, *Novedades* y *El Popular* para las inscripciones para la Escuela de Enfermería y Obstetricia del IMSS.

1946. El personal de enfermería tuvo una amplia participación en la atención de pacientes en el Departamento de Enyesados y Reducción de Fracturas y Quirófano del Sanatorio No. 4 de Traumatología, del IMSS, en el Distrito Federal (figura 1-3).

1947. Se funda la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social en marzo de 1947; se inaugura el 7 de mayo del mismo año en el Sanatorio No. 1. La Escuela abre sus puertas el 13 de mayo de 1947, iniciando sus actividades con 22 alumnas trabajadoras del Instituto que tenían la categoría de auxiliar de enfermería, con nivel de estudios de secundaria, quienes firmaron un contrato-compromiso para prestar sus servicios como enfermeras en el IMSS durante cinco años como mínimo al concluir la carrera.

17 de enero de 1948. La revista *Mañana* reseña: “Un simpático grupo de alumnas de la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social, fotografiadas en el día en que terminaron su Primer Curso, en la maternidad No. 1 de esa institución. El esfuerzo de alumnas y de la institución beneficia mucho a las aseguradas.”

1949. Se inauguraron en el D. F. cuatro clínicas de zona, contándose entre ellas la Clínica No. 1, ubicada en la calle Orizaba No. 14.



Figura 1-4. Escuela de Enfermería de Monterrey, Nuevo León.

1951. El IMSS extiende los primeros nombramientos de parteras a las enfermeras más antiguas dedicadas a esta actividad.

Febrero de 1954. Se inauguró el primer Hospital de Zona “La Raza”.

1951. La Escuela de Enfermería de Monterrey, Nuevo León, inició sus actividades con un grupo de auxiliares de enfermería y otro de enfermería de nivel técnico (figura 1-4).

16 de mayo de 1953. La Escuela de Enfermería del IMSS se traslada al Hospital “La Raza”, con domicilio en Av. Vallejo y Jacaranda, en el cual permaneció hasta mediados de 1961.

1955. Se designó a la enfermera Elena Rueda Quijano como la primera jefa de enfermeras del Hospital de Zona No. 1 del IMSS.

1 de febrero de 1956. El Lic. Antonio Ortiz Mena, director del Seguro Social, hizo ante una numerosa concurrencia la declaratoria de 1º de febrero de 1956: inauguración de la primera Casa para Aseguradas en Tlalnepantla. En el acto estuvieron presentes el gobernador del Estado de México, Ing. Salvador Sánchez Colín, y un grupo de enfermeras.

17 de abril de 1958. Participación del personal de enfermería del Hospital General No. 1 en el emotivo acto de abanderamiento del Hospital “La Raza”.

1958. De 1958 a 1961 la Escuela de Enfermería estuvo ubicada en el Hospital General No. 1. Imágenes de alumnas de la Escuela de Enfermería del IMSS.

11 de mayo de 1961. Se inauguró la Escuela de Enfermería del CMN, ubicada en los pisos 1 y 2.

1961. Dr. Alfredo López de Nava, director de la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Centro Médico Nacional IMSS. También fue director de la ENEO de 1957 a 1961 (figura 1-5).



Figura 1-5. Dr. Alfredo López de Nava, director de la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Centro Médico Nacional IMSS.

1963. La Escuela de Enfermería del IMSS contaba con siete aulas, en las que había laboratorios de microbiología, parasitología, fisiología, bioquímica y dietética. Existían secciones “clínicas” para la enseñanza de la enfermería hospitalaria y había un área de autoclaves y esterilización para la enseñanza de la CEYE (figura 1-6). Se contaba con una unidad pediátrica, con camas pediátricas e incubadoras.

1963. La Escuela de Enfermería, del CMN, tenía 550 alumnas de la carrera de enfermería a nivel técnico y 150 para la de auxiliares de enfermería. Para ingresar a la carrera de enfermería a nivel técnico se requería certificado de Secundaria; para auxiliares de enfermería, certificado de Primaria.

15 de marzo de 1963. Adolfo López Mateos, Presidente de la República, y Benito Coquet, director del IMSS, inauguran el CMN (figura 1-7).

15 de marzo de 1963. Se inaugura el Centro Médico Nacional, que tuvo un costo de 602 millones de pesos (figuras 1-8 y 1-9).

15 de marzo de 1963. Se inauguró el Hospital General del CMN, que inicio sus labores el 11 de abril de ese mismo año. El “Servicio de Enfermería estaba visualizado y conceptualizado como el mejor servicio del mejor Hospital General del país”.

1963. La Jefatura de Enfermería del Hospital General CMN estaba integrada al principio por enfermeras procedentes del Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital General de la SSA, el Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición, el Hospital General “La Raza” y la Escuela de Enfermería del IMSS. El hospital contaba con 391 camas, el departamento de enfermería estaba integrado por



Figura 1-6. Área de esterilización.

600 enfermeras, de ellas 14 subjefes de enfermería, 31 enfermeras jefes de piso y 16 enfermeras especializadas quirúrgicas.

1963. El primer servicio de enfermería de México que contó desde un principio con una enfermera coordinadora de enseñanza fue el del Hospital General,



Figura 1-7. Presidente Adolfo López Mateos en la inauguración del Centro Médico Nacional.



Figura 1-8. Centro Médico Nacional.

del CMN; la enfermera que ocupó dicho cargo era Crescencia Cárdenas Morales (figura 1-10).

1968. Se inauguró la Escuela de Enfermería de Tijuana, Baja California (figura 1-11).



Figura 1-9. Estudiantes de enfermería en la inauguración del Centro Médico Nacional.



Figura 1–10. Enfermeras del Hospital de Neumología y Cirugía de Tórax del Centro Médico Nacional.

Diciembre de 1968. En la sala de juntas del sexto piso del Hospital General del CMN, el Dr. Rafael Álvarez creó con dos camas la unidad de cuidados intensivos (UCI). La jefatura de enfermería asignó enfermeras para que trabajaran únicamente en la Unidad. Éste fue uno de los pasos decisivos para consolidar la UCI, porque el apoyo de enfermería en el manejo del enfermo en estado grave es y será



© Editorial Atili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 1–11. Escuela de Enfermería en Tijuana Baja California.



Figura 1–12. Escuela de Enfermería en Guadalajara, Jalisco.

siempre fundamental. Las enfermeras de este grupo lograron resultados sorprendentes en la atención de los pacientes graves, fueron pioneras en el curso básico de cuidados intensivos y las primeras que pudieron obtener la categoría contractual de enfermeras intensivistas.

1971. Se inauguraron las Escuelas de Enfermería de Guadalajara, Jalisco (figura 1–12).

1971. En el IMSS se inició la formación de enfermeras en cursos posttécnicos, con incorporación de estudios a la UNAM, teniendo como sede la Escuela de Enfermería del Centro Médico Nacional. Se impartieron por primera vez los cursos posttécnicos en enfermería quirúrgica y enfermería pediátrica (figura 1–13).

14 de julio de 1972. La dirección de la Escuela de Enfermería del IMSS es ocupada por la enfermera María Teresa Loyo Roque, primera enfermera en ocupar este puesto de forma definitiva.

1971. Se inauguraron las escuelas de enfermería de Hermosillo, Sonora (figura 1–14).

Septiembre de 1972. Se iniciaron las actividades en la Escuela de Enfermería de Mérida, Yucatán (figura 1–15).

1972. Se crearon los cursos posttécnicos de Educación para Profesoras en Enfermería y Administración de los Servicios de Enfermería (figura 1–16).

1973. Surgieron las guarderías del IMSS. Julieta Rico participó en la creación de la primera guardería para hijos de empleadas del IMSS, la cual estaba ubicada en la calle de Colón.

1973. Se inicia el curso posttécnico en Salud Pública.



Figura 1–13. Enfermería quirúrgica.

1975. Se inicia el curso postécnico de Cuidados Intensivos.

Enero de 1979. Las compañeras enfermeras de la Delegación Foránea No. 18 fueron homenajeadas con motivo del Día de la Enfermera.

Junio de 1982. Mediante el acuerdo 989/82, el H. Consejo Técnico creó, en la entonces Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación, el Departamento de Estudios para Personal Técnico, dependiente de la Subjefatura de los Servicios de Enseñanza; sus funciones principales eran normar, supervisar y evaluar los cursos de formación de personal técnico del área de la salud.

© Editorial AIII. Fotocopiar sin autorización es un delito.



Figura 1–14. Escuela de Enfermería en Hermosillo, Sonora.



Figura 1–15. Escuela de Enfermería en Mérida, Yucatán.

1983. Se creó la categoría de enfermera materno–infantil con el objetivo de mejorar la atención del binomio madre–hijo, por considerarse que gran parte de las complicaciones materno–fetales son controlables.

14 agosto de 1987. Se firma el acuerdo entre el IMSS (representado por su director general, el Lic. Ricardo García Sáinz) y el SNTSS (representado por el secretario general del Comité Ejecutivo Nacional, Dr. Antonio Punzo Gaona). Las partes llegaron a acuerdos del pliego petitorio, entre ellos que todas las categorías



Figura 1–16. Educación para Profesoras en Enfermería y Administración de los Servicios de Enfermería.



Figura 1–17. Personal de Enfermería en el primer trasplante de corazón en México.

de enfermería con horarios de 6.5 h (turno vespertino) y 7.2 h (turno nocturno) ampliarán su jornada a 8.0 h. Se otorga 20% de sobresueldo por concepto de infectocontagiosidad a las enfermeras adscritas a los servicios de cuidados intensivos y se editará la revista de enfermería del IMSS. Las auxiliares de enfermería en salud pública y de enfermería general disfrutarán del beneficio del Art. 22 del régimen de jubilaciones y pensiones, y podrán jubilarse con sueldo y prestaciones de enfermera general.

21 de julio de 1988. El personal de enfermería participa en el primer trasplante de corazón en México, realizado en el Hospital de Especialidades del CMN “La Raza” por el Dr. Rubén Argüero Sánchez (figura 1–17).

1988. Aparece la *Revista de Enfermería* del IMSS. En su editorial el Dr. MacGregor expresa que esto representa sin duda una contribución en la marcha de la Seguridad Social. Su aparición no es meramente coyuntural, sino la consecuencia de la necesidad sentida por más de 56 000 enfermeras que prestan sus servicios en diferentes áreas y con grados de responsabilidad diversos en el IMSS.

1988. Se inicia el curso postécnico de Salud Mental.

1990. Se inauguran las escuelas de enfermería de ciudad Obregón, Sonora.

1990: Comienza el curso postécnico en Administración y Docencia.

1994. Se inicia la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la modalidad de Escolarizada en la Escuela de Enfermería del “Siglo XXI”, con incorporación a la UNAM (figura 1–18).

1995. La Escuela de Enfermería del IMSS de Monterrey, Nuevo León, inicia la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la modalidad de Sistema de Universidad Abierta (figura 1–19).



Figura 1–18. Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

1997. El Lic. Genaro Borrego Estrada, director general del IMSS, realiza una visita a la Escuela de Enfermería “Siglo XXI” (figura 1–20).

6 de enero de 1999. En la ceremonia institucional del Día de la Enfermera en el CMN “Siglo XXI”, el director general del IMSS, Lic. Genaro Borrego Estrada, reiteró el apoyo al gremio de enfermería y manifestó la necesidad de contar con



Figura 1–19. Escuela de Enfermería del IMSS en Monterrey, Nuevo León.



Figura 1–20. Lic. Genaro Borrego Estrada, director general del IMSS.

personal directivo de enfermería en la Dirección General, para que participara en la toma de decisiones inherentes a esta área.

31 de marzo de 1999. Por indicaciones del director general del IMSS, Lic. Genaro Borrego Estrada, el Dr. Mario Madrazo Navarro (en ese tiempo director de Prestaciones Médicas) gestiona la integración del Comité de Enfermería, que sería el órgano máximo representativo del grupo de enfermería.

2000. El Comité de Enfermería estaría formado por enfermeras coordinadoras de programas de la dirección de prestaciones médicas, o del programa IMSS–Solidaridad, para ocupar los cargos de presidente, secretario ejecutivo, secretario técnico y vocales.

21 de agosto de 2001. El Honorable Consejo Técnico autorizó la creación del Comité de Enfermería, cuya función sería apoyar y asesorar a la Dirección General del IMSS, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, en la toma de decisiones en el ámbito de la enfermería, a fin de contribuir a elevar la calidad de la atención que se otorga a la población derechohabiente, así como al fortalecimiento institucional.

2002. Surgieron los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS.

11 de octubre de 2001. La *Gaceta de la UNAM* publica que el rector de la UNAM, Juan Ramón de la Fuente, y Santiago Levy, director general del IMSS, firmaron un convenio general de colaboración y apoyo académico administrativo por el cual 23 000 enfermeras tendrán la posibilidad de obtener la licenciatura por medio del Sistema de Universidad Abierta de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). En el convenio se establece que las Escuelas de Enferme-



Figura 1–21. Rector Juan Ramón de la Fuente y Santiago Levy, director general del Seguro Social.

ría del IMSS serán asesoradas por la ENEO en la operación del Sistema de Universidad Abierta (figura 1–21).

2006. Se inicia el curso postécnico de Gestión y Educación.

6 de enero de 2007. En la ceremonia del Día de la Enfermera, Felipe Calderón Hinojosa, Presidente de la República, entrega por primera vez el reconocimiento al mérito de enfermería “Mtra. Graciela Arroyo de Cordero” a la maestra Marina Bello Pérez, coordinadora y profesora de la Escuela de Enfermería del IMSS (figura 1–22).

2007. La Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social por medio de su titular el Dr. Santiago Echevarría Zuno, la Fundación IMSS con el Dr. Jesús Kumate Rodríguez y la Afore XXI con el Lic. Tonatiuh Rodríguez Gómez reconocen la trascendencia de la labor del personal dedicado a la salud del derechohabiente, que dedica su vida al cuidado de su semejante. Ello se materializa con el otorgamiento del Premio al Mérito de Enfermería a partir del año 2007. Este momento es concebido como histórico para la Enfermería del IMSS. Primero, porque a partir de ese año se rinde homenaje a los enfermeros (tanto hombres como mujeres) con una destacada trayectoria profesional y humana, que se hace acreedora a este estímulo. Segundo, porque mediante esta reseña histórica de la enfermería en el IMSS se expresa el reconocimiento social a la profesión de la enfermería.

2009. Se inicia el Postécnico de Enfermería en Medicina de Familia y de Gestión y Educación en Medicina de Familia.

2010–2011. Se inicia el Postécnico de Enfermería en Nefrología y Oncología.



Figura 1–22. El presidente Lic. Felipe Calderón Hinojosa haciendo entrega por primera vez del reconocimiento al mérito de enfermería.

Octubre de 2011. La *Revista de Enfermería* del IMSS inicia su versión electrónica.

2011. Da comienzo el Postécnico de Enfermería Geriátrica.

2011. La Dirección de Prestaciones Médicas crea la División de Programas de Enfermería dependiente de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud; su titular es la enfermera Julia Echeverría Martínez (figuras 1–23 y 1–24).

10 de enero de 2012. El director general, Daniel Karam Toumeh, acudió a la Ceremonia Institucional del Día de la Enfermera en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

En la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, Afore, a la ceremonia institucional también asistieron el director general de Afore XXI–Banorte, Francisco Tonatiuh Rodríguez Gómez, y el Presidente Ejecutivo de la Fundación IMSS, Jesús Kumate Rodríguez, así como el director general, Daniel Karam Toumeh. Los premios al Mérito de Enfermería Afore XXI–Banorte/Fundación IMSS consisten en diploma, medalla conmemorativa y un estímulo para siete enfermeras del régimen ordinario y del Programa IMSS–Oportunidades.

7 de enero de 2013. En la Ceremonia Institucional en el Teatro “Juan Moisés Calleja García”, el director general, José Antonio González Anaya, y el secretario general del Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social, Manuel Vallejo Barragán. Como invitada especial estuvo en este evento la Secretaria de Salud, Mercedes Juan López. Entregaron los Premios al Mérito de Enfermería Afore XXI–Banorte/Fundación IMSS, que consisten en diploma, medalla con-



Figura 1–23. Enfermera Julia Echeverría Martínez.

memorativa y un estímulo económico, a fin de reconocer el desempeño de la labor y la trayectoria institucional. También Jesús Kumate Rodríguez hizo entrega del Premio y del Reconocimiento a la Atención de Calidad del Personal de Enfermería con mayor calificación académica de cada Delegación del Instituto en el país.



Figura 1–24. Lic. Enrique Peña Nieto.

El cuidado de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Fabiana Maribel Zepeda Arias, Sandra Guadalupe Moya Sánchez, Martha Eloísa Sánchez Vázquez, Maura Lara Miguel, Blanca Patricia Ponce del Ángel, Elsa Morales Olarte, María del Rosario Monterrosas Regalado, Rosa Velia Rivera Sáez

INTRODUCCIÓN

Desde su fundación, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sin duda alguna, ha respondido a las exigencias del cambio demográfico y epidemiológico, así como a las iniciativas de organizaciones internacionales y nacionales, a través de la observancia de las políticas públicas en materia de salud. Para ello ha debido desarrollar diversos modelos administrativo–organizacionales de entre los cuales predominó hasta hace algunos años el modelo burocrático de administración general; éste ha perdido credibilidad en los servicios de salud por la rigidez de sus instrumentos, que dificultan reconocer de manera eficiente los nuevos imperativos que exige la sociedad moderna.¹

Es así que el IMSS, en aras de dar respuesta a la complejidad y los dilemas organizativos, aunque sin adelgazar en el proceso de transición las propias competencias esenciales de la atención a la salud, ha implementado iniciativas de cambio orientadas a modelos de gestión que permitan la convergencia entre las corrientes vanguardistas de la administración pública, los valores de la dirección institucional, el desarrollo de los principios socialmente integradores y la gestión basada en la evidencia, así como en el desarrollo del profesionalismo humanista renovado que permita la modernización en el contexto de la atención a la salud segura, eficiente, de calidad y libre de riesgos para la población.

En este sentido, como parte del sistema institucional, el gremio de enfermería se ha constituido en una pieza fundamental para la transición organizacional, por lo que hoy plantea un modelo propio de gestión basado en procesos sustantivos

de enfermería que en un contexto general aportan elementos clave que dan certidumbre y dirección para el ejercicio de la enfermería, la toma de decisiones en diferentes niveles de gestión, así como la puesta en práctica de mecanismos y redes de cohesión, liderazgo e interacción organizacional.

El presente capítulo plantea la manera en la cual la gestión directiva, la gestión del talento humano, la gestión de recursos materiales y la gestión del cuidado son procesos sustantivos desarrollados a la medida de las pretensiones del IMSS, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad y la seguridad del cuidado de enfermería, la satisfacción del paciente y su familia, así como el fortalecimiento de un gremio que se ha pronunciado en favor del desarrollo profesional, la equidad y el trabajo multidisciplinario.

PROCESOS SUSTANTIVOS PARA EL CUIDADO ENFERMERO

El trabajo de enfermería se centra en el cuidado, en las dimensiones de cuidar, gestionar, educar e investigar, sustentado por los diversos patrones de conocimientos, competencias y habilidades específicas,² por lo que al hablar del cuidado es imprescindible considerar que las actividades y los recursos se planifiquen, se organicen, se dirijan y se controlen de tal manera que propicien la toma de decisiones e influyan de manera contundente en la calidad de los cuidados de enfermería.

Desde esta perspectiva, la gestión de los servicios de enfermería enfocados en el cuidado representa la piedra angular para el logro exitoso de la misión de enfermería en el sistema de cuidados en las instituciones de salud. Para ello un elemento fundamental es el desarrollo de las capacidades del gestor de enfermería para identificar sus procesos sustantivos y, con base en ellos, ordenar su gestión.

En el IMSS, en la década de 1990 ya se vislumbraba una propuesta de procesos sustantivos de enfermería, generada por las enfermeras Magdalena Olmos Abad y Sofía Mercedes Flores Zaragoza, quienes plantearon la organización de los servicios de enfermería a través de los siguientes módulos o procesos:³

- I.** Organización general.
- II.** Dirección de recursos humanos.
- III.** Enseñanza e investigación.
- IV.** Optimización y control de recursos físicos y materiales.
- V.** Proceso de la atención, supervisión y evaluación de enfermería.
- VI.** Coordinación de enfermería.

En los años 2003 y 2004, con las reformas estructurales del IMSS, los hospitales de tercer nivel de atención se convierten en Unidades Médicas de Alta Especiali-

dad (UMAE) en las que impera un enfoque de gestión de calidad. Las recién nombradas directoras de Enfermería se distinguieron en aquel entonces como gestoras y elementos sustanciales para el desarrollo de las estrategias institucionales de calidad total.

No había antecedentes en México respecto a modelos de gestión de calidad en enfermería, pero sí una experiencia previa de gestión con enfoque hacia la calidad y ordenada por procesos sustantivos. Es ejemplo de ello que en el Hospital de Especialidades del Centro Médico “Siglo XXI” se llevó a cabo en 2004 un curso de Alta Dirección para Enfermeras, que surgió por iniciativa y liderazgo de la Mtra. Lourdes Meléndez S., en ese tiempo Jefe de área de Regulación y Desarrollo Gerencial de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE), en colaboración con la Mtra. Concepción Hernández Sánchez, Directora de Enfermería del Hospital de Especialidades del Centro Médico “La Raza”.

El enfoque del curso fue dirigido hacia la gestión directiva de enfermería por procesos sustantivos clave, cuyos objetivos fueron mejorar la calidad de la atención de enfermería y hacer más eficiente y efectiva la gestión de las directoras de enfermería.

En ese entonces los cuatro procesos sustantivos clave identificados y establecidos eran:

1. Gerencia.
2. Cuidado enfermero.
3. Gestión y desarrollo del talento humano.
4. Gestión de los recursos materiales, además de un subproceso de CEyE, los cuales fueron la premisa en el año 2005 para unificar la planeación estratégica de las directoras de enfermería en las UMAE.

Los procesos señalados fueron el resultado de reuniones de trabajo y talleres para asegurar la consistencia de cada proceso y la metodología para la implementación en el sistema de trabajo directivo a través de la asignación a subchefes de enfermeras responsables de cada proceso en cada turno, mismas que debían estar íntimamente coordinadas, ya que los objetivos eran comunes para los cuatro turnos.

En la experiencia narrada por la Mtra. Meléndez, identifica impactos favorables en la gestión directiva de enfermería derivados de la unificación y el ordenamiento de la planeación por procesos sustantivos como: estandarización de procesos, mejoramiento de la organización en los mandos medios y superiores de enfermería, en la identificación de necesidades de capacitación continua, en la participación de enfermería en la toma de decisiones, eficiencia y efectividad en la solución de problemas que eran competencia de la dirección de enfermería, mejoras en la gestión para el abasto oportuno y de buena calidad de insumos para la atención de los pacientes, mejoras en la calidad de la atención e impulso a la producción científica con la edición de dos libros de Enfermería.⁴

En 2006 se publicó el *Manual de la Calidad para las Unidades Médicas de Alta Especialidad*, clave: 2000-004-001, el cual busca contribuir de manera eficaz al cumplimiento de los objetivos, estrategias y misión del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Dirección de Prestaciones Médicas, a través de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, ha definido la implantación de los sistemas de gestión de calidad como una herramienta fundamental para el mejoramiento de la calidad, la eficiencia y la eficacia en procesos que redunden en mayor satisfacción de los usuarios. Para ello se toma como ejemplo específico la agrupación que el área de enfermería realiza para los procesos sustantivos: áreas, servicios y procesos incluidos en el alcance del sistema de gestión de la calidad.⁵ Por ejemplo:

Dirección de Enfermería:

- Gerencia.
- Proceso de cuidado enfermero.
- Proceso de gestión de recursos materiales.
- Proceso de gestión y desarrollo del talento humano.
- Central de equipos y esterilización

Esto permitió avances en la organización de los procesos específicos de enfermería.

Para continuar con los esfuerzos en este sentido, la Dirección de Prestaciones Médicas integra en 2010 una nueva división conformada por un equipo multidisciplinario dependiente de la Coordinación en Políticas de Salud, con funciones de supervisión, asesoría, control y mejora de las estrategias a nivel directivo en las Delegaciones, que también complementará las actividades de supervisión operativa del personal incluido en la reestructura de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas. Dicha división fue nombrada “División de Supervisión y Mejora de Estrategias”.

Esa división, a través de su área de enfermería, se encargó entonces de supervisar y analizar las dimensiones del cuidado desde un enfoque social y de desarrollo humano, y emitió conclusiones con relación a las acciones del gestor de enfermería en el nivel delegacional para la organización de los servicios de enfermería desde la perspectiva del cuidado.

En ese entonces se identificaron debilidades directivas en los gestores de cuidado y falta de estandarización de un modelo de gestión para dar respuesta a los retos de la Institución en el cual se privilegiara la seguridad en la atención del paciente y se mejorara la eficiencia de la capacidad instalada.

Otro aspecto relevante fue la carencia de herramientas de gestión homogéneas que facilitaran la organización y la sistematización de los procesos, así como el orden y el control del trabajo desarrollado por las Coordinadoras delegacionales de enfermería y las enfermeras supervisoras adscritas a cada una de las 35 delega-

ciones que componen al IMSS, quienes están facultadas para planear, organizar, dirigir y controlar los procesos de enfermería de la delegación a su cargo.

Ante este panorama y con fundamento en la experiencia de gestión directiva por procesos, en la revisión de la literatura y aplicando las funciones de asesoría para la mejora de la gestión, se desarrolló un esquema que favoreciera el trabajo directivo delegacional de enfermería basado en cuatro procesos sustantivos:

1. Gerencia (gestión directiva).
2. Gestión y desarrollo del talento humano.
3. Gestión de los recursos materiales (medicamentos e insumos terapéuticos).
4. Cuidado enfermero (gestión del cuidado).

Este esquema, basado en el proceso administrativo, fue reforzado en el apartado de planeación definiéndose la estructura de la carpeta gerencial en una reunión de trabajo en la que participaron coordinadoras de programas de enfermería de las coordinaciones de programas integrados de salud, áreas médicas, división de programas de enfermería y de la división de innovación en servicios de salud.³

El trabajo vinculado sostuvo la transición de ese esquema para el trabajo directivo en una propuesta de Modelo de Gestión para Directivas de Enfermería que, bajo el liderazgo de la División de Programas de Enfermería, quedó oficialmente difundido en la X Reunión Nacional de Directivas de Enfermería, celebrada en Metepec, Puebla, en octubre de 2011.

El modelo de gestión propone y favorece el trabajo conjunto entre las coordinadoras delegacionales de enfermería y las enfermeras supervisoras, ya que busca estandarizar el método de trabajo de forma integral en las diversas áreas en las que se encuentra el personal de enfermería, tales como: hospitalización, urgencias, cirugía, consulta externa, programas especiales (PREVENIMSS, GERIATRIMSS y Vigilancia Epidemiológica); es decir, los procesos sustantivos de atención médica son el marco en el que se desarrolla la gestión de los procesos sustantivos de enfermería.

El modelo de gestión directiva fue desarrollado a partir de un marco teórico que se desarrollará *grosso modo* en cada uno de los procesos sustantivos de enfermería, que aquí se exponen con adaptaciones acordes a los retos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GESTIÓN DIRECTIVA

La gestión directiva implica el proceso de planear, dirigir, organizar y controlar la estructura, los procesos y los resultados de una institución prestadora de servi-

cios de salud, con la finalidad de lograr efectividad y eficiencia en el logro de objetivos sanitarios y la aplicación de procesos clínicos, para satisfacer las necesidades y LAS demandas de la población usuaria de los servicios de la institución y de los prestadores del servicio.

Es necesario tomar en cuenta que para el logro de la gestión directiva de enfermería es preciso coadyuvar en las acciones de la gestión de calidad y la calidad asistencial que determinan las siguientes cualidades de la atención sanitaria: humanizada, integral, libre de riesgo, adecuada a la demanda de la población y continua.⁶

Cabe mencionar que los modelos o normas de referencia para la gestión de la calidad (como la familia ISO 9000, el Modelo Europeo para la Excelencia EFQM, la *Joint Commission* e incluso el Modelo para la competitividad, eficiencia y resultados institucionales, MOCERI) promueven la adopción de un enfoque basado en procesos en el sistema de gestión como principio básico para la obtención eficiente de resultados dirigidos a la satisfacción del cliente y a los demás componentes de la calidad.

En este sentido, las organizaciones que deseen implantar un sistema de gestión de la calidad (SGC) basado en cualquiera de estos modelos deben reflexionar en este enfoque y trasladarlo de manera efectiva a su documentación, sus metodologías y al control de sus actividades y recursos, sin perder la idea de que todo ello debe servir para alcanzar los “resultados deseados”.

Específicamente, la gestión en enfermería es una función directiva de los miembros del *staff* de enfermería para garantizar la calidad de los cuidados y la atención oportuna de los pacientes. En sí, la responsabilidad principal de la enfermera es gestionar los diferentes recursos a su alcance, ya sea humanos, económicos o materiales, para el logro de los objetivos de la Institución relacionados con la calidad de la atención a pacientes y sus familiares.

El proceso de gestión de enfermería puede ser comprendido a través de la utilización de una visión de conjunto (es decir, de un enfoque sistémico o de sistemas); esto es, como una serie de acontecimientos interdependientes que actúan entre sí y que son influidos por el entorno. Todo sistema incluye elementos como:

- *Input* (entradas): información, personal, equipo y material.
- *Throughput*: grupo directivo que detenta la autoridad para planificar, dirigir y controlar las actuaciones de enfermería.
- Mecanismos de *feedback*: informes financieros, evaluación de los cuidados de enfermería, encuestas de garantía de calidad y revisión en equipo de las actuaciones del personal.

Las enfermeras del IMSS a través de los tiempos han basado su desempeño como directivas mediante la implementación del proceso administrativo como una herramienta fundamental que permite propiciar en las unidades médicas los siste-

mas de trabajo de enfermería con base en el diagnóstico situacional y las expectativas de la población.⁷

Con la implementación del modelo de gestión, específicamente con la gestión directiva, se buscó sistematizar las actividades de los procesos sustantivos de enfermería y con ello impactar en el incremento en la calidad y la seguridad del cuidado de enfermería al paciente.

Los resultados fueron favorables en el ordenamiento del trabajo directivo y el mejoramiento de la gestión, lo cual dio pie para que en 2012, con la finalidad de fortalecer al gerente de enfermería, en la XI Reunión Nacional de Directivas de Enfermería celebrada en Oaxtepec, Morelos, se desarrollara un taller en el que se expuso la experiencia de una delegación respecto a la implementación del modelo de gestión ya unificado en todo el país, y a través del desarrollo del taller para la actualización de la planeación táctica se dieran a conocer tres nuevos instrumentos para la mejora de la gestión directiva:

1. El cuadro de priorización para el diagnóstico situacional.
2. Un formato unificado de planeación táctica.
3. Los tableros de control de procesos de enfermería ordenados en los cuatro procesos sustantivos mencionados anteriormente.

El modelo de gestión para directivas de enfermería estableció criterios de estructura para guiar su implementación en las coordinaciones delegacionales de enfermería.

Planeación

En esta etapa se desarrolla el diagnóstico situacional, donde se analiza la estructura poblacional, los recursos disponibles y la estructura organizativa. Para la elaboración del análisis estratégico basado en la priorización de la problemática observada se desarrolló un programa de trabajo que incluye los componentes de la planeación estratégica: misión, visión, valores, líneas de acción (objetivo táctico, metas, indicadores, acciones tácticas, análisis de cumplimiento). De manera paralela es importante la elaboración de un programa de supervisión que permita evaluar el cumplimiento de las líneas de acción, el logro de las metas e indicadores y el análisis del cumplimiento de los compromisos, para la toma de decisiones que permitan el logro de la misión y los objetivos del departamento de enfermería.

También se elabora, con base en las necesidades de capacitación detectadas en el proceso de supervisión, un programa de capacitación que permita mejorar el desempeño profesional de las enfermeras; el programa debe tener los siguientes elementos: objetivos, metodología y cartas descriptivas.

En esta etapa se debe tener un Sistema de Evaluación de Indicadores de calidad y Seguridad que permita evaluar la calidad de la atención de enfermería y la seguridad de la misma para la implementación de acciones correctivas y mejora de los procesos.

Organización

En esta fase se integra toda la información histórica y actualizada del comportamiento de los recursos:

1. Humanos, como plantilla nominal y plantilla teórica, así como las funciones de cada nivel jerárquico.
2. Materiales, como el programa de abasto, metas anualizadas, procedimientos para la verificación de la calidad.
3. Físicos, como el número de unidades de atención médica y la capacidad instalada. Para el análisis de los recursos y para la toma de decisiones se consideran también las coberturas de personal, el abasto de insumos terapéuticos y la coordinación de los recursos para el logro de los objetivos de la misión.

Dirección

En esta etapa el objetivo principal de la dirección es garantizar que todo lo planeado se lleve a cabo y esté encaminado al logro de los objetivos y, por supuesto, que se alimente de evidencias documentales sobre las gestiones realizadas, así como de los resultados. Es importante también documentar la evidencia generada de las reuniones directivas, los acuerdos y compromisos adquiridos, las gestiones directivas administrativas con otras áreas, la evidencia de enlaces en el programa de certificación de hospitales, así como el reconocimiento al desempeño del personal y las unidades para el desarrollo de experiencias con éxito.

Es función del líder en enfermería la resolución del problema o del conflicto a través del análisis del problema, para encontrar y ubicar todas las alternativas de acción con el deseo de mejorar las cosas y hacer el ejercicio de la toma de decisiones, según lo define Idalberto Chiavenato, “como el proceso de análisis y elección entre las alternativas disponibles de cursos de acción que la persona deberá elegir” para el logro de los objetivos. Además, se debe tener conciencia de que estos procesos de decisión están en continuo cambio; es decir, las decisiones que se tomen van a tener que ser modificadas continuamente por la evolución que tenga el sistema o por la aparición de nuevas variables que lo afecten, y hacer un ejercicio de la comunicación asertiva o eficaz considerada como una herramienta de

trabajo que permite el movimiento de la comunicación (ya sea horizontal o vertical), y considerada como un medio para la vinculación con otras áreas de la organización. Definiendo como organización al Instituto Mexicano del Seguro Social, dicha comunicación entre los gerentes de enfermería permite tener la oportunidad de escuchar, aprender en grupo y evaluar los problemas de comunicación entre los miembros de la organización, ya que la comunicación administrativa tiene dos propósitos fundamentales:

- Proporcionar información y las explicaciones necesarias para que las personas puedan desempeñar sus tareas.
- Adoptar las actitudes necesarias que promuevan la motivación, la cooperación y la satisfacción en los cargos.⁸

Control

Es importante mencionar que en cada etapa del proceso administrativo se lleva a cabo control, que permite la medición de los resultados con base en lo planeado y con la implementación de herramientas para la evaluación y la supervisión de los cuatro procesos sustantivos mediante cédulas de supervisión y tableros de control (basados en los cuatro procesos sustantivos de enfermería), que permiten llevar a cabo el análisis de la información, el seguimiento de los procesos y la supervisión de las acciones de mejora.

Todo lo anterior fomenta un clima laboral productivo que propicia la colaboración y el trabajo en equipo, los colaboradores trabajan mejor cuando conocen los estándares de su trabajo, la organización es más eficiente cuando sabe cuáles son sus responsabilidades, cada persona puede ser ayudada para que dé su máximo de contribución a la organización y maximice sus capacidades y habilidades.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Uno de los procesos sustantivos para la gestión que ha incorporado el IMSS es la relacionada con el talento humano, en el entendido de que el éxito o el fracaso del desempeño de la Institución depende en gran medida de los talentos, competencias, actitudes, habilidades y motivaciones de todos los que en ella participan.

En este sentido, con el transcurso de los años la Institución ha utilizado una serie de herramientas gerenciales con la intención de revestir la importancia que tienen las personas para el logro de los objetivos institucionales, por lo que inicia-tivas como la incorporación de la misión, la visión, los valores y los principios

éticos, entre otros, han sido de gran valor para desarrollar el sentido de identidad y pertenencia de las personas hacia la institución.

En este apartado se presenta la gestión del talento humano como el sistema de gestión que involucra la organización, identificación, selección, ubicación, desarrollo, educación, capacitación, incentivos y evaluación de los talentos humanos requeridos para proporcionar cuidados de enfermería seguros y de alta calidad.

La transición hacia la estrategia de gestión para incorporar en la cultura organizacional la gestión del talento humano en el IMSS es un reto mayúsculo en el que se han tenido avances sustanciales que se mencionarán a continuación.

Para desarrollar el talento humano, desde que el IMSS inició sus actividades se han estado consolidando la educación y la formación de recursos al ofrecer un espacio educativo debido a su constante interés por mejorar la atención de sus derechohabientes, por lo que el IMSS ha sido pionero en la formación de sus propios recursos humanos.

Desde la creación de la primera escuela de enfermería, fundada en 1943, se dio inicio con éxito a la formación de enfermeras altamente calificadas y comprometidas con la misión y la visión del Instituto; parte importante de ello ha sido el personal directivo y docente del mismo Instituto.

Con el paso del tiempo el IMSS ha transitado de procesos educativos tradicionales a lo que hoy se conoce como gestión educativa, la cual está implementada en las siete escuelas de enfermería del IMSS.

Gestión educativa: “evolución y cambio” de las siete escuelas de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

La gestión educativa es un proceso en la toma de decisiones acerca de las políticas educativas de un país, en la que cada unidad educativa adecúa sus necesidades para concertar aprendizajes de calidad y cuyos protagonistas principales son los directivos, los docentes y como eje central los alumnos.⁹

Desde el inicio de la primera escuela de enfermería del IMSS (1943) se ha observado un cambio significativo en la gestión educativa con la participación importante de los directores generales de la Institución, así como del personal dirigente y docente de cada una de las escuelas.

Oferta académica

La oferta académica que ofrecían las escuelas de enfermería en un principio fue la Técnica en enfermería, y por necesidades de los hospitales se impartían cursos

de Auxiliar de enfermería. Las egresadas tenían la oportunidad de seguir sus estudios.

Después de un tiempo y ante la necesidad de delimitar el trabajo y fortalecer la carrera de enfermería, en 1966 se implementaron los cursos de especialización para instructoras, instrumentistas, enfermeras pediátricas y psiquiátricas. Los cursos de especialización se delegaron a los hospitales estratégicamente seleccionados para su impartición.⁹

Durante esa época las escuelas de enfermería participaron apoyando la educación continua con cursos monográficos.

Con el compromiso y la visión de ofrecer a los derechohabientes una atención de calidad, la Coordinación de Programas de Enfermería en conjunto con las escuelas tomó el reto de profesionalizar al gremio de enfermería; inició sus gestiones en 1996 para nivelar al personal de enfermería a la licenciatura en enfermería y obstetricia con el convenio IMSS–Eneo–UNAM, en la modalidad Ingreso a Años Posteriores al Primero, del Sistema de Universidad Abierta.

A la par, se gestionaba ante las universidades locales el convenio para el aval del cambio en la formación de técnicos a nivel licenciatura para los escolarizados.

Plan de estudios y modelos educativos

La evolución y los cambios del plan de estudios de las escuelas de enfermería son variados, según los factores del año que inicien, la incorporación a las universidades y las características propias de la entidad donde se encuentren ubicadas.

En un principio estaban sujetas al modelo tradicional avalado por la Secretaría de Educación Pública, después de un tiempo el cambio del modelo fue por objetivos, partiendo de un perfil acorde con el Instituto. El personal directivo, con visión vanguardista, elaboró su propio plan de estudios unificándolo a uno solo para todas las escuelas y dicho plan fue aceptado por las autoridades competentes. El modelo educativo por seguir se fundamentó en el proceso salud–enfermedad y la organización en niveles de atención médica, entrando en vigor en 1987 y siguiendo los modelos integración–docencia–asistencia, tecnología educativa, integración–docencia–servicio–investigación y modelo constructivista por créditos.

Finalmente, seis escuelas se rigen por el modelo educación basada en competencias y una escuela por el modelo constructivismo con enfoque sociopedagógico, y actualmente son los modelos rectores de la educación (cuadro 2–1).

En la actualidad, cada uno de los directivos de las escuelas así como su personal docente están gestionando y participando con cada una de las universidades incorporadas para un nuevo plan de estudios y un modelo educativo que se adapte a las necesidades de la sociedad y, por ende, de la institución.

Cuadro 2-1. Evolución y cambios de las escuelas del IMSS

Escuelas	Inicio	Técnico	Licenciatura	Modelos educativos
Centro Médico Nacional "Siglo XXI"	1947	1947–1999	1994	Tradicional Tecnología educativo Constructivismo Constructivismo con enfoque Sociopedagógico
Monterrey, N. L.	1951	1951–1995	1996	Tradicional Integración–docencia–asistencia Competencias (EBC)
Tijuana, B. C.	1968	1968–2000	1998	Tradicional Tecnología educativa Constructivismo Constructivismo con enfoque Sociopedagógico Humanista Competencias profesionales
Guadalajara, Jal.	1971	1971–1999	1997	Objetivos Sistema docencia asistencia por créditos Competencias profesionales
Mérida, Yuc.	1972	1972–2000	1998	Integración docencia servicio Investigación Proceso salud–enfermedad Modelo Eudemonístico de la salud Constructivismo social y Educación basada en competencias
Hermosillo, Son.	1972	1972–1998	1999	Tradicional Integración docencia servicio Investigación Tecnología educativa Competencias (EBC)
Cd. Obregón, Son.	1990	1990–2001	1999	Integración–docencia–asistencia Tecnología Educativa Competencias (EBC)

Fuente: Antecedentes Históricos de las Escuelas de Enfermería, actualizado mayo, 2013.

Personal directivo y docente

Inicialmente las primeras escuelas de enfermería eran dirigidas por médicos; gracias a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que en 1970 emitió las “Normas para la apertura de escuelas de enfermería”, las enfermeras empezaron a ocupar los puestos directivos en las escuelas.

Las asignaturas eran impartidas por médicos y poco a poco se fue integrando en la docencia la enfermera, personal del propio Instituto.

El recurso humano que se requería para integrar al personal docente debía te-

ner estudios de licenciatura; sin embargo, a causa de la escasez de este recurso se contrataba personal técnico.

Debido a los cambios y a la profesionalización que se realizan en el Instituto, en la actualidad los docentes de las escuelas de enfermería son licenciados en enfermería con cursos posttécnicos de administración y de alguna especialidad, con conocimientos y experiencia en la docencia, altamente comprometidos con la educación, preocupados por la actualización y con calificación lograda mediante cursos, diplomados, maestrías y doctorados. Hasta el momento puede decirse que hay 22 maestros titulados, 11 candidatos a Maestrías y 21 que han iniciado estudios de maestría; la mayoría son de educación, docencia e investigación, y también hay un candidato a doctorado.¹⁰

Para concluir, podría decirse que las escuelas de enfermería se formaron por necesidades del Instituto, que la participación en la gestión educativa ha tenido un cambio significativo e importante en la formación de recursos humanos altamente calificados y comprometidos con la misión y la visión del Instituto y que cada día los docentes se preparan para proporcionar a los alumnos una enseñanza-aprendizaje de calidad que vaya de acuerdo con las necesidades de la población y del propio Instituto.

Si bien es cierto que las escuelas están regidas por los modelos educativos de cada universidad en la que están incorporadas, en la actualidad cada una de las escuelas participa activamente en la gestión educativa considerando los ejes centrales del modelo de salud del Instituto, por lo que se dará otro cambio en un futuro no muy lejano. Los autores tienen la certeza de que el Instituto contará con talento humano actualizado y preparado para desarrollar sus potencialidades ante cualquier reto que requiera la Institución.

La educación basada en competencias y el constructivismo “modelo para la formación de las enfermeras en el IMSS”

La formación integral de enfermeras especialistas en el IMSS representa un reto y una gran responsabilidad para la Coordinación de Educación en Salud.

Desde hace una década, la Educación Basada en Competencias (EBC) avanza como un proyecto formativo de alcance mundial, se extiende vertiginosamente por diferentes países como EUA, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Canadá, México y numerosos países de América Latina. Aspira a cubrir todos los campos de la educación, tanto la formal y la informal como la no formal.

El constructivismo se ha consolidado como el modelo pedagógico de fines del siglo XX y principios el siglo XXI; este modelo contribuye a que los procesos de aprendizaje significativo que ocurren en la mente del estudiante culminen en una práctica eficiente, dirigida a la solución de problemas.

En el presente capítulo se hace un análisis de los aspectos esenciales de la formación por competencias en la educación, teniendo como punto de referencia la gestión de calidad. También pretende explicar por qué la Educación Basada en Competencias integrada al Modelo Constructivista es el sustento de los programas educativos de las enfermeras en el IMSS.

Educación basada en competencias

Las competencias son un enfoque para la educación y no un modelo pedagógico, son un enfoque porque sólo se focalizan en unos aspectos conceptuales y metodológicos de la educación y la gestión del talento humano; por ejemplo:

1. La integración de saberes en el desempeño, como el saber ser, el saber hacer, el saber conocer y el saber convivir.
2. La construcción de los programas de formación acorde con la filosofía institucional y los requerimientos disciplinarios, investigativos, laborales, profesionales, sociales y ambientales.
3. La orientación de la educación por medio de criterios de calidad en todos sus procesos.
4. El énfasis en la metacognición en la didáctica y la evaluación de las competencias.
5. El empleo de estrategias e instrumentos de evaluación de las competencias mediante la articulación de lo cualitativo con lo cuantitativo.

En este sentido, como bien se expone en Tobón (2005), el enfoque de competencias puede llevarse a cabo desde cualquiera de los modelos pedagógicos existentes, o también desde una integración de ellos.

El enfoque de competencias implica cambios y transformaciones profundas en los diferentes niveles educativos, y seguir este enfoque es comprometerse con una docencia de calidad, buscando asegurar el aprendizaje de los estudiantes.¹¹

En suma, las competencias se caracterizan por:

- Integran conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se movilizan en un contexto determinado. Toda competencia, por lo tanto, involucra las dimensiones cognoscitiva, afectiva y volitiva de un sujeto en situación.
- Pueden ser utilizadas para lograr diversos objetivos, resolver distintos problemas y llevar a cabo diferentes tareas.
- En ellas se involucran la teoría y la acción. Transfieren los conocimientos y monitorean la conducta hasta lograr la coincidencia de ambos en la realización de una acción informada.

- Permiten adaptarse mejor a diferentes medios, preparados para responder en escenarios complejos y novedosos.
- No son dones innatos, sino capacidades integrales que se desarrollan por medición pedagógica. Puede haber aptitudes o cualidades personales que favorezcan más el desarrollo de unas competencias que de otras, pero en principio todas las competencias son educativamente desarrollables.¹²

Constructivismo

Se trata del modelo pedagógico que promueve un aprendizaje activo y centrado en el estudiante; aplica dinámicas de grupo, asigna al maestro un rol descentralizado de guía u orientado, afirma la importancia de los conceptos previos para la construcción de los nuevos y sostiene que la producción y la organización de los conocimientos con base en esquemas conceptuales confieren significado a la experiencia.

Perfil de la educación basada en competencias bajo un modelo constructivista

El enfoque de la educación basada en competencias no es autónomo, depende del modelo epistemológico que lo fundamente; si se basa en el constructivismo contribuirá a que los procesos de aprendizaje significativo que ocurren en la mente del estudiante culminen en una práctica eficiente, dirigida a la solución de problemas. Busca aprendizajes significativos no como objetivo final, sino como un prerrequisito para la transferencia del conocimiento a una práctica eficaz.

Ventajas del constructivismo

1. Compatibilidad esencial con todas las técnicas didácticas, entre las que se puede incluir el pensamiento de la complejidad, el aprendizaje basado en problemas y el aprendizaje basado en casos. Aplicadas al logro del aprendizaje significativo, enriquecen y actualizan el constructivismo.
2. Comparte con la educación basada en competencias los principios de una educación centrada en el estudiante y a lo largo de toda la vida.
3. Atiende el desarrollo integral del estudiante tanto en los aspectos lógicos como en los aspectos sociales y morales.

El currículo basado en competencias

Es un plan de estudios que, acorde a su nivel y su jerarquía, se orienta a facilitar en los alumnos el desarrollo de las competencias genéricas y de las específicas de cada programa educativo.

Se inicia con un análisis de las fuentes internas y externas que justifican la adopción del enfoque de la educación basada en competencias, identificando el tipo de dificultades (necesidades sociales o demandas de la región) a las que se propone dar respuesta el programa educativo, atento a formar a profesionales vinculados con su medio y responsables del desarrollo local, regional y nacional.

Descripción de las competencias en el currículum y en las actividades de enseñanza–aprendizaje

- a. Descripción de las competencias: en el perfil profesional de egreso se indican las competencias y sus respectivas unidades de competencia. Se recomienda describir cada unidad de competencia con los siguientes componentes: un verbo de desempeño, un objeto, una finalidad y una condición de calidad.
- b. Estructura de toda competencia: una vez que se describe la unidad de competencia, se determina su estructura. Esencialmente, en la estructura de toda unidad de competencia se especifican los elementos que la componen (también denominados realizaciones) y los problemas; luego, en cada elemento se determinan los siguientes aspectos: contenidos de los saberes esenciales, indicadores de desempeño y evidencias.
- c. Clases de competencias: competencias específicas y competencias genéricas.

Las competencias genéricas se refieren a las competencias que son comunes a una rama profesional, nos permiten formarnos mejor como personas, son transversales y transferibles a diferentes ámbitos profesionales.

Consecutivamente, las competencias específicas, a diferencia de las competencias genéricas, son propias de cada profesión y le dan identidad a una ocupación; son consideradas básicas o esenciales o competencias clave para la vida.

En cada clase de competencias hay a su vez dos subclases, de acuerdo con el grado de amplitud de la competencia: competencias y unidades de competencia. Las competencias tienen un carácter global, son muy amplias y se relacionan con toda un área de desempeño. En cambio, las unidades de competencia son concretas y se refieren a actividades generales mediante las cuales se pone en acción toda competencia.

Es por ello que antes de implementar el enfoque de competencias en una determinada institución educativa debe haber una construcción participativa del modelo pedagógico dentro del marco del proyecto educativo institucional. Para ello es necesario considerar la filosofía institucional respecto a qué persona formar, así como también las diversas contribuciones de la pedagogía, los referentes legales y la cultura.

Esto se constituye en la base para llevar a cabo el diseño curricular por competencias, y orientar tanto los procesos didácticos como la evaluación.¹³

Gestión de personal por competencias

El enfoque de competencias se visualiza como un enfoque integral y coordinado que aporta al diseño de mejoras en los sistemas de gestión de recursos humanos.

La OPS (1997) considera la capacitación del personal de salud en activo una estrategia esencial, no sólo para el mantenimiento o mejoría de la competencia técnica, sino también como una forma de promover la adquisición de valores y normas institucionales y de asegurar progreso y reconocimiento en el trabajo.

En 1995, la Comisión Interinstitucional sobre la Educación para el siglo XXI de la UNESCO definió como una función esencial el desarrollo continuo de las personas; por ello, planteó reorientar las reformas educativas alrededor de cuatro pilares fundamentales: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir.

En la gestión del personal por competencias es necesario recordar que el conocimiento se construye desde el interior de cada individuo, de tal forma que será influido por sus experiencias previas, sus creencias personales, su motivación y sus expectativas.

El reto es lograr que las personas en las organizaciones den lo mejor de sí mismas, hagan bien su trabajo con compromiso y entusiasmo y compartan su talento.

Las organizaciones que aprenden, educan y construyen su capital intelectual son la suma de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de todos los colaboradores de una organización.¹⁴

Con la exposición de este modelo educativo queda claro que el IMSS tiene un avance sustancial para educar al personal de enfermería, por lo que los retos son cada día mayores y pretenden a corto plazo lograr la profesionalización del total del personal que forma parte de las filas de esta honorable institución.

LA PROFESIONALIZACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA AL SISTEMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Uno de los retos más grandes que tiene el IMSS es ofrecer calidad y seguridad en el cuidado que otorga el personal de enfermería. Dicho cuidado se logra con personal calificado que se encuentre a la vanguardia en los procesos de atención y de indicadores de calidad. Para tal efecto es importante continuar con los esfuerzos para la profesionalización del personal de enfermería a través de la gestión del cuidado.

A fin de establecer los lineamientos generales de colaboración para desarrollar programas de interés mutuo de enseñanza, capacitación y asistencia técnica, el

8 de octubre de 2001 se firmó el Convenio General de Colaboración y Apoyo Académico y Administrativo entre autoridades del IMSS y de la UNAM. Posteriormente se establece y se firma el Convenio Específico de Colaboración Académica entre las autoridades de la UNAM–ENEO–Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios (DGIRE) y la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, con el objeto de implementar el programa de Profesionalización en Enfermería para personal de nivel técnico que labora en el IMSS, a través del Sistema de Universidad Abierta (SUA) y del procedimiento “ingreso años posteriores al primero”, por lo que los egresados obtienen el título de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.¹⁵

Avances del programa de profesionalización de enfermería

En general, los resultados se han mostrado satisfactorios en el ámbito académico con el Programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, que prevaleció durante algunos años, sin olvidar que se trabajó arduamente y con las mejores actitudes de cambio. De 2002 a 2011 se ha profesionalizado a 6 439 enfermeras en el IMSS (cuadro 2–2).¹⁶

Derivado del crecimiento poblacional y la demanda de atención, es importante generar nuevas estrategias que garanticen una buena calidad de atención al derechohabiente. Para tal efecto, no se debe perder de vista el seguir impulsando el desarrollo profesional de la enfermería. Para ello se logró en 2011 la gestión y el establecimiento de un nuevo Convenio Específico de Colaboración Académica, que celebran la ENEO–UNAM y el IMSS. Se dio inicio a la primera generación 2011–2013, donde por primera vez el IMSS aplicará un nuevo plan de estudios conforme al esquema académico de la ENEO–UNAM a través de la Licenciatura en Enfermería, el SUA y Educación a Distancia, lo cual favorecerá a egresados

Cuadro 2–2. Programa de licenciatura en enfermería para años posteriores al primero. Número de egreso y sedes

Generación	Egresos	Sedes
2002–2003	404	18
2003–2004	388	23
2004–2005	894	53
2005–2006	1 024	71
2006–2007	848	60
2007–2008	722	61
2008–2009	696	61
2009–2010	650	59
2010–2011	813	66

trabajadores con bachillerato bivalente de tres años del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI), el Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicio (CBETIS) y el Centro de Estudios Tecnológicos y de Servicios (CETIS), que pueden acceder a obtener el grado de Licenciatura en Enfermería. Esto significa un logro y un avance importante para continuar con la profesionalización del personal de enfermería del IMSS a nivel nacional.¹⁷

Se espera que con estos avances en la profesionalización el licenciado en enfermería interactúe con otros profesionales del sector salud, con enfoque transdisciplinario, prestando un servicio a la sociedad para fomentar la salud, el autocuidado a la salud, la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos, así como en el desarrollo de funciones asistenciales, educativas, administrativas, de gestión y de investigación.

Por lo anterior, uno de los retos fundamentales es consolidar la licenciatura en enfermería a través de las tecnologías de la comunicación y la información (TIC) del Programa de Licenciatura en Enfermería, Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (Programa SUA y ED-ENE-IMSS).

Finalmente, es importante resaltar que el enfrentarse a un nuevo cambio de la modalidad educativa semipresencial a la modalidad educativa a distancia provoca incertidumbre, desconfianza y poco ánimo del personal de enfermería; sin embargo, estos cambios generan ya una práctica integradora en las escuelas y, por ende, en los programas que se apliquen en el IMSS, obteniendo procesos de innovación y mejora en la profesionalización de la enfermería al trabajar con las nuevas TIC.¹⁸

El nuevo Programa de Licenciatura en Enfermería sigue una metodología adecuada, define los objetivos de aprendizaje así como los contenidos y la evaluación del programa, y exhibe cómo trabajará el alumno para lograr una reflexión adecuada en el desarrollo de los contenidos, considerando siempre la innovación para obtener la mejor comprensión de los temas a través del conocimiento más certero, conciso, razonable, adecuado, rápido y de interés general en la profesionalización de la enfermería, que recaerá en la mejora del cuidado.¹

Gestión de los recursos

La gestión de los recursos materiales se define como las guías para orientar la acción, previsión, visualización y empleo de los recursos y esfuerzos a los fines que se desea alcanzar, la secuencia de actividades que habrán de realizarse para lograr objetivos y el tiempo requerido para efectuar cada una de sus partes y todos aquellos eventos involucrados en su consecución.

Para ello es indispensable entender qué son las dotaciones fijas (también conocidas como *stocks*), que se definen como aquellos productos que no se están utili-

zando en un momento determinado, pero que es necesario disponer de ellos para la previsión de necesidades futuras. Mantener estas dotaciones fijas en las circunstancias actuales supone una carga importante para los hospitales por la inversión realizada y los costos de almacenaje y de distribución. Por todo ello es fundamental realizar un adecuado control de los productos necesarios en los hospitales, intentando reducirlos pero garantizando que siempre estén disponibles.

La gestión de los *stocks* y su control es una actitud de dirección indispensable para el éxito de una adecuada gestión de los recursos, ya que permite efectuar estimaciones, evaluar las decisiones y analizar su sensibilidad frente a las variaciones de los valores estimados.

El control de los insumos es una función principal de las enfermeras, ya que tienen la visión de detectar las necesidades con base en los consumos y si es necesario, solicitar un nuevo insumo. Esto se realiza llevando un control del nivel de las dotaciones fijas a través de lo que se va consumiendo en 24 h.

El otro enfoque se calcula entre el nivel de *stocks* objetivo y el *stock* disponible; esto se realiza revisando el *stock* existente, lo que permite la autorregulación de las dotaciones.

En relación a los *stocks* es muy importante tener un buen sistema de información que permita la toma de decisiones:

- Insuficiencia de *stocks* (productos con *stock* inferior al *stock* de seguridad).
- Excesos de *stock* (productos con *stock* superior al máximo).
- Listado de productos pendiente de entregar por los proveedores.
- Listados de productos con *stock* igual a cero: serían las roturas de *stock* y los productos que no tienen localización y se deben suministrar bajo pedido. Para el control de insumos con roturas es necesario gestionar los listados de insuficiencia, la entrega de vencidos y próximos a vencer, con el objetivo de reducir al máximo las roturas. La experiencia demuestra que una periodicidad equivalente a la mitad del tiempo establecido para el *stock* de seguridad garantiza un nivel mínimo de roturas.

En cuanto a la distribución y la clasificación en las unidades de enfermería, se requiere tener ordenados y clasificados adecuadamente los almacenes en cada unidad, ya que ello permite saber en forma clara dónde está cada producto.

En el IMSS es responsabilidad de las directivas de enfermería analizar y determinar las dotaciones fijas de recursos e insumos terapéuticos anuales o semestrales con base en el CPM (consumo promedio mensual).

La jefe de enfermeras

- Gestionará los recursos necesarios en el ámbito de su competencia para que se cumplan las medidas de seguridad establecidas para el suministro, la

guarda, la custodia y el control de medicamentos en los servicios con relación a área física, conservación, limpieza, puertas, acomodo, caducidad y red de frío.

- Difundirá entre el personal a su cargo el catálogo de médicos acreditados para autorizar la “Solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares” 2640-009-006.
- Difundirá entre el personal a su cargo el listado de auxiliares de servicios de intendencia autorizados para la entrega-recepción de recetas individuales y la solicitud de medicamentos para hospitalización y servicios auxiliares, recepción, distribución y entrega de medicamentos y soluciones a los servicios.
- Participará en la actualización periódica de las dotaciones fijas de medicamentos en coordinación con el personal médico, administrativo, de abastecimiento y farmacia de la unidad.

La enfermera jefe de piso

- Realizará, en coordinación con la enfermera jefa de piso, la dotación teórica derivada del análisis de la morbilidad, la productividad y las guías de práctica clínica, tomando en cuenta las 10 primeras causas de mayor demanda y prioridad.
- Dará seguimiento a la solicitud y al suministro de medicamentos del servicio a su cargo por parte de la farmacia de la unidad, que se realice a granel respetando el envase original, cada 24 h, los 365 días del año, garantizando la dotación para sábados, domingos y días festivos.
- Cumplirá con el procedimiento administrativo establecido para la devolución a la farmacia de los medicamentos sin movimiento o con excedente.
- Documentará y dará seguimiento diario al uso racional de medicamentos en el servicio a su cargo, en especial medicamentos psicotrópicos, narcóticos, estupefacientes, claves 5 000 y medicamentos de alto costo.
- Vigilará y controlará que los medicamentos recibidos se concentren en un mueble que garantice su seguridad para la guarda y custodia, que se encuentre ubicado cerca de la central de enfermeras o de los centros de distribución de medicamentos.
- Vigilará que los medicamentos se encuentren en lugares apropiados, así como que el personal a su cargo no conserve resguardo de medicamentos fuera de las áreas destinadas a ello.
- Participará activamente con el Comité de Farmacia y Terapéutica Médica en la generación de información que propicie la adecuada toma de decisiones en el control de medicamentos.
- Verificará que se cumplan las medidas de seguridad establecidas para el su-

ministro, guarda, custodia y control de medicamentos en los servicios con relación al área física, conservación, limpieza, puertas, acomodo, control de caducidad y red de frío.

- Dará seguimiento a las condiciones físicas que guarden el mobiliario y las áreas destinadas para la guarda y custodia de medicamentos, para garantizar el manejo adecuado y seguro de los mismos.
- Participará en el cálculo del requerimiento de medicamentos de acuerdo con el cuadro básico institucional de medicamentos y la proforma de medicamentos vigente.
- Realizará, en coordinación con el Jefe de Servicio, la dotación teórica derivada del análisis de la morbilidad, la productividad y las guías de práctica clínica, tomando en cuenta las 10 primeras causas de mayor demanda y prioridad.
- Participará en la actualización de la dotación fija de medicamentos en coordinación con el personal médico, de abastecimiento y farmacia de la unidad.

Gestión de los insumos no terapéuticos

Determinación de necesidades y control de ropa hospitalaria reusable. Con base en su nivel de gestión, la enfermera jefa de piso es responsable de:

- Gestionar las dotaciones de ropa con base en el número de camas, el porcentaje de ocupación y las necesidades.
- Implementar medidas para garantizar el manejo adecuado de la ropa limpia y la ropa sucia (que no tengan basura, objetos punzocortantes o cualquier otro residuo ajeno a la ropa que represente un riesgo de lesión y contaminación para el personal que recolecta y manipula la ropa).
- Vigilar que el inventario físico de la ropa hospitalaria no contemple vales por adeudos o apoyos extraordinarios.
- Dar a conocer los horarios preestablecidos para la recolección de la ropa sucia.

Es muy importante tener la información del gasto producido por cada una de las unidades de enfermería, ya que ello facilita la revisión mensual de las desviaciones producidas, con el costo económico que supone.

A través de la aplicación de cédulas de “Registros de la prueba selectiva de medicamentos (A)” 2660-009-075, a la subjefa de enfermeras se le permite analizar las desviaciones y aplicar medidas correctivas en los casos que sea preciso.

Por último, cabe mencionar que la gestión de *stocks* y su control son funciones importantes y que es preciso que se asuman como un compromiso importante.

Una de las prácticas exitosas en el IMSS es la implementación de la unidosis a través del sistema CADIT, que ha permitido una gestión eficiente de la administración farmacéutica y una mejora de la seguridad clínica.

Gestión del cuidado

Las organizaciones muestran una gran influencia sobre la prestación de servicios de enfermería. Esta prestación puede observarse como el equilibrio dinámico entre la administración de recursos y la estructura, el proceso y el contenido de la práctica. Un resultado es que el sistema para la distribución del personal de enfermería debe asegurar con rapidez la correcta combinación de habilidades y el número de recursos humanos que se desplieguen para que los pacientes sean atendidos en forma integral con eficacia y eficiencia.

Los historiadores marcan el surgimiento de la enfermería moderna a partir del trabajo en Crimea de Florence Nightingale, quien instituyó reformas centrándose en la higiene, la limpieza y la nutrición. El modelo Nightingale se transportó a EUA y el ejercicio de la enfermería evolucionó a partir de allí hasta la actualidad.

En la historia de la enfermería se conocen seis principales tipos de modalidad de atención:

1. Iniciativa privada.
2. Funcional.
3. De equipo.
4. Primaria.
5. De manejo de casos.
6. En la actualidad el cuidado integral.

En el IMSS se da inicio a la atención de enfermería en 1944 y ya para 1946 se inician los puestos de enfermería para dar atención a servicios inmediatos. Con la apertura de clínicas y hospitales se implementa el modelo de sistema integral de trabajo en equipo y para el año 1961, a causa de la escasez de personal, se modifica el sistema integral por el sistema de funciones. Durante el tiempo que se aplicó ese sistema se observó que estaba menos orientado a la atención del paciente y más a la realización de tareas; existía cierta confusión acerca de las obligaciones y las tareas, por lo que se regresó a trabajar con el sistema de atención integral, que proporciona una atención de enfermería con eficiencia, oportunidad, calidad y seguridad al paciente.

Las enfermeras constituyen el recurso humano y de profesionales de la salud más numeroso; las competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud; desde una Unidad Médica

de Alta Especialidad, los Hospitales Generales de Zona, las Unidades de Medicina familiar, hasta los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, en las escuelas de enfermería las enfermeras educan, dirigen, asesoran, investigan, pero ante todo cuidan la salud y el bienestar de los seres humanos, y para ello se requiere capacitación y formación profesional.

A finales de 1944 el consejo técnico del Instituto estableció que el personal de enfermería debería asistir a cursos de adiestramiento y desde entonces ello ha sido continuo en la mayor parte de las unidades.

Gracias a la profesionalización del personal de enfermería que el Instituto ha impulsado a través del convenio con la UNAM a partir de 1995, el profesional de enfermería cuenta con independencia en el ámbito de su ejercicio profesional, que le permite asumir con propiedad las decisiones, funciones y acciones de enfermería y conducir su práctica en sintonía con las necesidades de salud de los pacientes. Lo anterior ha permitido que se desarrolle cada vez más la gestión del cuidado.

La gestión del cuidado de enfermería se encarga de supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería a fin de otorgar una atención oportuna.

La gestión del cuidado de enfermería como ejercicio profesional de la enfermera se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la Institución. Tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las de sus familiares, sus cuidadores y las de la comunidad. Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal.

La gestión de cuidados sustenta como premisa un trabajo realizado por el equipo de enfermería integrado por enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. El trabajo debe ser participativo y con responsabilidades compartidas: ésta será la garantía de una gestión efectiva, segura, humanizada y eficiente de dichos cuidados.

También es importante resaltar el rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados, que consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única; representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles.

De esta manera, enfermeras, enfermeras jefes de piso, subjefes de enfermería y la jefa de enfermeras de los hospitales se enfrentan a grandes retos, ejercen su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y en éste buscan alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

La enfermera responsable de la gestión del cuidado en el IMSS considera los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Ejerce un liderazgo comprensivo que motiva al personal de enfermería a la mejora continua del cuidado.

La colaboración interdisciplinaria ha mostrado un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados de los pacientes. Una de las estrategias ha sido la identificación de enfermeras expertas y la elaboración, la difusión y la implementación del conocimiento generado que asegure una atención con calidad y seguridad, ya que los conocimientos compartidos refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, mientras que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de alguna enfermera experta no contribuyen a una práctica colaborativa de calidad.

La División de Enfermería dirigida por su titular, la enfermera Julia Echeverría Martínez, ha creado una cultura de organización que favorece la práctica de los cuidados de enfermería, selecciona prioridades, elabora políticas, selecciona al personal con excelente formación, desarrolla la capacitación y la implementación de nuevos modelos para guiar la práctica de enfermería.

Dichos modelos son sustentados por un marco conceptual que constituye la parte medular de la práctica de enfermería. Los métodos son aplicados sistemáticamente y de esta manera la enfermera conoce la razón de sus actos.

Con la profesionalización, la enfermera ha desarrollado competencias para facilitar en el Instituto la implementación de estrategias utilizando el método científico aplicado en el proceso enfermero, que consta de cinco etapas.

Al valorar el estado de salud de los pacientes y su respuesta, el personal de enfermería ha logrado identificar los problemas de salud reales o potenciales de los derechohabientes, estableciendo diagnósticos de enfermería, apoyándose en teorías y modelos de enfermería que recogen sistemáticamente las respuestas y las necesidades humanas.

La enfermera en atención directa al paciente plasma en los registros de enfermería el proceso enfermero para dar seguimiento y continuidad a los cuidados de enfermería.

La Comisión Permanente de Enfermería, al enfrentar el desafío de la compleja dinámica del cuidado, implementa en la atención de enfermería los Planes de Cuidado de Enfermería Estandarizados (PLACE), instrumento que sirve para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, las indicaciones, las intervenciones y la evaluación de todo ello.

En el IMSS, a través de la División de Enfermería se adopta la gestión del cuidado a través de los PLACE, iniciando el proceso con la capacitación de personal en la elaboración a nivel nacional; posteriormente se difunde a las delegaciones y se inicia la elaboración de planes de cuidado de enfermería estandarizados para guiar la gestión del cuidado de enfermería. Los PLACE que se aplican con mayor

frecuencia son el individualizado y el estandarizado, utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Las taxonomías NANDA, NIC y NOC ha facilitado la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

La taxonomía NANDA proporciona una clasificación diagnóstica. Los diagnósticos de enfermería estandarizados han constituido una base sólida para la conceptualización y la puesta en práctica del rol independiente de la profesión; han fomentado la colaboración entre el equipo de salud, lo que ha repercutido en una mejor calidad de cuidados y un mayor aprovechamiento de los recursos. Aunque los diagnósticos de enfermería han sido contextualizados en diferentes entornos, se individualizan en la práctica del cuidado.

La taxonomía NOC es útil para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Para registrar las intervenciones y las actividades de enfermería se utiliza la taxonomía NIC.

Esta maduración paulatina de los servicios de enfermería ha sido notoria; actualmente se es consciente de que se trata de un grupo que con actividades diferentes integra no el departamento de enfermería de una Unidad Médica, Hospital, UMAE o una delegación en específico, sino la enfermería del IMSS.

REFERENCIAS

1. **Oteo Ochoa LA:** Políticas y transiciones hacia una nueva gestión sanitaria pública. *Rev Adm Sanit* 2009;7(4):699–713.
2. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y Organización Panamericana de la Salud: *Estructura de un departamento de enfermería en una unidad médica. Administración de los servicios de salud en enfermería*. México, 1992.
3. **Meléndez SL:** *Memoria abierta*. México, 2013.
4. Minuta de trabajo de la Reunión del Comité de Enfermería del IMSS. 14 de marzo de 2011.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Manual de la calidad de la UMAE*. México, 2006.
6. **González BSE:** *Diseño del modelo gerencial integral con calidad para el sector público*. En: Argentina. 2008. Evento: Tablero de Comando Ponencia: Diseño del Modelo Gerencial Integral con Calidad para el Sector Público.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Procedimiento para la administración de los Servicios de Enfermería en Unidades Médicas*. Clave 2660–003–053. México, abril de 2011.
8. **Chiavenato I:** *Introducción a la teoría general de la Administración, parte VII. Enfoque del comportamiento en la Administración*. McGraw–Hill.
9. *Antología de gestión escolar*. Programa Nacional de Carrera Magisterial. Secretaría de Educación Pública, 2009.
10. Plantilla de personal de Escuelas de Enfermería, mayo de 2013.
11. **Tobón S:** *La formación basada en competencias en la educación superior. El enfoque complejo*. Tesis doctoral. Instituto Cife de Bogotá, 2008.
12. **Bellocchio M:** Educación basada en competencias y constructivismo. Un enfoque y un modelo para la formación pedagógica del siglo XXI. En: *La educación basada en competen-*

- cias integrada al modelo constructivista*. 2ª ed. México, ANUIES, 2010:14, 33–39, 51–55, 101.
13. **Tobón S:** *Aspectos básicos de la formación basada en competencias*. Talca, Proyecto Mese-sup, 2006.
 14. **Lifshitz A, Zerón GL:** Los retos de la educación médica en México. En: Dávalos RL: *La educación médica y su impacto en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente*. 2ª ed. México, Academia Nacional de Educación Médica, 2010:46–56.
 15. **Rubio DS:** Profesionalización de enfermería en México. *Rev Enf Card* 2010–18 ENEO–UNAM.
 16. **Matus M:** Avances y perspectivas del Programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Enf IMSS* 2005;13.
 17. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia: Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (En línea). 2011. Citado el 21 de mayo de 2012. En: <http://www.eneo.unam.mx/sua/antecedentes.php>.
 18. **Echevarría ZS, Lifshitz A, Casares Queralt S:** *La educación en salud en el IMSS*. 1ª ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.

Atención de enfermería en el primer nivel de atención

*Elsa Morales Olarte, Mayte de Guadalupe Cabáñez Rojas,
Angélica Virgen Magaña, Patricia Padilla Zepeda,
Luz María Ireneo García, Mireya Buendía Luna,
Claudia Hernández Cruz, María Isabel López López*

INTRODUCCIÓN

Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 la enfermera en el primer nivel de atención ha tenido una participación trascendente en el cuidado de la salud de los derechohabientes. La atención de enfermería se otorgaba de forma fragmentada para dar respuesta a más de 30 programas de salud pública, entre ellos el programa de vacunación, el programa de prevención de diarreas y enfermedades respiratorias, así como las detecciones de cáncer cervicouterino y mamario, entre otros.

Actualmente la transición epidemiológica y demográfica de México hace necesario replantear la atención en el primer nivel a través de un proceso de mejora que se estructure a partir del concepto de atención integral a la salud mediante la articulación del equipo multidisciplinario de salud y con la participación activa del derechohabiente y su familia.

En el presente capítulo se abordan los procesos fundamentales de la enfermera en el primer nivel de atención:

1. Educación para la Salud, estrategia fundamental para lograr cambiar a hábitos saludables.
2. La atención integral implica un enfoque hacia la prevención; para ello orienta sus acciones por medio de los Programas Integrados de Salud (PRE-VENIMSS) a través de una serie de intervenciones dirigidas a grupos de edad y género para garantizar la cobertura de las acciones preventivas.

3. Atención al paciente con enfermedad crónico-degenerativa. Cuando está diagnosticada una enfermedad crónica es indispensable el apoyo al autocuidado, con el cual se ofrece alternativas a pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus, basadas en esquemas de educación para adultos y enfoque psicosocial, de tal manera que se favorezcan cambios en los estilos de vida.
4. Atención al adulto mayor, ya que representa uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud.
5. La visita domiciliaria le da a la enfermera una visión de la situación de la salud, el ambiente y las relaciones que tienen los integrantes de la familia, sin olvidar que cada uno de ellos es un individuo.
6. Vigilancia prenatal. Nada justifica una muerte materna; sin embargo, hoy en día y a pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno, la sociedad y las instituciones privadas y no lucrativas, la morbilidad y mortalidad materna y perinatal continúa siendo un problema de salud pública.

Educación para la salud en el primer nivel de atención

La educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a facilitar la adquisición, la elección y el mantenimiento de las prácticas saludables y dificultar las prácticas de riesgo.

La educación para la salud y la comunicación interactúan para el mejoramiento de la salud activando capacidades en el ejercicio de la vida social, productiva, política, reproductiva y cultural, y propiciando en los individuos las condiciones físicas, mentales, ambientales y sociales. Todo ello constituye una herramienta fundamental que se centra en la preparación anticipada; es decir, capacita previamente a las personas para afrontar los cambios psicosociales que se manifiestan en problemas de salud relacionados con determinados estilos de vida y comportamientos. De ahí se obtienen oportunidades de aprendizaje que ofrecen las instituciones formales a las personas adultas, pues también adquieren conocimientos sobre la salud en grupos locales de autoayuda, en grupos comunitarios, en el trabajo y en organizaciones no formales, tornándose en una dimensión que traspasa los intramuros y pone en juego la idea de comunidad educativa para abarcar a la población en general.¹

En este contexto, la educación es un factor determinante en la salud y por ello desde la creación del IMSS la participación de enfermería en el primer nivel de atención se basa en la educación para la salud y ha contribuido en la promoción, la prevención, la detección, el control, la disminución y la erradicación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como en la disminución de las tasas de fecundidad a través del programa de planificación familiar y la consejería para

la adopción de métodos anticonceptivos de alta continuidad. Con el paso del tiempo esta actividad ha sido compartida con otras disciplinas al pasar de la educación formal a la incidental, ocasionando falta de apego a la educación higiénico–dietético–terapéutica del usuario y su familia en el primer nivel de atención.

La educación para la salud es, más que un proceso para transmitir información a la población acerca de cómo fomentar hábitos y medidas destinados a mejorar la salud, buscar estrategias que permitan determinar una manera de motivar y concientizar a la población para generar cambios sustanciales para el cuidado de la salud.

Para enfrentar este gran reto, el IMSS a través de PREVENIMSS establece como estrategia la educación para la salud en uno de sus componentes a través de sesiones educativas que realiza el personal de enfermería en los servicios de medicina preventiva, abordando temáticas como alimentación, salud bucal, actividad física, higiene del hogar, salud sexual con enfoque de género, adicciones y violencia, climaterio y menopausia, accidentes, entre otros.

Con lo anterior la enfermera en el primer nivel de atención aborda de manera dinámica cualquier temática y la lleva a una programación en tiempo, lugar y espacio donde los participantes pueden ser los pacientes, los familiares, la comunidad y el mismo equipo multidisciplinario, convirtiéndolos en autores del cambio en su manera de pensar, de sentir, de actuar y de convivir, para poder reproducir y transformar su conducta y propiciar una educación para la salud efectiva que genere la responsabilidad del autocuidado en los individuos, las familias y la comunidad.

El proceso para poder capacitar a los individuos, las familias, la comunidad y el equipo multidisciplinario debe iniciarse con la identificación de necesidades sentidas y problemas de salud reales y potenciales; se debe planear y organizar en tiempo, lugar y espacio. La capacitación la implementará una enfermera especialista en medicina de familia, se llevará a cabo la evaluación de los resultados obtenidos de la capacitación y se realizará una medición del impacto en cuanto a educación para la salud.

Es importante mencionar que al otorgar educación para la salud se debe aplicar una metodología adecuada que incorpore métodos de aprendizaje activos, dirigidos a las influencias sociales, a los medios de comunicación que refuercen los valores individuales y a las normas grupales que promuevan el desarrollo de habilidades sociales, fundamentalmente para poder trascender e impactar en la población.

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación de la protección y en la aplicación de sus atenciones en salud.²

En la figura 3–1 se muestra el procedimiento para llevar a cabo la capacitación en las unidades de primer nivel de atención por la enfermera.

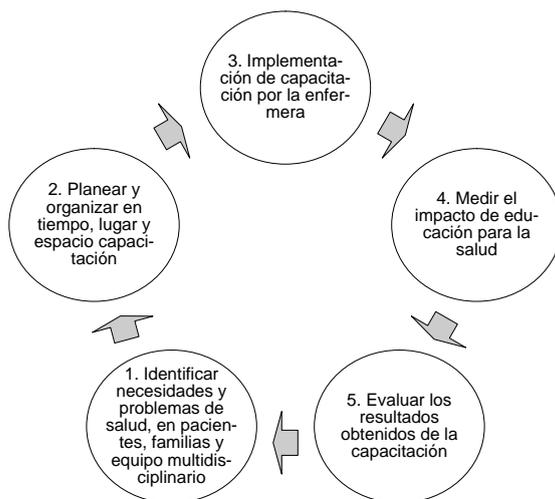


Figura 3–1. Estrategia para la capacitación y para otorgar educación para la salud.

Atención preventiva integrada

El modelo de atención a la salud del IMSS ha sido de salud integral, que incluye prevención, curación y rehabilitación; sin embargo, se ha dado énfasis a la atención al daño en todas las unidades médicas.

Tradicionalmente los servicios de medicina preventiva se brindaban en forma fragmentada, enfocándose en la prevención de riesgos y daños específicos a través de múltiples programas preventivos de salud pública. Las acciones preventivas realizadas en diferentes tiempos, por diferente enfermera y diferentes espacios se llamaron “atención en banda”; esta situación originó servicios deficientes, numerosas citas y tiempos de espera prolongados para el derechohabiente.

Para dar respuesta a la problemática mencionada se implementó el proceso de mejora de la medicina familiar, que incluyó la estrategia de programas integrados de salud (PREVENIMSS), diseñados en 2001 e implementados en 2002: “estrategia de prestación de servicios que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas por cinco grupos de edad”:

1. Programa de salud de niñas y niños de 0 a 9 años de edad.
2. Programa de salud del adolescente de 10 a 19 años.
3. Programa de salud de la mujer de 20 a 59 años.
4. Programa de salud del hombre de 20 a 59 años.
5. Programa de salud de adultos mayores de 60 años y más.

Una de las líneas de acción de la estrategia general fue la integración de los servicios preventivos en las unidades de primer nivel; la estrategia PREVENIMSS promovió la “Atención Preventiva Integrada”, que consiste en realizar las acciones preventivas en una sola atención, por la misma enfermera y en el mismo módulo. De esta forma se reduce el número de consultas necesarias para cumplir cabalmente con cada programa.

Al inicio se pasó del concepto de cubículo al de consultorio de medicina preventiva, lo que requirió un gran esfuerzo para remodelar las áreas físicas y equiparlas con los elementos necesarios. En 2005 se remodelaron y equiparon 2 671 cubículos y en 2006 se remodelaron y equiparon 298. Posteriormente, los consultorios de medicina preventiva pasaron a ser Módulos PREVENIMSS; en el periodo de 2010 a 2011 se ampliaron 213 módulos y se remodelaron 362, y actualmente se cuenta con 2 958 módulos de API.

En 2005 se elaboró la primera edición de la *Guía de actividades de enfermería para la atención preventiva integrada*, guías técnicas que describen los procedimientos de enfermería, así como la *Guía del cuidado de la salud para el derechohabiente*.

La atención preventiva integrada forma parte de la atención integral de la salud. Esta última se logra al conjuntar o interactuar la atención preventiva, la curativa y la rehabilitación.

Históricamente las enfermeras han sido la base del éxito de los programas de salud. Es por ello que la atención preventiva integrada se desarrolla y se consolida, en su mayoría, con la participación del personal del equipo multidisciplinario de todos los servicios de la Unidad Médica para la derivación de los derechohabientes al Módulo PREVENIMSS, y en especial con el compromiso de los médicos familiares, quienes deben vigilar su cumplimiento en la población bajo su cuidado.

La cobertura de Atención Integral PREVENIMSS mide la eficacia del Programa. Anualmente se ha incrementado el porcentaje de derechohabientes protegidos con PREVENIMSS. En el periodo de 2006 a 2011 el incremento total en cobertura ha sido de 64.2%, como se aprecia en la figura 3–2.

El índice de API evalúa la utilización de los servicios preventivos en relación a las consultas de medicina familiar. Su comportamiento descendente refleja una mejora en la demanda de servicios preventivos. En 2006, por cada API se proporcionaron 8.6 consultas de Medicina Familiar; en 2011, por cada API sólo se otor-

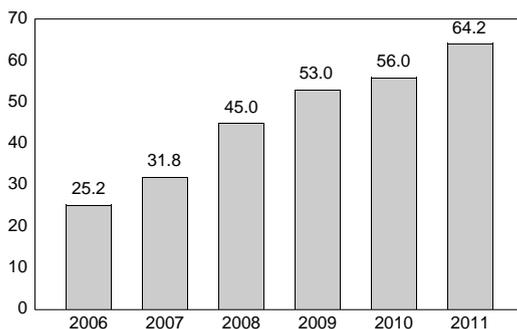


Figura 3-2. 3.4 DPM Cobertura* de atención integral PREVENIMSS 2006–2011. Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas. *Coberturas anualizadas.

garon 3.5 consultas de atención curativa en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) (figura 3-3).

El indicador de productividad de API es actualmente de 18 a 24 atenciones diarias por enfermera y el indicador de porcentaje de API está por arriba de 95%.

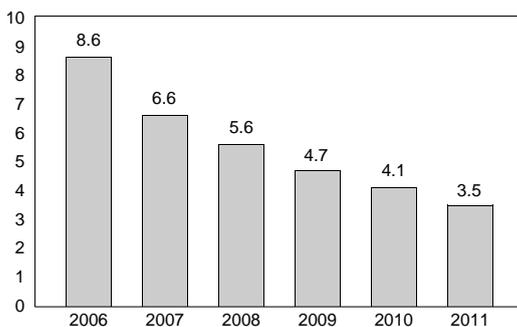


Figura 3-3. DPM índice de API por atención curativa 2006–2011. Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Atención al derechohabiente con enfermedades crónico-degenerativas

Al inicio del siglo XXI la obesidad se ha considerado la enfermedad metabólica más importante en el mundo, referida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una epidemia global. De hecho, la obesidad es una enfermedad común que afecta no sólo a los países desarrollados sino también a los países en desarrollo.³

En la encuesta de ENSANUT 2012 la principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos fueron las enfermedades y los síntomas respiratorios agudos, que representaron 36.5%. Cabe notar que las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 11.5% de las causas de consulta y el IMSS aporta 24.2% del total de consultas.

La prevalencia de la hipertensión en adultos con sobrepeso es tres veces mayor que en el adulto sin sobrepeso; en individuos entre los 20 y los 44 años de edad el riesgo de hipertensión con exceso de peso es casi seis veces mayor que en los adultos con peso normal.

Aunque el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo.¹ De cada 10 adultos, siete presentan sobrepeso y de éstos la mitad presentan obesidad; ello constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias, que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado.

En el grupo de los 20 a los 49 años de edad los principales motivos de consulta son enfermedades y síntomas respiratorios agudos, seguidos de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad. Para el grupo de 50 años o más los principales motivos son diabetes y enfermedades cardiovasculares, seguidas de enfermedades y síntomas respiratorios agudos. Por lo que se refiere a la atención de la diabetes mellitus, el reto de salud más importante para los adultos mexicanos es el control adecuado, ya que actualmente tres de cada cuatro diabéticos requieren un mayor control del padecimiento que permita reducir las complicaciones que se presentan. Esta mejoría en el control se asocia con un diagnóstico más temprano.⁴

El conocimiento de la presencia de factores de riesgo en la población, incluidos los factores ambientales que favorecen la obesidad, debe permitir planificar acciones y políticas para su prevención y su control. Es importante reconocer que entre las acciones orientadas a prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas (además de las dirigidas al individuo y la familia) se tiene que fomentar cambios al entorno que promuevan estilos de vida saludables aumentando los momentos activos y disminuyendo el tiempo de sedentarismo, en especial en los momentos

de ocio, pero también como parte de la rutina diaria. Estas acciones deben incluir el ámbito escolar, el hogar, los espacios laborales y la comunidad.

Finalmente, el reto de los padecimientos crónicos comienza a notarse desde la adolescencia, por lo que se debe fortalecer las estrategias de prevención temprana.

Uno de los retos más importantes para las instituciones de salud en todo el mundo es elevar el nivel de salud de su población. La evidencia más notoria de las fallas en la protección a la salud es la elevada incidencia en las enfermedades crónico-degenerativas.

Por ello el IMSS puso en marcha en 2008 el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS). Este programa consiste en capacitar a equipos multidisciplinarios en el modelo de atención médico-asistencial y de educación grupal que se centra en la atención del paciente y de su familia. Su objetivo es enseñar al paciente a modificar su estilo de vida para alcanzar las metas de control metabólico a través de los parámetros normales de glucosa, lípidos y presión arterial, así como a identificar de forma temprana las complicaciones asociadas a riñones, retina y extremidades. De esta manera se busca una intervención oportuna que se traduzca a mediano y largo plazo en una disminución considerable de los efectos catastróficos de las complicaciones de esta enfermedad, tanto para la calidad y esperanza de vida del paciente como para el Instituto.

La enfermera en las unidades de medicina familiar

El proceso de evolución involucra necesariamente el fenómeno de salud-enfermedad, de tal manera que de acuerdo con el momento histórico de que se trate, el perfil de daños a la salud en la población varía conforme cambian los factores ecológicos, sociodemográficos, económicos y culturales que lo determinan.

Desde su aparición de las unidades de salud de primer nivel de atención en el IMSS, la enfermera de este nivel sólo realizaba como funciones sustantivas la administración de medicamentos vía oral, la aplicación de inyecciones, la aplicación de inmunizaciones, la toma de la tensión arterial y el efectuar sencillos análisis de diagnóstico de algunas enfermedades crónicas comunes.

La participación de la enfermera en la aplicación de las estrategias nacionales de salud de ese momento histórico tenía como debilidad que su formación era para dar atención en hospitales, no como organizadora ni proveedora de atención al individuo, la familia y su comunidad.

Pero a pesar de eso, por la propia naturaleza de su función de cuidar a los enfermos, las enfermeras están en contacto con las personas con mayor frecuencia que otro personal de salud y su relación con ellas suele ser más íntima y duradera. A causa de este contacto frecuente y estrecho con el paciente y muy poco con la fa-

milia, la extensión de las funciones de la enfermera en poco podía ayudar a fomentar la participación activa y dinámica del paciente y su familia en el desarrollo de su propia salud.

Es indudable que la identificación de los factores de riesgo fue motivo de importantes estudios en el IMSS, puesto que permitirá entre otras cosas reorientar las acciones de prevención primaria. En este sentido la detección precoz de la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial debe jugar un papel fundamental al enfocarse básicamente en la población de alto riesgo. Cabe destacar que en el IMSS las pruebas de tamizaje para este tipo de patologías las realizaban las enfermeras de primer nivel desde 1969; no obstante, adolecen de algunos problemas que serán superados para que estas detecciones tengan una mayor utilidad.

Por tal razón, la organización de la atención médica en las UMF debe dirigirse a buscar una mayor corresponsabilidad en el cuidado de la salud, facilitar el acceso a los servicios de salud y a desarrollar campañas de comunicación social específicas. Para lograr lo anterior debe incrementarse el liderazgo de la enfermera especialista en medicina de familia en la atención del núcleo familiar, por lo que se aplica la recomendación de fortalecer la formación de este personaje en la capacitación, la visita domiciliaria, la atención preventiva integrada y del adulto mayor y la atención al paciente crónico, en estrecha relación con el médico familiar así como con el equipo multidisciplinario.

La atención de las familias con algún padecimiento crónico debe partir de la aplicación del enfoque de riesgo.

El proceso de enfermería busca satisfacer las necesidades de los pacientes. Sus cuatro componentes básicos son:

1. Valoración inicial del paciente.
2. Planeación de su atención.
3. Ejecución del plan.
4. Evaluación de la eficacia del plan.

Este proceso requiere:

- a. La elaboración de un diagnóstico de enfermería.
- b. La definición de prioridades, que debe ser realizada en forma conjunta con el paciente y sus familiares.
- c. El establecimiento de acciones para lograr los objetivos inmediatos.
- d. La definición de los resultados esperados dentro de un lapso determinado, los cuales deben expresarse como conductas del paciente y su familia.
- e. La evaluación de los resultados con la que se mide la efectividad de todo el proceso de la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica.

En el proceso de enfermería es indispensable la participación activa de la enfermera, el paciente y la familia, pues los objetivos que se plantean están basados

en la capacidad de enseñar (enfermera) y la capacidad de aprender (paciente, familia). Otro aspecto que no puede dejarse de lado es la pertenencia del paciente a la familia y la comunidad, donde tiene un papel que desempeñar, deberes y derechos.

Las acciones de enfermería comienzan desde el momento en que se tiene el primer contacto con la persona a través de la entrevista enfocada en:

- Detección de factores de riesgo (enfermedad crónica degenerativa) a través del familiograma.
- Apego terapéutico farmacológico y no farmacológico.
- Educación para la salud al paciente y a su familia para adquirir independencia, así como para mantenerla.
- Prevenir las complicaciones.
- Facilitar la reintegración del paciente a su entorno social.⁴

Atención al adulto mayor

México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica condicionado por el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, el cual ha provocado que la proporción de personas mayores de 60 años de edad vaya en aumento rápidamente en comparación con otros grupos etarios. De acuerdo con la NOM 167–SSA–1–1997 se considera adulto mayor la persona de 60 años de edad o más. Actualmente existen 10 695 704 adultos mayores y se estima que para 2050 conformarán cerca de 28% de la población.

El resultado de este proceso de transición marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población sumado a la prevalencia de enfermedades crónico–degenerativas, lo que significa un reto importante para el sector salud que está relacionado con el aumento en los costos y la demanda de atención en medicina familiar.

El envejecimiento es un proceso natural, dinámico, irreversible, progresivo y universal; también puede definirse como las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.

Las principales causas de mortalidad en los adultos mayores siguen siendo las enfermedades crónicas: diabetes mellitus, obesidad, enfermedades mentales, cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral, fracturas de cadera secundaria a osteoporosis y caídas. Estas enfermedades con frecuencia se acompañan de discapacidad y generan dependencia y pérdida de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, además de un alto costo de atención.

En la actualidad más de una cuarta parte de los adultos mayores (26.9%) tienen dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse. En relación a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 24.6% tienen dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales (preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero).

La ENSANUT 2012 revela que uno de cada tres adultos mayores (34.9%) ha sufrido una caída en los últimos 12 meses. De aquellos que experimentaron una caída, cerca de 40.0% afirman haber recibido atención médica.

El deterioro sensorial contribuye a limitar la capacidad funcional, y en mayor grado cuando coincide con el deterioro visual y auditivo. De los adultos mayores, 9.5% informaron padecer algún tipo de deterioro auditivo y 11.5% cierto grado de deterioro visual, mientras que 3.7% padecen ambos.

Desde este panorama, la atención del anciano requiere una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales:

- a. Las basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido.
- b. Las relacionadas con las actividades de la vida diaria y la funcionalidad.
- c. Otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad, inherentes a la personalidad y la conducta del anciano, a su dinámica familiar y a condiciones socioeconómicas individuales que influyen en la interacciones entre él y su entorno, con el cual interactúa en forma constante.

El cuidado de los adultos mayores no es tarea fácil, pues requiere una mirada transdisciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo. Se ha observado que la atención geriátrica integral a los adultos mayores favorece la identificación de problemas susceptibles de mejorar y permite diseñar las estrategias para mejorar la condición de salud y mantener la autonomía funcional del adulto mayor.

En respuesta a este panorama el IMSS, a través de la Coordinación de Programas Integrados de Salud, fortaleció el programa PREVENIMSS, para el envejecimiento saludable del adulto mayor, mediante la intervención de la enfermera en la promoción del envejecimiento activo, considerado éste como la capacidad de las personas de adaptarse a los cambios de lo que va ocurriendo en la medida en que tienen la fuerza, la energía y los recursos necesarios para hacerlo.

Asimismo, con la visión central de vincular todas las áreas posibles para que la atención de la salud del adulto mayor fuera integral, estructuró la estrategia GERIATRIMSS a través de los servicios que existen en las UMF, con el objetivo de promover la autonomía e incrementar el conocimiento de las personas adultas mayores acerca de los riesgos más frecuentes para su salud y la manera de prevenirlos y controlarlos, con base en el envejecimiento saludable.

La participación de la enfermera dentro de esta estrategia es trascendente, ya que ella realiza la detección de síndromes geriátricos con enfoque de riesgo y la promoción del envejecimiento activo brindando cuidados preventivos, programados en función de la evolución de la enfermedad, continua e integral.

En 2010 se creó el plan de estudios por competencias profesionales de la enfermera especialista en geriatría con el fin de conseguir que la transición de la etapa adulta a la vejez se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles. Esto se hace:

- a. Incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento.
- b. A través de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades.
- c. Mediante la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

El adulto mayor es muy importante para la sociedad y puede considerársele un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico del país a través del voluntariado, por transmitir sus experiencias y conocimientos, ayudar a su familia en el cuidado de los integrantes y aumentar su participación en la fuerza de trabajo remunerada. Esto es posible a través del cuidado de la salud a lo largo de la vida para prevenir o retardar la presencia de enfermedades crónicas y no transmisibles.

Visita domiciliaria

Hay evidencias de que en muchos países del mundo la atención domiciliaria se desarrolla como una estrategia sanitaria para la contención de servicios y la disminución de costos, pero principalmente para el cuidado del paciente con patología crónica, incapacidad y enfermedad terminal. El aumento en la esperanza de vida, el rápido envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, al paso del tiempo están generando discapacidad funcional grave, aumento de la demanda general de los servicios asistenciales y una gran carga financiera para las instituciones de salud, ya que el proceso de atención que se otorga a estos pacientes es prolongado y requiere una atención oportuna e individualizada, intrahospitalaria y muchas veces domiciliaria.⁹

En México, de acuerdo con el INEGI, el cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010 mostró que el país cuenta con 112 322 757 habitan-

tes, de los cuales 10 109 048 son personas mayores de 60 años de edad con una alta prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, y 5.7 millones de la población total son personas con discapacidad. En este contexto, 68.8% de la población con discapacidad es derechohabiente de algún servicio de salud; 46.7% de ellos están afiliados al IMSS,¹⁰ lo que permite dimensionar que el peso de la enfermedad y el costo de la atención para la salud de sus derechohabientes será cada vez más insostenible. Para afrontar esta situación el IMSS siempre ha buscado implementar estrategias para dar respuesta a estas necesidades de salud, y la enfermera ha desarrollado una participación fundamental en estas últimas.

Lo anterior se remonta a 1943, cuando se creó el IMSS con el objetivo de proteger a todos los obreros y empleados del país, dando inicio a las acciones sanitarias con visitas a la comunidad, en donde se efectuaron y se ampliaron las campañas contra las enfermedades transmisibles, contra el cáncer y el bocio.¹¹

Otro antecedente importante es que en 1973 se modificó la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, extrema pobreza y profunda marginación; de ello resultó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

En 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR con el objetivo de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional. En él las enfermeras comunitarias y pasantes de enfermería asumieron un papel significativo para la salud:

- a. Realizando grandes contribuciones a través de la visita comunitaria.
- b. Otorgando promoción del saneamiento básico y mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- c. Con la búsqueda intencionada de padecimientos crónicos como tuberculosis, desnutrición, hipertensión arterial, fiebre reumática, diabetes y embarazo de alto riesgo, entre otros.¹²

Así, paulatinamente las enfermeras fueron cobrando una gran importancia, sobre todo las sanitarias, por la influencia de sus acciones, emprendidas en bien de la comunidad.

En 1990, siendo Director General el Lic. Ricardo García Sainz, se publicó el *instructivo de operación para los servicios de enfermería en atención primaria de la salud*. En él se describían las visitas comunitarias como el conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería en los domicilios que conforman el área de influencia de la unidad médica, orientadas a establecer un diagnóstico situacional específico a fin de identificar factores de riesgo y evitar o controlar una enfermedad.

Tenía la visión de proyectarse a los centros laborales, escolares y guarderías, poniendo especial énfasis en las enfermedades transmisibles (como la tifoidea, el paludismo y el SIDA, entre otras), las no transmisibles (como el cáncer cervicouterino y el mamario), la diabetes y la fiebre reumática.¹³

Es importante también resaltar la intervención de la enfermería en el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) en el segundo nivel de atención, implementado en 1997, cuyo objetivo primordial es dar continuidad a la atención hospitalaria en el hogar del paciente luego del egreso hospitalario, con las premisas de calidad y calidez y cubriendo sus necesidades de salud. Actualmente no se cuenta con estudios de investigación que evalúen los resultados y los costos de este programa, aunque se le ha considerado como una experiencia exitosa.¹⁴

En esta nueva visión el IMSS continúa fortaleciendo sus estrategias, programas o modelos de atención, a fin de hacer más efectivos y eficaces los servicios a los que tiene acceso el derechohabiente.

En 2008 se dio inicio a la creación del escalafón para la categoría de enfermera especialista en medicina de familia (Cláusula 29 Transitoria, Revisión contractual 2007–2009), siendo una de sus actividades primordiales la visita domiciliaria a los pacientes que cursan con una enfermedad crónica y que los ha llevado a la discapacidad y dependencia o enfermedad terminal, así como a los adultos mayores con alto riesgo de caídas en el hogar y vía pública.

Ésta propone brindar una atención integral que cubra las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, así como también favorecer la promoción de la salud y el bienestar del individuo mediante la educación y la asesoría, incidiendo en la modificación de estilos de vida inadecuados, fomentando el autocuidado, el autocontrol, el automonitoreo y la participación proactiva, para así limitar el daño.

Esta atención domiciliaria debe garantizar la entrega de información completa a los pacientes y la familia, confidencialidad extrema, situación higiénica adecuada, trato humano, calidad en la atención y factibilidad para recibir la asistencia de otro integrante del equipo de salud en caso de requerirlo.

En este nuevo reto, la visita domiciliaria será con el paso del tiempo una de las bases de cualquier sistema de salud moderno, ya que cada vez se acumulan más evidencias de sus beneficios, pues el encuentro con el paciente y su familia permite obtener información más real y de forma sencilla a través de la observación directa y preguntas simples, identificando la vulnerabilidad del paciente y su familia, la respuesta ante la enfermedad, el grado de adherencia al tratamiento médico y el apoyo de las redes sociales.

En este contexto puede suponerse que actualmente la enfermera en el primer nivel de atención cuenta con una sólida base de conocimientos clínicos y de salud comunitaria que la capacitan para participar de manera activa en la identificación y la resolución de las necesidades de salud del individuo y la comunidad, con una perspectiva integral y una actitud motivadora, aplicando con habilidad y destreza los cuidados propios de la profesión de enfermería para dar cumplimiento a esta gran misión.

Participación de la enfermera en la vigilancia prenatal

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el Art. 4º el derecho de toda persona a la protección de la salud. Para dar respuesta a dicho artículo se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud. El IMSS, pese a la cobertura de servicios que actualmente ofrece y a los logros sustantivos en indicadores como la mortalidad infantil, aún tiene pendiente avanzar en indicadores estratégicos de salud, como el de la mortalidad materna, que se redujo en 11.6 puntos entre 2000 y 2012 (al pasar de 38 a 26.4), y el de defunciones de mujeres por cada 100 000 nacidos vivos.¹⁵ Este indicador se encuentra cerca de la meta de alcanzar 22 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos, propuesta para 2015 como parte del 5º Objetivo del Desarrollo del Milenio pactado con países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para lograr una mejor calidad de vida en la población.¹⁶

Para cumplir con lo anterior, la Dirección de Prestaciones Médicas (a través de la Unidad de Atención Médica y de la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal) presenta en su Programa Estratégico la iniciativa 1.1.9 Abatir la Mortalidad Materna¹⁷ con las siguientes líneas de acción:

- a. Mejorar la atención materna.
- b. Disminución de la morbilidad y mortalidad materna.
- c. Atención obstétrica hospitalaria.
- d. Prevención de embarazos de alto riesgo.
- e. Vigilancia prenatal.

Esta última es una actividad sustantiva que la enfermera materno-infantil, la enfermera especialista en medicina de familia y la enfermera prenatal de hospital proporcionan a las mujeres con embarazo de bajo riesgo, con la finalidad de promover, detectar y prevenir riesgos y daños a la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Como antecedente de la participación que el personal de enfermería ha tenido en la vigilancia prenatal, se puede citar que en 1983 se estableció en dos UMF un plan piloto para la participación de la enfermera en la vigilancia de embarazadas con bajo riesgo hasta la semana 34 de gestación. Con esta prueba piloto se validó el proceso y en 1984 se incorporaron otras unidades. En 1985 se implementó esta estrategia en todos los estados de la República Mexicana en por lo menos una UMF de las 35 delegaciones estatales de la Institución.

En 1986, como resultado de la práctica del personal de enfermería en la atención prenatal subsecuente, se incluyó la participación de éste en el Sistema Único de Información para registrar las atenciones otorgadas en el Subsistema de Atención Materno-Infantil (SUI-32) como enfermera en atención materno-infantil (EMI), nombre que aún conserva.

En 1989, por decisión del Subdirector General Médico, se inició la participación de la enfermera en la vigilancia de embarazadas con bajo riesgo en el último mes del embarazo en la consulta externa de hospitales con atención obstétrica en el segundo y tercer nivel de atención, como enfermera prenatal de hospital (EPH), registrando la atención que brinda a la embarazada de bajo riesgo nombres que se generan para registrar su participación en el Sistema Información Médica Operativa (SIMO).

En 1991, con la representación sindical y la aprobación del Director General del IMSS se estableció un Convenio de Reestructuración de la Rama de Enfermería para transformar la categoría de enfermera general en la de enfermera especialista en atención materno-infantil (EMI) en UMF (bajo ciertos criterios de selección).

La EMI tiene como objetivo continuar la vigilancia de la evolución del embarazo de bajo riesgo (iniciada por el médico familiar) de preferencia a partir de la segunda consulta prenatal y del primer trimestre del embarazo, así como la vigilancia del desarrollo y el crecimiento del niño sano desde que nace hasta los cinco años de edad. Todo ello se lleva a cabo con:

- a. Acciones de promoción, prevención y detección de enfermedades.
- b. La promoción de la lactancia materna, estrategia que en las UMF contribuye a contener los costos y a que en el binomio madre-hijo exista la vinculación que el niño requiere para un crecimiento y un desarrollo exitosos.
- c. La detección de enfermedades metabólicas en el recién nacido con el tamiz neonatal ampliado.

La participación de la enfermera en la vigilancia prenatal en el IMSS ha contribuido en forma importante en la atención de la embarazada de bajo riesgo y permitido al personal de enfermería detectar de manera oportuna signos y síntomas de alarma que ponen en riesgo la salud del binomio madre-hijo, favoreciendo la disminución de la muerte materna.

La vigilancia prenatal realizada por el personal de enfermería ha tenido buena aceptación por la gestante, ya que es una atención individualizada basada en la comunicación educativa con enfoque de riesgo y como resultado hay un mayor apego de la derechohabiente al cuidado de la salud materna.

En 2007 se creó la categoría de enfermera especialista en medicina de familia, cuya actividad sustantiva es la vigilancia prenatal de la embarazada de bajo riesgo.

REFERENCIAS

1. Anzures R, Chávez V, García C, Pons O: Medicina familiar. En: Sánchez FJ, Sánchez RV: *Corienter*. 1ª ed. México, 2008:471-489.

2. **Hernán San M:** Tratado general de la salud en las sociedades humanas. En: *Salud y Enfermedad*. 9ª ed. México, Ediciones Científicas, 2005:298–301.
3. **García C, Muñoz O, Duran L, Vázquez F:** *Seguridad Social. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. Temas y debates*. 1ª ed. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006:255–268.
4. Instituto Nacional de Salud Pública: *Encuesta de salud y nutrición 2012, Resultados nacionales*. México, 2012.
5. **Partida V:** *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de población*. Universidad Autónoma del Estado de México, 2005:9–27.
6. **Manrique EB, Salinas RA, Moreno TK, Téllez RMM:** Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública Mex* 2011;53(1):26–33.
7. Plan Gerontológico Institucional 2006–2025.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Plan de estudios por competencias de enfermería geriátra*. México, 2012.
9. **Arago I:** El incremento de las atenciones médico sanitarias a los ancianos. *JANO* 1991;40:1.911–1.916.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía: *Censo de Población y Vivienda 2010*.
11. **Alemán Escobar ML, Salcedo Alvarez RA et al.:** *La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922–2009. Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México*.
12. **Rosales Rodríguez L, López Andrade G:** El sistema de enfermería en el Programa Nacional de Solidaridad Social por cooperación comunitaria IMSS–COPLAMAR. *Revista de Enfermería IMSS* 1988;1:No. 2–3.
13. Instructivo de operación para los servicios en atención primaria de la salud. Coordinación General de Comunicación Social, 1990.
14. **Constantino P, Muñoz M, Garduño J:** Evaluación económica del Programa Atención Domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas terminales. En: Durán L, Muñoz O (eds.): *Retos de la seguridad social en salud en el siglo XXI: Evaluación y gestión tecnológica*, México, IMSS, 2002:113–122.
15. Tasa de Mortalidad Materna 2012. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2012. Instituto Mexicano del Seguro Social.
16. Organización de las Naciones Unidas: *Declaración del Milenio* 1990. 5º Objetivo del Desarrollo del Milenio.
17. Programa Estratégico 2013, Coordinación de Áreas Médicas, Unidad de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La calidad y la seguridad en los cuidados de enfermería

*Gloria María Galván Flores, Alicia Hernández Reyes,
Ana Luisa Cabrera Ramírez, Tania Reyes Hernández,
Petra Rodríguez Hernández, María Guadalupe Estrada Pérez,
Antonieta García Calzada, Albino Pérez Guerrero*

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la atención de los pacientes se enmarca en la seguridad de la atención, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los Estados miembros a prestar “La mayor atención posible del problema de la Seguridad del Paciente” y establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y calidad de la atención de la salud”.¹

En la Asamblea Mundial de 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes; fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año y promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes.²

La Secretaría de Salud en México se vinculó a la alianza por la seguridad del paciente en el año 2006 a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. En mayo del 2007 publicó la OMS “9 soluciones para la Seguridad del Paciente”. A lo largo del año 2007 la iniciativa de México por la seguridad del paciente comenzó a divulgar las denominadas “10 acciones de seguridad del paciente”, con el objetivo de generar conciencia entre los profesionales de la salud en torno a la gestión de riesgo.

En septiembre de 2007 la Secretaría de Salud suscribió con la OMS/OPS y otros países de la región la “Declaración conjunta en apoyo a la iniciativa del Pri-

mer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: Una Atención Limpia es una Atención Segura”.

La *Joint Commission International* ha propuesto los denominados “6 Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente” a partir de las propuestas de la OMS adoptadas en 2007. Los mencionados objetivos han sido incorporados al proceso de Certificación del Consejo de Salubridad General.

Con fecha 6 de noviembre de 2008 y mediante la instrucción 133/2008 se describió la iniciativa de Seguridad del Paciente a SICALIDAD, que pasó a denominarse Programa Nacional de Seguridad del Paciente.

En 2009 el Consejo de Salubridad homologó sus estándares con la *Joint Commission International*, con un enfoque centrado en la seguridad de los pacientes, y aunado a esto, en el movimiento de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente.

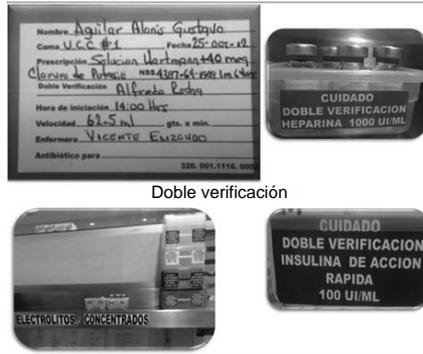
El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), alineándose con las estrategias nacionales e internacionales, impulsa una política de seguridad y calidad del paciente cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar ocurrencias de eventos adversos, para contar con unidades de atención médica seguras y competitivas.

La Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social visualiza a través de la unidad de atención médica la relación de la calidad con la seguridad del paciente; es un área de oportunidad para la mejora de los procesos de atención médica. En mayo de 2010 desarrolló un Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente donde se definen estrategias dirigidas a la prevención de los errores, a mejorar la satisfacción de los usuarios y profesionales, optimizando los recursos institucionales. Este plan incluyó a las unidades médicas de primero y segundo niveles de atención y UMAE, en especial a unidades sedes de residencias médicas que no estuvieran en proceso de construcción o remodelación, y en el caso de las UMF, aquellas que contaran con 10 consultorios o más. El objetivo era alcanzar la certificación de estas unidades médicas mediante el cumplimiento de los estándares del Consejo de Salubridad General.³

Por lo anterior, el propósito de este capítulo es compartir la directriz, las experiencias y los retos de la implementación en el IMSS de una cultura de calidad y seguridad en los cuidados de enfermería al paciente, con base en la experiencia vivida de 10 años en la asesoría de unidades médicas dentro del proceso de certificación.

DESARROLLO

En 1990 el psicólogo James Reason propuso el “modelo del queso suizo”; explicaba que cada sistema tiene distintas barreras que separan la exposición de un de-



Doble verificación

Figura 4-1.

senlace, los riesgos de los daños. Sin embargo, cada barrera tiene fallas, que son los “agujeros”, los cuales en su posición varían aleatoriamente, de tal modo que el accidente ocurre cuando se alinean (figura 4-1).

Reason señala que el problema no es que aparezca una falla en el sistema, sino que lo grave es que concurren varias fallas a la vez.⁴ Por ejemplo, la dispensación de un medicamento equivocado, la valoración incompleta del paciente que no permite identificar alergias, la omisión en la entrega de un tratamiento correcto, la falta de doble verificación en la preparación y administración de un medicamento; cada uno por sí solo tal vez no sería suficiente para causar daño, pero cuando se alinean todas las fallas en el sistema de medicación, se colapsa el sistema y se presenta el daño, que bien puede ser leve o causar la muerte al paciente.

Los “agujeros del queso” pueden ser fallas, que son aquellas cometidas por personas en contacto directo con el procedimiento y que suelen tener un impacto de duración muy breve, y condiciones latentes, que son problemas residentes en el sistema.

Muchas veces están ocultas en el mismo y pueden pasar inadvertidas, señala James Reason, y pueden ser parte del propio diseño del sistema. En el ejemplo mencionado la falla fue no verificar los siete correctos antes de entregar el medicamento y la condición latente es no contar con una política de doble verificación de la preparación y administración del medicamento, así como no realizar la valoración inicial del paciente.

Es importante precisar que para prevenir errores la atención debe estar dirigida a todo el sistema y no sólo al individuo; es el personal conocedor del comporta-

miento de los procesos quien puede señalar la génesis de los accidentes y por tal motivo se deben sumar esfuerzos para limitar la incidencia de errores y crear sistemas más capaces de contener esos errores y detener sus efectos dañinos para el paciente.⁵

En las unidades médicas hospitalarias del IMSS se estima que hay un promedio de 165 000 egresos hospitalarios al mes.⁵ Existe la probabilidad de que se presenten 16 500 eventos adversos al mes si se considera que el Departamento de Salud del Reino Unido publicó en 2000 *An organization with a memory*, en donde estimaba que se producen eventos adversos en cerca de 10% de las hospitalizaciones.⁶ Por ello es imperativa la supervisión estrecha de los procesos, con la finalidad de anticiparse al evento e identificar el mayor número de cuasifallas (evento que está cerca de ocurrir pero que se evita); la notificación de los eventos adversos, centinela y cuasifallas permite tener un panorama del comportamientos de riesgos y daños en una unidad de atención médica, lo cual obliga al personal directivo a tomar decisiones para implementar mejores prácticas en la atención del paciente.

La seguridad de los pacientes presta una gran atención a los estudios realizados por diversas instituciones relacionados con la práctica médica, entre ellos el realizado en Harvard en la década de 1980. En éste se concluyó que casi 4% de los pacientes sufre algún tipo de daños durante su ingreso hospitalario, 70% de los cuales provocaron un daño temporal y 14% acabaron en la muerte del paciente. También en el informe del Instituto de Medicina se estimó que entre 44 000 y 98 000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos, cifras que superan la mortalidad por accidentes de automóvil, cáncer de mama o SIDA.⁷

El Consejo de Salubridad General propone el Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del paciente (MGCSP), organizado en tres secciones (Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, Centrados en el Paciente y la Gestión) y 15 apartados que permiten sistematizar el proceso de atención otorgado al paciente, donde el personal de enfermería como parte del equipo de salud tiene el compromiso de:

- a. Ser líder en los procesos de mejora de la atención.
- b. Ser fortaleza en sus áreas.
- c. Privilegiar las intervenciones de enfermería como uno de los procesos más importantes que favorecen la curación y la recuperación de la salud del paciente.

En el Instituto, para la implementación del MGCSP y para la aplicación del enfoque sistémico y la metodología trazadora se incluye a todo el equipo multidisciplinario de salud y en él participa activamente el personal de enfermería durante el desarrollo de las actividades inherentes a su profesión.

El éxito para la implementación del Modelo es cambiar de actitud, aprender a anticiparse al daño, ser consistentes en las buenas prácticas, estandarizadas y uniformes en su aplicación.

La participación del personal de enfermería en el desarrollo de las mejores prácticas para garantizar una atención segura conlleva a fortalecer las intervenciones en todo el proceso de atención, tanto en el área gerencial como en la operativa; para ello es importante que las enfermeras conozcan el modelo de la ocurrencia de los diferentes eventos, identifiquen cuáles son los puntos críticos en los que pueden cometer errores y anticiparse con métodos, técnicas y procedimientos con base científica para evitar riesgos y daños al paciente.

Los cuidados de enfermería deben estar fortalecidos por información actualizada, científica y alineada con las prácticas seguras, desarrollar una cultura de prevención y sumarse a los esfuerzos por tener sistemas de salud más saludables y eficientes, con apego a las metas internacionales de seguridad del paciente y los estándares centrados en el paciente y la gestión, cuyo propósito es señalar acciones específicas para la seguridad del paciente.

Para poder ir permeando la cultura organizacional, la unidad de atención ha desarrollado múltiples herramientas y estrategias.^{8,9}

Metas internacionales de seguridad del paciente

Se construye una guía de implementación de estas metas, que marcan el inicio de la difusión a nivel nacional y quedan insertas en la normativa institucional modificada en la cual se definen estrategias por cada meta.

- **Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes.**
 - El IMSS establece como política dos identificadores, el nombre completo y el NSS, los cuales son verificados antes de proporcionar tratamientos y procedimientos.
- **Meta 2. Mejorar la comunicación efectiva.**
 - Aunque en el IMSS las indicaciones médicas sólo son escritas, se consideró entre las políticas y procedimientos describir un ciclo de comunicación, un proceso de “escuchar–escribir–leer y confirmar” en el cual intervienen dos personas (un emisor y un receptor), que pueden ser médico–enfermeras, técnico de laboratorio–gabinete–médico y otros personajes que intervengan en la emisión de órdenes verbales/telefónicas en el proceso de la atención al paciente.
- **Meta 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.**
 - El IMSS, a través del personal de enfermería normativo de la unidad de atención médica, determinó colores para identificar los electrolitos con-

centrados; aquéllos quedaron insertos en la NOM-072-SSA1-2012, que establece que la industria farmacéutica adopte esta clasificación en el etiquetado de los electrolitos concentrados.

- Con esta meta se busca adoptar una de las mejores prácticas de “doble verificación” en la preparación y administración de electrolitos concentrados, citotóxicos, anticoagulantes, antirradiactivos e insulinas.
- **Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto.**
 - En todas las unidades del Instituto se adopta la Instrucción de SICALIDAD 336/2012, verificación de cirugía segura “Salva Vidas”, con el uso estandarizado del marcaje en forma de “diana” (un círculo con un punto en el centro), que señala el de la incisión quirúrgica.
- **Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.**
 - Para garantizar la consistencia del Programa, las políticas y los procedimientos deben cumplir con la higiene de manos de acuerdo con guías actualizadas y aceptadas por la OMS. Se desarrolla un plan de capacitación, supervisión, asesoría y gestiones que garantice la estructura necesaria y el seguimiento del proceso, para con ello cumplir con una técnica correcta de higiene de manos de todo el personal de la salud en las unidades médicas del IMSS.
- **Meta 6. Reducir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas.**
 - Para el cumplimiento de esta meta se utiliza la escala de determinación del grado de riesgo de caídas,⁹ aplicable a todos los grupos de edad. Del resultado se determinan las medidas de seguridad.

Estándares centrados en el paciente

En esta sección se define el deber ser de la atención integral del paciente desde su ingreso a una unidad médica hospitalaria hasta garantizar la participación del paciente y su familia mediante un proceso educativo bien dirigido.

Acceso y continuidad de la atención (ACC)

- El propósito de este apartado es hacer coincidir correctamente las necesidades del paciente con la disponibilidad de servicios de la unidad prestadora de la atención.

La información requerida para el proceso de la atención va encaminada a hacer eficientes los diferentes servicios y a realizar una adecuada transferencia del paciente entre un servicio y otro, así como a garantizar que el alta sea en las condiciones más óptimas para la recuperación del paciente.

Derechos del paciente y de su familia (PRF)

- El propósito es identificar, proteger y promover los derechos del paciente que le permitan tomar decisiones bajo consentimiento informado, involucrar al paciente y su familia en el proceso de la atención, privilegiar sus derechos y educarlo sobre éstos. Cabe destacar que aunque la identificación de los pacientes vulnerables que por su atención requieren mayor protección es una actividad del equipo multidisciplinario, la enfermera es punto clave para realizarla.

Evaluación de pacientes (AOP)

- De los 16 puntos que se consideran en la evaluación inicial de los pacientes a su ingreso a la unidad en las primeras 24 h, el personal de enfermería es responsable de hacer como mínimo:
 - Evaluación de enfermería.
 - Evaluación funcional.
 - Evaluación del dolor.
 - Identificación del riesgo de caídas.
 - Identificación de necesidades de educación.

Actualmente los resultados de estas valoraciones son registrados en la hoja de registros clínicos, el esquema terapéutico y las intervenciones de enfermería. Es un área de oportunidad el contar con un instrumento que integre la información de estos cinco puntos.

Servicios auxiliares de diagnóstico (SAD)

- El personal de enfermería participa de manera activa como parte del Programa de Seguridad Radiológica, por lo que es necesario que lo conozcan y tengan las competencias necesarias para atender al paciente en situación de riesgo.

Atención de pacientes (COP)

- La definición de las actividades de este apartado incluye:
 - a. La planificación del cuidado según protocolos de manejo, basados en evidencia científica.
 - b. El control del paciente para entender los resultados de la atención.
 - c. La modificación de la atención cuando sea necesario.
 - d. La finalización de la atención.
 - e. La planificación del seguimiento.

Para facilitar el cumplimiento del propósito de este apartado, el personal de enfermería normativo de la unidad de atención médica realizó una serie de documentos que permiten estandarizar y unificar la atención de enfermería:

- Lineamientos para proporcionar servicios de reanimación y uso, entrega y recepción del carro para reanimación cardiopulmonar en las unidades de atención médica (COP.3.2).
- Políticas y lineamientos que guían el proceso de atención de los pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades contagiosas, así como de los métodos de barrera y aislamiento (COP.3.5).
- Políticas y procedimientos que guían el uso de la sujeción terapéutica del paciente en los procesos de atención médica (COP.3.7).

Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

- Los hospitales realizan un gran número de procedimientos que involucran el uso de anestesia y sedación, al igual que de procedimientos quirúrgicos, en los cuales el personal de enfermería, como parte integral del equipo quirúrgico, participa activamente en intervenciones de evaluación completa, atención coordinada, integral, control constante del paciente, con énfasis en la continuidad de la atención.

Manejo y uso de medicamentos (MMU)

- La perspectiva general en el sistema de medicación es que se integren y vinculen todos los procesos de forma eficiente, con calidad y oportunidad en cada tramo del diseño del sistema: selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, distribución, dispensación, preparación, administración, documentación y control de los medicamentos.
El personal de enfermería participa activamente en el sistema para desarrollar prácticas seguras y evitar una mayor proporción de errores de medicación.

Educación del paciente y de su familia (PFE)

- El propósito de privilegiar la educación del paciente y de su familia ayuda a mejorar la participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención. El proceso educativo efectivo se inicia desde la identificación de las necesidades y las barreras de aprendizaje, permitiendo intervenciones mediante técnicas y métodos que favorezcan el conocimiento de su proceso de atención durante la hospitalización y que se prolonguen hasta el plan de alta para el egreso del paciente al domicilio.

Estándares centrados en la gestión

En esta sección se consideran los elementos para la toma de decisiones por parte del personal directivo, incluyendo a enfermería, orientadas a garantizar la mejora continua de los procesos de atención y la estructura de las unidades.

Mejora de la calidad y la seguridad del paciente (QPS)

- La planeación y el control del proceso de la atención están basados en la identificación de riesgos y daños a través de un proceso de intervención intencionado mediante el cual se conocen todas las condiciones no favorables para una atención de calidad. El apartado de “mejora de calidad y seguridad del paciente” está dirigido por los líderes, que deben impactar en la cultura de la organización, ser proactivos en los procesos críticos, analizar los datos y tomar decisiones para mejorar y mantener un avance efectivo en los procesos. Los principales puntos de participación del personal directivo de enfermería son:
 1. Identificación de los riesgos.
 2. Sistema de registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela de la unidad médica hospitalaria.
 3. Rediseño de procesos a través de protocolos de manejo y guías de práctica clínica.
 4. Utilización de indicadores que midan la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
 5. Implementación de una herramienta proactiva. Se sugiere el análisis de modo y efecto de fallo (AMEF) en los procesos críticos.

En la institución se diseñó un sistema de notificación llamado Sistema Vencer cuyo enfoque era correctivo; su propósito era sistematizar el manejo de los eventos centinela a través del mecanismo de identificación, notificación, análisis de causa-raíz, estableciendo los lineamientos para la implementación de planes de mejora para los prestadores de servicio, derechohabientes y familiares, con el objetivo de evitar su recurrencia. Sin embargo, al analizar los resultados de este sistema se identificaron algunas dificultades técnicas: falta de apego al programa, desconocimiento del programa, complejidad del formato y temor a las represalias. Por ello, en 2010 se rediseñó el denominado Sistema Vencer II, que considera en su taxonomía tres tipos de eventos:

1. Evento centinela: suceso imprevisto, resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, la pérdida permanente de una función o de un órgano, no relacionado con el curso natural de la enfermedad; o puede

tratarse de una cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto, o del paciente equivocado o de muerte materna. Además, incluye eventos que por su gravedad y las características de la unidad se decida considerar como tal (robo de infante).

2. Evento adverso: daño ocasionado al paciente, derivado de la atención prestada en el hospital por el equipo médico o personal del mismo establecimiento.
3. Cuasifalla: evento que estuvo a punto de ocurrir pero que se detectó a tiempo y es reportado para evitar este tipo de incidentes.

Este sistema invita a realizar de manera voluntaria la notificación de los diferentes tipos de evento por el personal operativo del equipo multidisciplinario de salud, para dar la oportunidad de aprender de los errores y evitar la recurrencia de éstos.

Prevención y control de infecciones (PCI)

- El propósito de este apartado es la implementación de acciones basadas en un plan o programa de prevención y control de infecciones nosocomiales, con la finalidad de reducir los riesgos de contraer y transmitir procesos infecciosos entre los pacientes, los familiares y los trabajadores. En este apartado de estándares es indispensable que el equipo multidisciplinario se integre, se reúna periódicamente, cuente con un plan o programa de prevención y control de infecciones nosocomiales; que se establezcan indicadores de calidad y seguridad de las buenas prácticas. El enfoque no es medir el daño, sino medir la implementación de una buena práctica; por ejemplo, medir la correcta técnica de instalación de una línea vascular, ya que lo que se ha observado es que se miden las infecciones por línea vascular. Para la buena práctica es deseable anticiparse al daño.
- Toda la organización se encuentra implícita y es corresponsable de garantizar medidas que prevengan infecciones de pacientes, visitantes y trabajadores. El personal de enfermería es actor fundamental como parte de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica para realizar la vigilancia activa y ser monitor en la capacitación continua del programa de este sistema.

Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

- La definición y el cumplimiento de las políticas, procedimientos y toda normativa regulatoria son promovidos en forma responsable por los líderes; para ello es necesario que los directivos identifiquen claramente sus funciones y responsabilidades en cada ámbito de competencia.

Gestión y seguridad de las instalaciones (FMS)

- La estructura de las instalaciones médicas garantiza el cumplimiento de procesos de calidad y seguridad, por lo que los directivos deben integrar seis planes o programas en los siguientes aspectos: seguridad y protección, manejo de materiales y sustancias peligrosas, manejo de emergencias para desastres y epidemias, seguridad contra incendios, manejo del equipo médico y sistemas de servicios básicos. Además, los líderes son responsables de planificar, capacitar y gestionar los recursos necesarios para dar cumplimiento a estos programas por el personal, los pacientes y los visitantes. El personal de enfermería debe conocer la existencia de estos planes y la participación que tiene en cada uno de ellos.

Calificaciones y educación del personal (SQE)

- Con la finalidad de proporcionar una atención de calidad es necesario que los líderes garanticen la cobertura suficiente de personal, así como que identifiquen que el personal de salud, técnico y profesional cumpla con las competencias que tienen para el ejercicio profesional. Eso se hace verificando la fuente original para asegurarse de que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales (incluyendo al personal de enfermería), además de evaluando anualmente sus habilidades y sus competencias.

Un reto indispensable es garantizar las 24 h del día los 365 días del año la cobertura de enfermeras certificadas en técnicas de reanimación cardiopulmonar avanzada en áreas críticas y que minimicen los riesgos de atención del paciente en situaciones de urgencia.

Las unidades de atención médica deben contar con un programa de capacitación continua y un programa de seguridad para el personal, en el cual debe estar incluido el personal de enfermería.

Manejo de la comunicación y la información (MCI)

- La perspectiva general de este apartado está relacionada con la utilización y la disposición que se tiene de la información científica, ya sea la proporcionada por el paciente, por el profesional de la salud o por el personal directivo en sus hospitales.

Uno de los criterios por verificar en este apartado es la existencia de un expediente clínico por paciente apegado a normas nacionales, por lo que es necesario que se garantice la correcta utilización de los formatos por el personal de enfermería.

CONSIDERACIONES DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE PREPARACIÓN PARA CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA

La participación del personal de enfermería en el proceso de preparación para la certificación de unidades médicas hospitalarias por el Consejo de Salubridad General es un elemento clave para el éxito de la implementación de las buenas prácticas. A continuación se describen algunas consideraciones.

Es elemental que la enfermera cambie su enfoque de atención en todos los procesos y procedimientos en que participe, modificando su visión y aprendiendo a ver los riesgos. Esto significa que debe considerar todo aquello que de no realizarse rompería el eslabón que garantiza una atención segura. Por ejemplo, si hay personal de nuevo ingreso es indispensable que reciba toda la información referente a sus funciones, los métodos, las técnicas y las medidas de seguridad que se otorgan en la Institución, para no ocasionar daño al paciente. El error más frecuente en los hospitales es siempre atender el daño y no anticiparse. Entonces, el éxito es aprender a ver con un enfoque de riesgo en todo el sistema.

El gerente de enfermería tiene una función primordial en difundir toda la normatividad vigente; esto incluye políticas, procedimientos, normas institucionales y nacionales, reglamentos, planes, programas y todo aquello que incluya información referente a la atención segura del paciente. Se ha observado que en las visitas no se definen políticas de atención hacia una práctica de calidad y seguridad del paciente; por otra parte, no se difunden al personal operativo. Recuérdese siempre que el personal operativo es el capital humano que otorga el servicio y es quien cumple con todo lo descrito en los documentos.

El personal directivo y operativo de enfermería debe mantener una vinculación estrecha con los enlaces de otros procesos; el éxito para que una organización funcione es que sus participantes conozcan cuáles son sus responsabilidades en este sistema, cómo colaborar con otro enlace operativo y principalmente cuáles son los resultados de atención. En las unidades médicas hospitalarias se ha observado que no se conocen las funciones de otros participantes, no se reúnen en forma periódica para conocer el desarrollo, los aspectos críticos y los éxitos. El resultado de la atención puede ser inoportuno, insuficiente y de alto riesgo; por ejemplo: en el sistema de medicación, si la enfermera no informa con qué frecuencia recibe medicamentos equivocados de Farmacia, el personal que entrega los medicamentos no aplicará un control de verificación en su servicio y el resultado será un riesgo latente de aplicar un medicamento incorrecto y causar daño al paciente.

Los errores más frecuentes en la implementación del modelo de calidad y seguridad del paciente son que no se integran buenas prácticas para minimizar los

riesgos en la atención, se confunden los indicadores al medir los daños y no se tiene la cultura de conocer los errores y daños propios que, por lo tanto, no son atendidos.

El éxito de la implementación es cambiar de actitud, aprender a anticiparse al daño, ser consistente en las buenas prácticas, las cuales deberán ser estandarizadas y uniformes en su aplicación. Por lo anterior, el ejercicio del liderazgo del personal directivo facilita y guía hacia un cambio de cultura; la participación tenaz y profesional del cuerpo de gobierno de cualquier hospital lleva a la solidez y a la madurez de sus procesos y sistemas.

Las experiencias en la certificación de las unidades de atención médica con los estándares del Consejo de Salubridad General en el IMSS son escasas; actualmente sólo está certificada la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) N° 36 Mesa de Otay, Tijuana; dos unidades de atención médica de alta especialidad (UMAE) recibieron la auditoría del CSG y se encuentran en espera de resultado.

Una experiencia enriquecedora en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente por la complejidad de sus procesos es la vivida en la UMAE N° 34 Hospital de Cardiología de Monterrey, Nuevo León, en la preparación del proceso de certificación. Por eso a continuación se describe el proceso de implementación del Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en el área de enfermería de esta unidad.

Proceso de preparación para la certificación por parte del Consejo de Salubridad

Concluida la vigencia de la certificación de la UMAE N° 34 Hospital de Cardiología de Monterrey, Nuevo León, el personal directivo toma la decisión de empezar el proceso de implementación de los estándares actuales del CSG, iniciando esta actividad bajo la asesoría de la Dirección de Prestaciones Médicas a través de la unidad de atención médica. Una vez garantizado que el plan de calidad y seguridad del paciente se encontraba sistematizado por más de cuatro meses y se contaba con toda la documentación requerida, en noviembre de 2012 se inscribe ante el CSG para ser auditada, recibiendo la visita de los auditores del 20 al 23 de mayo de 2013.

La preparación para la certificación de la UMAE Hospital de Cardiología No. 34 ha permitido mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. Asimismo, se mantiene a la vanguardia en aspectos de competitividad y de mejora continua en beneficio de los usuarios.

Para iniciar todo este proceso fue necesario que el personal directivo de enfermería se documentara y analizara el manual de estándares, apartado por apartado, identificando el objetivo, el propósito, los elementos medibles y las evidencias

documentales que respaldaran cada estándar, para aplicarlos a los procesos de enfermería en la unidad.

Es necesario que los documentos institucionales describan la forma como están desarrollándose las buenas prácticas, descritas a través de estándares de certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General; para ello se estructuran los documentos básicos referentes a cada apartado, en total 15 carpetas. Se estableció en el IMSS que fueran carpetas blancas, de hojas abatibles, con el costado de color rojo para las metas internacionales de seguridad del paciente, de color verde para los estándares centrados en el paciente y de color azul para los estándares centrados en la gestión. Una señal particular para la carpeta del plan de calidad y seguridad del paciente es una tira dorada, ya que es el eje rector del modelo de gestión. Cada carpeta contiene todos los estándares que deben estar documentados. Se redactaron políticas, se reescribieron procedimientos, se estructuraron programas, planes y listados, que señalan la forma en que se realizan las actividades en cada área o servicio.

Para la implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente y de los estándares centrados en el paciente fue necesario dar a conocer las metas internacionales al personal operativo de enfermería, buscando no sólo que las conociera sino que las diferenciara, las aceptara y, lo más difícil, las adoptara como parte de su práctica cotidiana en la atención al paciente. Para esto se enfrentaron a grandes obstáculos, entre ellos la resistencia al cambio. Las limitaciones encontradas han sido vencidas con actitud positiva y perseverancia, instruyendo con el ejemplo, cambiando estrategias educativas y reforzando los rastreadores tanto de los pacientes como de los sistemas.

Al igual que sucedió con las metas internacionales de seguridad del paciente, cada uno de los estándares en los que está inmersa la práctica de enfermería se fue implementando. Para esto se desarrollaron planes de mejora, políticas, procedimientos, indicadores de mejora de la calidad, fortalecimiento del sistema Vencer II, implementación de buenas prácticas, liderando el sistema de medicación y una participación activa en el proceso de control de infecciones, educación del personal, gestión y seguridad de las instalaciones.

El principal propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) radica en mejorar la seguridad del paciente en la atención médica, motivo por el cual exige el cumplimiento total. Basadas en el conocimiento y la evidencia en la práctica diaria, estas acciones encaminadas al aseguramiento de los procesos de atención médica son una prioridad. A través de las estrategias planteadas se ha logrado reducir los eventos adversos.

Para la sistematización y la estandarización de este modelo se estableció un programa de trabajo de la Dirección de Enfermería en el cual la capacitación fue la base para generar cambios de conducta en el personal operativo de enfermería, el paciente y los visitantes, y en él se utilizó una gran diversidad de estrategias.

El programa de educación incluyó:

- Talleres, sociodramas, carteles, videos y simulacros de metas internacionales de seguridad en el paciente de manera continua.
- Curso de inducción al personal de nuevo ingreso.
- Participación en las sesiones generales.
- Se elaboró un programa efectivo de manos.
- Supervisiones operativas.
- Estudios de sombra.
- Elaboración de indicadores de mejora de las seis metas y seguimiento mensual para evidenciar el porcentaje de avance de la adopción de las mismas por el personal operativo.

Para cumplir con los estándares de certificación del CSG fue necesario implementar barreras de seguridad que en la práctica habitual de la atención de enfermería no se realizaban, como:

- **MISP 1.** Identificación correcta del paciente. Para lograr esta meta se utilizaron los identificadores: nombre completo, NSS y adicionalmente la fecha de nacimiento como una barrera de seguridad más.
- **MISP 2.** Mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud (en órdenes verbales o telefónicas). Como política, en esta unidad no están autorizadas las indicaciones médicas telefónicas; sólo se acepta información de resultados de laboratorio de valores críticos y muestras inapropiadas, que se registran en el formato de registros clínicos y constantes vitales, y posteriormente la enfermera responsable del paciente notifica a la enfermera jefe de piso para que a su vez los anote en la bitácora.
- **MISP 3.** Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados). Los servicios en donde se encuentran disponibles los electrolitos concentrados son: el servicio de admisión continua, hemodinamia, quirófano, terapia posquirúrgica, terapia pediátrica, terapia neonatal y unidad de cuidados coronarios. Los electrolitos deben estar en las áreas de preparación de medicamentos en el caso de las unidades de cuidados intensivos y de admisión continua; en quirófano será sólo en dos salas de cirugía (carros de anestesia), mesas de trabajo de técnicos en perfusión. Además del ADI se retiraron estos medicamentos del resto de los servicios para colocarlos tanto en los carros rojos como en el Centro Automatizado de Distribución de Insumos (CADIT), a disposición de las necesidades del resto de los servicios hospitalarios que los requieran.

Los electrolitos concentrados son manejados como sustancias controladas, están resguardados, etiquetados y clasificados para su fácil identificación, con medidas de seguridad en su almacenamiento.

Los contenedores están identificados con el nombre y el color designado por tipo de electrólito con la leyenda “CUIDADO: ALTO RIESGO”.

Para prevenir errores en la administración de estos medicamentos de alto riesgo se estableció la verificación de los siete correctos, así como la política de doble verificación por el personal de enfermería, los médicos y los técnicos en perfusión con otro profesional de la salud, antes de preparar y administrar electrólitos concentrados. Dicha doble verificación es documentada con el nombre de las dos personas que la realizan en la etiqueta de identificación de soluciones en infusión en el rubro de doble verificación.

Además de los electrólitos, la doble verificación se utiliza también en la administración de los siguientes medicamentos de alto riesgo: insulina, heparina, fraxiparina, enoxaparina, warfarina, clopidogrel, tenecteplasa, tirofiban y abcximab.

Los medicamentos de mayor uso (insulina y heparina) se etiquetaron con la leyenda “CUIDADO: MEDICAMENTO DE DOBLE VERIFICACIÓN”, además del nombre del medicamento, en recipientes transparentes, utilizando una etiqueta de color café para insulinas y una de color aqua para heparinas, que se encuentran ubicados en diferentes servicios de la unidad.

Implementar la doble verificación fue otro de los grandes logros en el que se fue más allá de realizarla; también fue documentada para asegurarse de que el personal operativo no olvidara realizar este procedimiento antes de administrar medicamentos de alto riesgo. En las etiquetas de soluciones intravenosas se agregó el rubro de doble verificación, así como en la hoja de registros clínicos, el esquema terapéutico y las intervenciones de enfermería, de tal manera que quedara registrado el nombre de los dos profesionales de la salud que realizaran este procedimiento (figura 4–2).

- **MISP 4.** Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Se instruyó a los miembros del equipo quirúrgico, a médicos, personal de enfermería y personal de perfusión extracorpórea de la importancia de aplicar las herramientas de protocolo universal y la lista de verificación de cirugía segura. Para garantizar que el equipo multidisciplinario realizara el *time Out* se elaboró un indicador de mejora de la calidad que fue medido en la unidad quirúrgica y en el servicio de broncoscopia. En los registros de enfermería se agregó un apartado para verificar la realización del *time out* en los procedimientos fuera de la unidad quirúrgica.
- **MISP 5.** Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica (lavado de manos). Para darle cumplimiento, una de las estrategias fue establecer trabajo de equipo con la división de epidemiología.
- Además de las estrategias de capacitación antes descritas, anualmente se realiza la Semana cultural de lavado de manos, en la que participa el personal de la Unidad.



Figura 4-2.

- Programación de dos cursos monográficos al año de actividades de enfermería en la prevención de infecciones nosocomiales.
- Coordinación con Almacén para asegurar el abastecimiento de insumos.
- Coordinación con Conservación para abastecer de portasanitas y dispensadores de jabón.
- Aplicación de listas de cotejo por enfermeras jefes de piso para el cumplimiento del lavado de manos.
- Publicación de carteles informativos autorizados por la OMS.
- **MISP 6.** Reducir el riesgo de caídas. Para cumplir con el objetivo de identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de que se presentara una caída en los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes, fue necesario capacitar a todo el personal de enfermería y el personal médico para evaluar el riesgo de caídas, con el uso de la escala de identificación de riesgo de caídas; carteles informativos diseñados con los factores intrínsecos y extrínsecos que pudieran condicionar una caída del paciente, así como las escalas de valoración, se colocaron en todas las áreas de atención al paciente.

A los pacientes y familiares se les otorga información a su ingreso al hospital con apoyo de un tríptico y un video; durante su estancia hospitalaria se les proporciona educación a través de un programa educativo de orientación al derechohabiente.

Uno de los retos para esta meta fue lograr que la valoración del riesgo de caídas fuera congruente con el estado clínico del paciente. Además de la incongruencia en la valoración se presentaron dificultades para el registro del

resultado de la evaluación y a menudo no se realizaba el cambio de riesgo de caídas cuando el paciente era revalorado. Para esto la capacitación de manera personalizada y la realización de talleres fue ineludible para que el formato de registros clínicos y de la tarjeta de pared fuera congruente y se registraran en ellos los cambios de acuerdo con las valoraciones.

Manejo y uso de medicamentos (MMU). En este apartado enfermería tiene mucha participación como parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT), además de liderar este sistema. En la fase de almacenamiento, en lo que se refiere a los medicamentos que se manejan en los carros de reanimación cardiopulmonar (CARE) y los botiquines de urgencia, se implementó como buena práctica la revisión de caducidades cada mes, para asegurarse de que el medicamento que se le administra al paciente esté en buenas condiciones. En esta unidad hospitalaria es frecuente el uso de antiarrítmico, vasodilatador e inotrópico; se identificaron áreas de oportunidad en la dilución de estas drogas y el uso de una tabla con las diluciones correctas de estos medicamentos, y con ello disminuyeron significativamente los errores de medicación por dilución incorrecta.

La dispensación del medicamento se realiza a través de un centro automatizado por paciente específico y ambulatorio, así se asegura que el medicamento se dispense en tiempo y forma.

Transcripción. En esta unidad no se realizan transcripciones, ya que el formato de registros de enfermería contiene un apartado para indicaciones médicas, de tal manera que el médico prescribe directamente las indicaciones en este formato.

Preparación. Se adecuaron áreas de preparación de medicamentos en todos los servicios de hospitalización, terapias intensivas y admisión continua. Se elaboró una guía didáctica como apoyo para que el personal verificara la dilución correcta y la velocidad de infusión; esta guía está ubicada en todas las áreas de preparación de medicamentos, para ser consultada cuando se requiera. Se implementaron etiquetas con los datos del paciente y los datos del medicamento, para identificarlo inmediatamente después de prepararlo e identificar al paciente antes de administrarle el medicamento. En el manejo de medicamentos multidosis se utiliza una etiqueta para identificarlos con fecha y hora de apertura; se utilizan sólo durante las siguientes 24 h después de abrirlo y después se deposita en el contenedor de residuos peligrosos (RP).

Administración. En esta fase, además de la capacitación que recibe el personal se aplican los siete correctos; además se agregaron dos correctos: dilución correcta y verificación de alergia.

Control. Implementar una cultura de identificación de cuasifallas y errores de medicación fue otro de los grandes retos. Uno de los obstáculos era que el personal diferenciara entre cuasifalla y evento adverso; había resistencia al reporte de las mismas por considerarlo como algo punitivo. Llevó tiempo que el personal

adoptara esta cultura; si bien sí se reportaban las reacciones adversas a los medicamentos, había un subregistro importante, sobre todo de cuasifallas. Se insistió con el personal en que el reporte era anónimo.

Evaluación inicial del paciente (AOP). Para la evaluación de los pacientes se implementó un formato para realizar una valoración inicial de enfermería; en este formato se incluyó la evaluación funcional de Barthell, la cual se realiza en las primeras 24 h del ingreso del paciente. Otra de las evaluaciones es la escala del dolor, ya que sólo se realizaba con la escala visual análoga en pacientes adultos conscientes y en niños de 4 a 15 años de edad, por lo que se implementó la escala fisiológica conductual para valorar el dolor en niños menores de cuatro años y la escala para la evaluación del dolor de Payen JF. Crit en pacientes sedados.

Atención de los pacientes (COP). Se implementó la identificación de los pacientes de riesgo. Cada jefe de piso registra los pacientes de riesgo en el formato de enlace de turno. Se contribuye en la elaboración de documentos como los procedimientos que guían los servicios de reanimación, así como los procedimientos de administración de sangre y hemoderivados, diálisis y terapia de reemplazo renal a pacientes de terapia intensiva, pacientes adultos mayores, con discapacidad y pacientes pediátricos y sujeción. En este último caso se incluye la autorización del familiar para este procedimiento por medio del consentimiento informado.

Educación y calificación personal (SQE). Conscientes de que la participación de enfermería es fundamental para la atención del paciente en situaciones de urgencia, es indispensable contar con personal capacitado en RCP básico y avanzado las 24 h del día los 365 días del año. Aunque ya se contaba con personal capacitado, dada la rotación constante de personal fue necesario programar rápidamente cursos para capacitar al personal médico y de enfermería y garantizar la competencia del personal para atender al paciente en situaciones de urgencia. Cabe resaltar que una fortaleza fue la creación del comité de CARE, formado hace aproximadamente dos años.

La evaluación de las competencias del personal se hace de acuerdo con el área en la que esté ubicado; de esta manera, lo que se evalúa específicamente es su desempeño en relación a las funciones que realiza según su preparación académica.

Prevención y control de infecciones (PCI). Para el manejo de catéteres venosos se cuenta con la clínica de terapia intravenosa, que se encarga de la vigilancia y el control de los catéteres venosos. Así se han reducido considerablemente las bacteremias, fortaleciéndose también la vigilancia epidemiológica.

Uno de los mayores obstáculos es hacer conciencia en el personal operativo de que evite colocar las agujas con capuchón; para esto se refuerzan las supervisiones y a su vez la educación personalizada constante. Se ha logrado un avance considerable, se está consciente de que falta mucho por hacer; sin embargo, se va por el buen camino y se seguirá fomentando esta cultura para la seguridad del paciente y del prestador del servicio.

Seguridad de las instalaciones (FMS). Son actividades básicas la difusión de los códigos de seguridad y la participación en simulacros de incendio y de evacuación. Se estableció un código verde para enfermedad aguda, realizándose simulacros de este código para los casos de resucitación cardiopulmonar. Estas acciones fueron creando una cultura de activación de este código para asegurar la participación de un grupo multidisciplinario; además se implementó una línea telefónica exclusiva para activar el código verde.

PROCESO DE CERTIFICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Por su formación, el personal de enfermería tiene la disciplina de realizar supervisión y evaluación de forma continua en todos sus procesos. La enfermera se ha capacitado en cursos posttécnicos de Administración de los Servicios de Enfermería (hoy denominados Gestión y Educación) con los que se la prepara para realizar procedimientos de evaluación y supervisión. Sin embargo, en el IMSS no se contaba con personal de enfermería que incursionara en los procesos de auditoría externa. Ante la necesidad de integrar diferentes categorías para la implementación del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del paciente se inició un despliegue de capacitación a personal directivo y operativo de enfermería sobre los estándares para la certificación de hospitales. Es en este proceso de capacitación en las diferentes Delegaciones del IMSS que destaca la figura del personal de enfermería como un personaje importante en la implementación de las buenas prácticas en la política de calidad y seguridad del paciente. En el desarrollo de esta capacitación las enfermeras figuran como expertas en la práctica clínica, destacando sus cualidades de disciplina, compromiso, responsabilidad, pulcritud, liderazgo y honestidad en su trabajo, lo que permitió que las autoridades de la Dirección de Prestaciones Médicas observaran a la enfermera como un valioso talento humano para impulsar el proceso de certificación en unidades médicas de primero y segundo nivel de atención y UMAE.

La unidad de atención médica inició en 2010 un proceso de capacitación a integrantes del equipo multidisciplinario para impulsar el proceso de certificación de las unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel. Se llevó a cabo el primer curso de los Nuevos Estándares para Certificación de Hospitales 2009 en la Delegación Chihuahua; en este curso participó principalmente personal médico y del área de Calidad y Normatividad. Es hasta el segundo curso en la Delegación Campeche, en abril de 2010, cuando se integró personal directivo de enfermería y con ello empezó la participación activa de la enfermera en este proceso de preparación para la certificación.

Para fortalecer al personal directivo del área médica, administrativa y de Servicios de Conservación, en mayo de 2011 se capacitó a auditores internos en certificación de hospitales. El objetivo era desarrollar e impulsar a líderes para consolidar los procesos de certificación. Los obstáculos que se presentaban eran cada vez más reducidos; ya se hablaba de las Metas Internacionales de Seguridad del paciente como de un tema de gran importancia para su aplicación. Además de difundir el Modelo de Gestión de la Calidad y Seguridad del paciente, era necesario que se aplicaran en forma correcta las prácticas descritas en la Cédula de Estándares para Certificación de Hospitales. Se empezó a encontrar tropiezos en el proceso, algunas prácticas no estaban todavía documentadas en la Normatividad Institucional, por lo que surgió la necesidad de actualizar los documentos normativos y la inclusión de prácticas sustentadas en una base científica comprobada y aplicada a nivel internacional. Esta actividad requirió la revisión cuidadosa de todos los documentos afines a los procesos de atención que describían las políticas, los procedimientos y los lineamientos para la aplicación de acciones con enfoque de calidad y seguridad para el paciente, relacionados con los estándares para la certificación de hospitales.¹⁰

En el proceso de capacitación e intercambio de conocimientos para certificar a las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención se fortaleció el vínculo con el Consejo de Salubridad General, abriéndose la posibilidad de formar auditores. En el año 2011 el Consejo de Salubridad General, en cumplimiento a las actividades del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, realizó cursos para auditores externos que formarían parte del padrón de auditores, con la función de participar en las auditorías de establecimientos diferentes a su organización o institución de adscripción, públicos y privados. El personal de enfermería del IMSS fue invitado a participar en este proceso de capacitación, selección y reclutamiento, demostrándose así que el profesional de enfermería se encuentra en un nivel competitivo suficiente para incursionar en procesos de auditoría con estándares nacionales e internacionales.

Este proceso de colaboración había sido iniciado por la Secretaría de Salud desde 1999, convocando a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y la formación de profesionistas, y se integró la Comisión Nacional de Certificación. El 13 de junio de 2008 se publicó el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) en el cual se determina la función de fortalecer a los auditores para actualizarlos en la normatividad vigente y las prácticas internacionales aceptadas por instituciones de reconocimiento internacional, y aplicada a través de los estándares para certificación de hospitales.¹¹

Al profesional de enfermería del IMSS el rol de auditor le permite cambiar el enfoque de sus intervenciones, ya que el auditor es formado con la visión de iden-

tificar los riesgos; lo favorece para comprender y mejorar su participación con el equipo multidisciplinario, aprende a ser proactivo, identifica con anticipación cuáles son las áreas de oportunidad para mejorar la calidad y la seguridad de la atención al paciente. La experiencia que se adquiere durante las visitas de Auditoría suma conocimientos que se comparten con otros profesionales para mejorar los procesos. Los enfermeros que han tenido la gran oportunidad de desempeñarse en ese rol participan en la capacitación y la asesoría de otros grupos de profesionales que integran comités para el proceso de certificación de sus unidades.

El enfermero que aprende y enseña crece profesionalmente y sobre todo obtiene mayor seguridad en su desempeño laboral; participa en la capacitación y la asesoría de otros profesionales de la salud; funge como auditor interno para dar seguimiento al proceso de preparación para la certificación de las unidades médicas de su organización.

Por otra parte, el personal directivo capacitado como auditor interno tiene la oportunidad de promover la metodología trazadora como una herramienta para las evaluaciones y supervisiones que se realizan en los procesos de atención de enfermería, de seguir el curso y las experiencias del paciente en cada contacto con el personal de salud, al romper el tradicional concepto de evaluar la calidad a través de porcentajes representativos de atención, de medir y evaluar la calidad únicamente por los resultados del proceso. La premisa será que un paciente, uno solo, que sufra daño en el proceso de la atención es reflejo del riesgo de eventos adversos y centinela que tienen todos y cada uno de los contactos con profesionales capacitados que laboran en sistemas disfuncionales.

La experiencia en las visitas de auditoría confirma que el personal operativo de enfermería en el IMSS continúa actuando con un enfoque de atención del daño, condición que no ha permitido mejorar los procesos. De igual forma, la figura de la enfermería está limitada a trabajar con esquemas rígidos de técnicas y procedimientos dirigidos a la atención derivada de indicaciones médicas, por lo que es necesario que desarrolle un juicio propio de evaluación, ejecución de intervenciones basadas en razonamientos científicos, dejando de responder únicamente a una atención disciplinada a otra categoría, limitada e impersonal. El profesional de enfermería que incursiona en auditoría abre su visión en un grado muy anticipatorio del daño; incluye en su visión la satisfacción de los pacientes desde el primer contacto con la organización, responde a las necesidades reales de los pacientes y cierra un ciclo de atención con el proceso educativo y orientador de mejores prácticas para el cuidado en el hogar. En noviembre de 2012 se creó, dependiente de la unidad de atención médica, el Área de Calidad y Seguridad del Paciente (CYSP), conformada por 11 integrantes (de los cuales tres son coordinadoras de programas de enfermería) con el propósito de impulsar la consolidación de la calidad y la seguridad del paciente en el IMSS con innovación y liderazgo estratégicos que generen un cambio de cultura en la organización para

la mejora continua. Paralelo a ello se incrementó el número de personal de enfermería del IMSS que es capacitado con el perfil de auditor interno por los asesores del área CYSP de la unidad de atención médica, así como la participación docente y la tutoría de médicos y enfermeras del Consejo de Salubridad General. La formación de enfermeros y enfermeras auditoras internas ofrece la oportunidad de modificar la visión y el enfoque de la participación del personal de enfermería en el ejercicio profesional, de privilegiar las acciones preventivas en el área técnica y en la administrativa para crear una cultura de seguridad al paciente.

El reto será introyectar al personal de enfermería del IMSS el enfoque de auditor sin que sea únicamente una condición para participar en procesos de evaluación externa. La misión y la razón de ser se encuentran en los hospitales: fortalecer los procesos e identificarse como integrantes de un sistema que requiere comunicación y coordinación eficiente. La implementación del Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad del paciente aún no se ha comprendido y aplicado porque no se ha entendido que el enfoque primero es asumir el compromiso de la seguridad de los pacientes. Cuando se cambie de enfoque se mejorarán las participaciones de todos y la certificación de las unidades médicas será una consecuencia de la madurez de la organización.¹²

Equipos de trabajo para la certificación

Los equipos de trabajo guías fungen como un comité para el proceso de implementación de los estándares para la certificación de hospitales; los participantes deben ser médicos, enfermeras, epidemiólogos, administrativos, trabajadores sociales, ingenieros de mantenimiento y conservación, ingenieros biomédicos, químicos, nutriólogos, personal técnico profesional, farmacéuticos; es decir, pertenecer a toda aquella categoría que sea parte del sistema de atención médica o de apoyo a la atención. Las características que distinguen a estos colaboradores son: liderazgo, entusiasmo, compromiso y responsabilidad; deben ser proactivos, perseverantes y tener un alto sentido de pertenencia, ya que estas características se transmiten al personal operativo para aceptar los cambios y desarrollar una nueva cultura basada en la calidad y la seguridad para el paciente. Las actividades de los integrantes de los equipos de trabajo son capacitarse en el modelo y realizar ejercicios de identificación de riesgos, basándose en los estándares para la certificación de hospitales.

La práctica en los diferentes servicios facilita comprender y ejercitar un modelo con enfoque de riesgo. Entre sus funciones está la asesoría a los diferentes departamentos y servicios para integrar la guía documental que describe las políticas, los programas, los procedimientos y otros documentos de los diferentes procesos y sistemas. Estos comités operativos se convierten en el pilar de cada

unidad médica, ya que periódicamente revisan la implementación y el avance del proceso para certificar sus unidades.

CONCLUSIONES

Las metas internacionales de seguridad del paciente y los estándares del Consejo de Salubridad General forman parte de la cultura de calidad. Ha llevado tiempo y esfuerzo implementar cada meta y cada estándar; sin embargo, con perseverancia, dedicación y una constante capacitación se ha logrado que el personal de la mencionada unidad no sólo tuviera conocimientos, sino que además los aplicara en su práctica diaria.

Es importante resaltar que el compromiso del personal directivo con este cambio de cultura logró persuadir y motivar al personal operativo, venciendo la resistencia al cambio.

Fue de suma importancia tener una alianza con los representantes sindicales y una excelente comunicación, mismas que contribuyeron a lograr los objetivos al hacerlos partícipes del fin que se perseguía, que en un principio se veía como imposible de implementar. En el camino que se recorrió hacia la auditoría por el Consejo de Salubridad General se comprobó que con actitud positiva, tenacidad, convicción y trabajando arduamente y sin claudicar nada es imposible, y que toda meta se puede alcanzar.

El reto para los servicios de Salud del IMSS es:

- a. Reaprender las buenas prácticas.
- b. Identificar la participación anticipatoria en cada proceso.
- c. Hacer de los documentos normativos, las herramientas que guíen el trabajo multidisciplinario.
- d. Que las carpetas para certificación estén disponibles en cada servicios.
- e. Conocer cómo están implementados los estándares en cada proceso y sistema.
- f. Que los diferentes colaboradores, directivos y operativos comprendan la importancia de un enfoque sistémico para tener mejores resultados.
- g. Que el proceso preventivo y el educativo sean las premisas en cada intervención de los profesionales de la salud.

Por último, hay que desarrollar una cultura de identificación y prevención de riesgos a través del análisis causal que debe reflejarse, en primera instancia, disminuyendo el subregistro. Esto hablaría de la confiabilidad de la información en el sistema Vencer II y a futuro el impacto favorable en la seguridad del paciente hablará de la evolución en la madurez del sistema.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: *Resolución WHA55.18*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. OMS: *Alianza para la seguridad del paciente*. 2008:32.
3. Consejo de Salubridad General: *Estándares para certificación de hospitales 2012*. 2012.
4. **Reason J**: Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768–770.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Estadísticas médicas* [en línea]. En: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/dis/Pages/default.aspx>. Consultado el 23 de mayo de 2013.
6. Department of Health: *Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer*. Londres, 2000.
7. **Leape L, Brennan T, Laird N et al.**: The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377–384.
8. Unidad de Atención Médica, IMSS: *Manual del Sistema Vencer II. Sistema de vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifalla*.
9. Unidad de Atención Médica, IMSS: *Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel*. 2660–003–056.
10. Consejo de Salubridad General: *Estándares para la certificación de Hospitales 2012*. México, SINACEAM, 2012.
11. Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de junio de 2008.
12. Consejo de Salubridad General: *Manual del proceso para la certificación de hospitales 2012*. México, 2012.

Cuidado de enfermería en áreas críticas

*Adriana Galeana Gudiño, Guillermo Sánchez Martínez,
Isabel Ramos Melgar, Olga Lozano Rangel*

INTRODUCCIÓN

Ya desde hace seis décadas había interés en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por crear áreas físicas específicas, entre ellas las áreas críticas. Éstas estaban dentro de la estructura organizacional técnico-administrativa en los establecimientos de atención médica para proveer de cuidados a los pacientes con enfermedades agudas, crónicas agudizadas o traumatismos, que ponían en peligro inminente la vida, órgano o su función, lo cual derivaba en la necesidad de otorgar atención oportuna, de calidad y eficiente. Estas áreas siguen vigentes a la fecha y están conformadas por el Servicio de Urgencias, las Unidades de Cuidados Intensivos y los Quirófanos en los hospitales de segundo nivel de atención y las unidades médicas de alta especialidad (hospitales de tercer nivel de atención).

La atención de los pacientes debe ser integral; en ella participa un equipo multidisciplinario de la salud con la perspectiva de la valoración holística. Destacan las funciones del personal de enfermería, haciendo indispensable la planeación de la gestión del cuidado, fortaleciéndolo con el conocimiento, las habilidades y las destrezas clínicas adquiridas para desempeñarse en estas áreas.

La función de la enfermería profesional y la enfermería especializada escudriña la estructura de los procesos de atención para cubrir las necesidades de los pacientes, planeando cuidados específicos con la metodología de “Planes de Cuidados de Enfermería” y estrategias que se aborden desde la prevención de los riesgos. Por tal razón el objetivo del IMSS se enfoca en que el cuidado de los pacientes debe buscar minimizar secuelas que pudieran deteriorar su capacidad fun-

cional y retardaran su pronta recuperación y rehabilitación a causa de su estancia hospitalaria, con la finalidad de reintegrarlo pronto a la familia y a la comunidad. Para lo anterior se describen los aspectos generales de cómo están constituidas sus áreas críticas.

FUNDAMENTOS GENERALES

La enfermería es una profesión del área de la salud que ha evolucionado día a día, fortaleciéndose en un contexto humanístico, el cual va a la par de un marco de progresos tecnológicos.

Ante este panorama se hace necesario crear un paradigma de acción con un sentido humanista y de ética que guíe su actuar, donde la mayor preocupación sea el paciente, la familia y la comunidad.

Desde la creación del IMSS la preparación de la enfermería siempre se ha caracterizado por una capacitación educativa exigente y continua, para estar a la vanguardia de los movimientos tecnológicos, científicos y sociales, siempre con la prioridad de atender la concepción de la salud, enfocándose en el cuidado de enfermería y también en los cambios en las necesidades de la población de acuerdo con la transición epidemiológica de México. Ante esta preocupación, en 1947 se fundó la primera escuela de enfermería en el Distrito Federal, con un modelo teórico práctico que fue la piedra angular para la atención de pacientes en áreas críticas.

El IMSS considera como áreas críticas los servicios de Urgencias, Quirófanos y Unidades de Cuidados Intensivos, con atención a sus usuarios las 24 h de los 365 días del año.

En sus prioridades siempre ha identificado los aspectos óptimos para fortalecer el desempeño del equipo multidisciplinario de salud, analizando las medidas de equipamiento, la estructura física y los recursos materiales necesarios, para asegurar la capacidad resolutive del hospital ante el cuidado de pacientes que requieran atención en estas áreas, o ante alguna contingencia en la cual exista un saldo masivo de víctimas, como en casos de desastre.

Para atender estos requerimientos fue necesario incorporar servicios de enfermería especializados dirigidos a la medicina curativa, entorno en el cual los cuidados de enfermería en áreas críticas fueron protagonistas de este acontecer, ya que se fueron requiriendo enfermeras especialistas en servicios medicoquirúrgicos.

Para cubrir las necesidades de las áreas críticas el IMSS diseñó programas educativos y cursos posttécnicos. En 1971 se impartieron por primera vez cursos de enfermería quirúrgica y enfermería pediátrica, y en 1975 de enfermería en cuidados intensivos, dando auge a una nueva etapa de especialización en enfermería.¹

Cuidados de enfermería en el área de urgencias

Hoy México enfrenta una compleja agenda de salud pública. Se sufre todavía de enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo la problemática de los países avanzados, como cáncer, obesidad, enfermedades crónico-degenerativas como hipertensión, cardiopatías y diabetes, las cuales producen un alto índice de morbimortalidad que se traduce en un alto costo financiero y social.²

En México, a raíz del sismo de 1985, la perspectiva de los servicios de urgencias evidenció que no se estaba preparados para atender una contingencia de este tipo que trajo como consecuencia una pérdida importante de vidas humanas (en las cuales puede incluirse a muchos compañeros que se desempeñaban en el área médica) debido a que no se contaba con personal calificado para la atención de urgencias. Esto motivó que se reorganizaran las estructuras hospitalarias y que surgiera una nueva especialidad médica, así como asociaciones enfocadas en la atención de las urgencias.

Esta situación también impactó en el área de enfermería, ya que a finales de la década de 1990 se implementó el curso postécnico de enfermera en urgencias en las instituciones universitarias. En la actualidad en el Instituto no existe un plan de estudios para enfermeras especialistas en urgencias; se cuenta con enfermeras que han realizado esta especialidad en universidades con planes de estudios validados, las cuales son ubicadas en los servicios de urgencias, colaborando en la retroalimentación de competencias del personal de enfermería asignado al área.³

A lo largo de su historia el IMSS ha aumentado sustancialmente la cobertura de sus servicios y contribuido al mejoramiento del bienestar de los trabajadores y sus familias mediante el fomento a la investigación y la formación de personal especializado en materia de salud.

Hoy en día es una institución que atiende a casi la mitad de la población mexicana, motivo por el cual cabe destacar que se ha enfrentado a limitaciones y circunstancias de operación en la asistencia continua que lo han obligado a transformarse y modernizarse a fin de seguir brindando los servicios que una población derechohabiente en constante aumento requiere.

Desde esta perspectiva el IMSS realizó una planeación estratégica, teniendo como referente las políticas públicas vigentes, con acciones que dieran resultados a corto, mediano y largo plazo; fue prioritario promover y favorecer el autocuidado de la salud, implementar acciones preventivas y hacer eficiente la medicina terapéutica para garantizar la salud de la población y mejorar la calidad de vida.

Esto conlleva a establecer una política institucional acorde a las circunstancias actuales y futuras de los entornos nacional e internacional. La atención médica en todas sus vertientes tiene como objetivo restaurar la salud y satisfacer las ex-

pectativas del usuario, lo mismo si se trata de una consulta, de atención hospitalaria o ambulatoria e incluso de la más compleja de las intervenciones quirúrgicas, por mencionar algunas.

En este universo cobra especial interés, tanto para el paciente como para los profesionales de salud, la patología aguda, ya que con la atención oportuna y la toma de decisiones correcta se evitará complicaciones severas o la muerte. Estas condicionantes hacen especial el servicio de urgencias, por ser un área crítica y la puerta de entrada a la atención hospitalaria.⁴

La urgencia resulta ser un calificativo asociado a pérdida o desequilibrio de la salud, que requiere un estado de excepción para recibir una atención médica oportuna. De ahí que en el Reglamento de la Ley General de Salud, en su Art. 72 se plasme que “se entiende por urgencia todo padecimiento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la función y la integridad de un órgano que requiere atención inmediata”.⁵

De igual manera, en lo que concierne a derechos humanos plasmados en los Arts. 1 y 4 de la Constitución, se considera primordial la preservación de la salud de la población, por lo cual se establece que “en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte...”, y también: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”⁶

En el servicio de urgencias se recibe, se valora y se estabiliza a pacientes no programados que necesitan atención médica o quirúrgica en forma inmediata. Una característica fundamental de los servicios de urgencias es que proporcionan atención continua las 24 h de los 365 días del año.

Un problema importante de este servicio es la sobredemanda, reflejada en su indicador de “Porcentaje de ocupación en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel con 64.67%”,⁷ en gran medida generada por la inadecuada utilización del servicio. Los pacientes acuden por alguna patología que no necesariamente requiere atención de urgencias y que podría ser atendida en el primer nivel de atención.

Actualmente el IMSS ha implementado estrategias que le permiten disminuir las cargas de trabajo y llevar a cabo una selección de pacientes, mejorando la atención mediante la estandarización del proceso en las áreas de urgencias, regularizando la atención en los servicios de primer contacto, triage, choque, revisión de pacientes, corta estancia, curaciones, yesos, rehidratación oral, control térmico, observación de adultos y menores, y dando también importancia relevante a la educación médica continua en el equipo multidisciplinario de salud.

Para laborar en urgencias se requiere personal de enfermería profesional y altamente comprometido que tenga la habilidad de conjugar e integrar sus conocimientos en la práctica, además de desarrollar sus habilidades en los campos de

la investigación y la educación. El personal de enfermería participa activamente con acciones de identificación de constantes vitales, escalas e índices diversos para identificar necesidades prioritarias que resolver en el paciente; requiere conocimientos y habilidades actualizadas de soporte vital para asistir, o en su caso iniciar, la reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC) básica y avanzada, dominar los elementos técnicos básicos e identificar las principales arritmias y sus tratamientos, según los algoritmos.

Asimismo, debe diagnosticar y tratar los problemas funcionales y anatómicos, centrar su atención en aquellas afecciones que realmente sean una urgencia y que pongan en riesgo la vida del individuo, enfocarse en mantener la vida, solucionar o mejorar el problema de urgencia, saber tomar decisiones necesarias para el sosten vital, que garantice la supervivencia y calidad de vida del individuo en un primer momento, observar los signos vitales y el estado de alerta del paciente, con acciones médicas de evaluación prioritarias.

Si existiera alguna alteración, debe tomar las acciones correspondientes según los protocolos establecidos, y en la urgencia médica, aplicar los protocolos de atención, con la habilidad de pensar y evaluar en el instante de la ejecución. Siempre debe interactuar de forma dinámica en la recepción del paciente, la evaluación continua de su estado de salud y las acciones realizadas para solucionar la urgencia del paciente.⁸

Entre las funciones y actividades que debe realizar el personal de enfermería están las siguientes:

- a. Tener preparados y dispuestos los equipos y medios necesarios en la sala de reanimación o de apoyo vital o área de choque, para la atención del paciente.
- b. Tener material y equipos debidamente esterilizados.
- c. Disponer de materiales y medios para garantizar la permeabilidad de las vías aéreas (mascarillas, sondas de aspiración, cánulas orotraqueales, etc.).
- d. Disponer de los medios para oxigenación.
- e. Tener el material listo para realizar de manera rápida e inmediata la permeabilidad de un acceso venoso (ya sea con *punzocath* o catéter central).
- f. Mantener una comunicación efectiva con los integrantes de los diversos departamentos que participan en la atención del paciente en el área de urgencias (laboratorio, rayos X, inhaloterapia, etc.).

Es importante también que el personal de enfermería desarrolle la habilidad de trabajar en equipo, puesto que la atención de un paciente que llega al área de urgencias requiere la intervención de varios profesionistas, siendo el profesional de enfermería quien se encarga de llevar a cabo el enlace y la coordinación con ellos, a fin de brindar una atención integral, confiable y de calidad al usuario que utiliza los servicios.⁹

Cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos

Existe una enorme diversidad de unidades de cuidados intensivos que depende de las características de la propia complejidad del hospital, del tipo de pacientes que maneje, del tipo de procedimientos que realice o de las necesidades de atención de la propia comunidad. Se han diseñado protocolos de atención para atender las necesidades del paciente crítico en casi cualquier especialidad médica; hay terapias intensivas “generales”, unidades de cuidados coronarios, cuidados respiratorios, cuidados neonatales, cuidados posquirúrgicos para pacientes traumatológicos, cardiológicos, en trasplantes renales, hepáticos, medulares, entre muchos otros. Los pacientes de cada uno de dichos servicios tienen características diferentes, distintos marcadores metabólicos de mejoría o complicación, así como un gran número de posibilidades de evolución.¹⁰

En México, hacia 1954 Don Clemente Robles fundó la primera Unidad de Cuidados Intensivos Cardioquirúrgicos del país en el Instituto Nacional de Cardiología. Él mismo, al asumir en 1962 la dirección del Hospital General de México, organizó una Unidad de Cuidados Intermedios que en la actualidad sigue funcionando para la atención de toda clase de enfermos graves medicoquirúrgicos: coronarios, diabéticos y neurológicos.¹¹

Poco tiempo después, en el Hospital “La Raza” del IMSS, los médicos Pérez Redondo Rodolfo Limón organizaron la unidad para enfermos cardioquirúrgicos. Posteriormente Obregón Corral la amplió para toda clase de enfermos operados graves. En 1970 el doctor Álvarez Cordero instaló una Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General del Centro Médico Nacional.¹¹

Paulatinamente, con el propósito de mejorar la atención y disminuir la mortalidad del paciente grave se crearon más unidades de este tipo en los diferentes hospitales, con características específicas de acuerdo a la especialidad.

Con el paso del tiempo han ido surgiendo distintos tipos de unidades de cuidados intensivos (UCI), dependiendo, entre otros factores, del tipo de hospital (terciario, secundario o primario), de sus necesidades, del grado de asistencia que ofrezca, de su compromiso docente, de la población a la que atienda y de los recursos económicos disponibles. Es muy diversa la denominación que reciben estas unidades, como Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Unidad de Medicina Intensiva (UMI) o Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI). No obstante, aunque el nombre que reciben depende sobre todo de la cultura hospitalaria, el más común internacionalmente es el de UCI, que en el ámbito anglófono corresponde a *Intensive Care Unit* (ICU), y en el francófono, a *Unités de Soins Intensifs*.¹⁰

El número de camas de UCI que necesita un hospital es otro aspecto que ha ido evolucionando. Fundamentalmente depende del número y de los tipos de pacientes que atiende, así como de la propia organización del hospital.

También es importante considerar si dispone o no de una unidad de cuidados intermedios, lo que incide directamente en la gestión de ingresos y altas de pacientes en las UCI, ya que permite dar altas más precoces, así como una restricción en el número de ingresos.

Desde el punto de vista arquitectónico, a través del tiempo se han diseñado cambios de estructura en las UCI. La tendencia actual en su diseño es el de habitaciones individuales con ventanas al exterior para aprovechar la luz natural, lo que a su vez facilita a los pacientes estar orientados en el tiempo y en el espacio.¹¹

Son requisitos básicos e imprescindibles los equipos de monitoreo hemodinámico y del resto de las funciones vitales, equipos de soporte o sustitución de estas funciones (respiradores, asistencia circulatoria, equipos para diálisis continua, etc.), camas especiales para el manejo de pacientes en estado crítico, material suficiente, equipos para atender emergencias, así como instalaciones y medidas que garanticen la seguridad del paciente. La importante dotación de equipos establece como requisito imprescindible una serie de medidas de control y mantenimiento para conseguir el perfecto funcionamiento de todos los aparatos. Cabe mencionar que en el IMSS se ha trabajado en la actualización del equipamiento como una estrategia de la mejora continua de las UCI.¹¹ Del mismo modo, es importante el establecimiento de planes de emergencia en caso de desastres, por lo que es necesario que todas las instalaciones cumplan con la normativa establecida por la Ley.

En su actuar profesional la enfermera registra el plan de cuidados individualizado, que incluye la valoración sistemática del paciente, diagnósticos de enfermería así como la planificación de los cuidados y su realización. En algunas unidades se han diseñado las hojas de registros clínicos y se han incluido escalas de valoración, como: riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, valoración del dolor y la escala de funcionalidad.¹²

El paciente crítico se caracteriza por presentar problemas de salud, reales o potenciales, que ponen su vida en peligro y requieren observación y tratamiento continuos. Hay que destacar que el tipo de paciente que ingresa a la UCI está cambiando, de manera paralela a la sociedad, en aspectos como envejecimiento y enfermedades crónicas degenerativas.¹⁰

El paciente es el centro de toda la actividad de la enfermera y requiere una valoración e intervenciones multidisciplinarias constantes para recuperar su estabilidad, prevenir complicaciones y conseguir la respuesta óptima al tratamiento y los cuidados.

La enfermera, a la vez que realiza todas las actividades necesarias para el mantenimiento o recuperación de la estabilidad fisiológica, introduce intervenciones de apoyo para la adaptación del paciente a esta nueva situación y para la restauración de la salud, preservando siempre los derechos del paciente, que incluyen también el derecho al rechazo del tratamiento teniendo en cuenta las circunstancias que lo rodean.

Inherente a la respuesta fisiológica del paciente a la enfermedad crítica está la necesidad de mantener la integridad psicológica y emocional, ya que no es raro que aparezcan sentimientos de deshumanización y amenaza a la dignidad de la persona debido a la gravedad de la enfermedad con amenaza vital, la separación de la familia, la sobrecarga sensorial a la que se somete al paciente, al mismo tiempo que se le priva de los estímulos habituales de su entorno. De esto se deduce que el paciente crítico, además de presentar ciertas necesidades para su recuperación física y sobrevivir a la situación crítica, requiere también recuperarse con el mínimo sufrimiento. Al mismo tiempo, como persona necesita que se le reconozca su condición única, que se le respete, que se le proporcione información, recibir apoyo emocional y que se cuente con él para la toma de decisiones acerca de sus cuidados. Además, como el concepto de paciente crítico incluye también la interacción de la familia o de sus personas más allegadas, todas las necesidades, tanto de los pacientes como de sus familiares, deben considerarse en términos de necesidades socioculturales.

La respuesta del paciente en la UCI es diversa, pues mientras que parece que algunos la toleran bien, otros experimentan un gran sufrimiento causado por la propia enfermedad. Una respuesta muy común es el miedo a la enfermedad, a la muerte, al entorno y a lo desconocido, lo que conduce a un estado de ansiedad. Además, el hecho de que el paciente se sienta con ninguna o poca información, con frecuencia ignorado y a la vez incómodo, con dolor y sufrimiento físico, le resulta molesto y estresante. Otra posible respuesta del paciente es la depresión por falta de motivación y de fuerza física, por la duración de la enfermedad o el lento progreso del proceso.¹⁰

Es fundamental mantener una actitud de respeto al paciente como persona individual y tratarlo de usted, a menos que solicite lo contrario.

Asimismo, hay que mantener la intimidad, ya que ésta se ve comprometida por el monitoreo y la presencia de varias vías invasivas.

Por otra parte, hay que evitar conversaciones al lado del paciente si no se le incluye en ellas, ya que podría sentirse ignorado. Además, cuando el paciente participa en la conversación se distrae del entorno y se siente con más confianza. En este sentido hay que recordar que todas las intervenciones de enfermería que se realizan en el paciente de forma directa son una ocasión para fomentar una mejor comunicación con él. Igualmente importante es facilitar que el paciente participe en la toma de decisiones en la medida de lo posible, ya que eso lo ayudará a mantener el sentido de control.

Respecto a la familia del paciente crítico, se ve amenazada por la separación que supone el ingreso a la UCI, pierde su papel ante el enfermo, deja de sentirse útil y surgen sentimientos de abandono y desesperanza. Todo ello induce a una situación de ansiedad, nerviosismo, miedo e incluso (a veces) ira y hostilidad. Lógicamente, esta situación altera la percepción de la realidad, dificulta la compren-

sión adecuada de la información que se recibe, así como la utilización de los sistemas de apoyo, lo cual podría repercutir negativamente en la evolución del paciente.

Entre las necesidades prioritarias de los familiares del paciente crítico están las relacionadas con la seguridad y la información. Asimismo, entre las necesidades de información destacan las relativas al diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del paciente.

La enfermera identificará al familiar responsable y mientras permanece con el paciente le informará de forma general de los aspectos tecnológicos que lo rodean, y le explicará qué son y para qué sirven, y también indicará a los familiares cómo comportarse con el paciente y cómo comunicarse con él. Al mismo tiempo tratará de conseguir un entorno cálido y de confianza para facilitar que la familia exprese sus sentimientos, a fin de reforzar algunas ideas y de ayudar a que se libere del frecuente sentimiento de culpabilidad. Una vez que la familia conoce la situación, se le facilitará todavía más estar con el paciente y se le invitará incluso a permanecer con él durante el proceso de la muerte.

La enfermera de cuidados intensivos es una profesional con responsabilidad y capacidad para asegurar al paciente crítico cuidados óptimos y conseguir con su trabajo los estándares de calidad establecidos en la atención al paciente crítico, todo ello con principios éticos.¹³

La competencia profesional exige, en primer lugar, una sólida formación, que en el caso de los cuidados intensivos se adquiere a través de la formación especializada. La especialización en cuidados intensivos trata de profundizar en los aspectos fisiopatológicos y psicológicos del paciente en estado crítico, así como en los aspectos terapéuticos, apoyándose en la máxima evidencia científica obtenida a través de la investigación.

Es preciso señalar que hasta el año 2004, con este importante programa se habían formado 3 957 enfermeras especialistas en cuidados intensivos.

El propósito de las UCI es atender a los pacientes en estado crítico que posean condiciones médicas reversibles, es decir, que tengan una "perspectiva razonable de recuperación", para que sean atendidos por personal especializado que les proporcione cuidados que se ajusten a las necesidades de cada paciente y con ello disminuir las complicaciones y la mortalidad.

El profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos ha desarrollado aptitudes para aplicar la metodología del cuidado enfermero que incluyen:

- a. Cuidar, educar e investigar las habilidades esenciales para atender y resolver las necesidades inherentes al paciente en estado crítico en cualquier etapa de la vida, con insuficiencia organofuncional aguda y crónica, que comprometan su vida, limitando el daño y favoreciendo su rehabilitación para reintegrarlo al entorno familiar, laboral y social.
- b. Considerar su dimensión biopsicosocial atendiendo a los principios bioéti-

cos, humanísticos, legales, a los preceptos del código de ética, así como a los derechos humanos de los pacientes, familiares y del personal involucrado en el cuidado del paciente, en la interacción enfermera–paciente–familia y el equipo de trabajo, dentro de un marco de identidad y compromiso institucional y profesional.

- c. Ser apto para fomentar la cultura de salud y participar en la formación y capacitación en forma continua.
- d. Fundamentar en la investigación científica la toma de decisiones asertivas para la solución de los problemas inherentes a su desempeño profesional y a su contribución al crecimiento de la profesión en el IMSS.¹³

Cuidado de enfermería en quirófanos

En Francia durante mucho tiempo se consideró la cirugía como un arte menor, practicado por los cirujanos formados por maestros controlados por el Colegio de San Cosme, desconectado de las facultades, quienes les rehusaban el derecho a sacar títulos.

Felipe Syng Physik, en Baltimore, tuvo a finales del siglo XVIII el primer quirófano en EUA. En Heidelberg se contó desde 1818 con un quirófano instalado en un antiguo cuartel, que además de la cirugía general atendía casos de oftalmología.

En la inauguración del Hospital General de México, en 1905, se contaba ya con procedimientos de esterilización.

A principios del siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial y en el periodo entre guerras, los integrantes del equipo quirúrgico se lavaban con agua y jabón para operar, terminando el aseo con alcohol yodado. Era un ritual de 10 min cronometrados. Billroth y Cushing se hacían ayudar, para operar, por una enfermera instrumentista. Esta costumbre tardó en implantarse en Francia, en donde, sin embargo, al utilizar el pasahilos de Reverdin se tenía un ayudante para esta función. Con el paso del tiempo y ante el desarrollo tecnológico, científico, humanístico, pedagógico y económico, se llegó a contar con quirófanos altamente especializados y equipados.¹⁴

La intervención quirúrgica es un paso, en el proceso total de la lucha por la recuperación o la conservación de la salud, que ofrece esperanzas a personas de todas las edades con padecimientos que la requieren.

Cualesquiera que sean las razones o circunstancias que llevan a los pacientes al quirófano, el cuidado dentro de la sala de operaciones constituye una parte integral de la atención de enfermería, que cubre una necesidad que no puede ser satisfecha por el paciente solo o por su familia.

A medida que aumenta la complejidad de los servicios de diagnóstico y de sosten, también lo hacen los procedimientos quirúrgicos. Esta complejidad forma

parte del procedimiento sistemático del quirófano. Todo esto hace imprescindible que los enfermeros cuenten con amplios conocimientos y habilidades técnicas especializadas; a la vez, deben desarrollar la capacidad de juicio crítico, basado en la teoría y las habilidades intelectuales, que les permita la aplicación de un método humanista en sus responsabilidades como defensores del paciente.

La enfermería quirúrgica profesional implica la atención total del paciente. Esta tarea tiene componentes técnicos y profesionales para la ejecución del proceso de enfermería preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio. La fase preoperatoria se inicia en el momento en que el paciente se traslada a la mesa de operaciones. La fase transoperatoria transcurre desde ese momento hasta que se traslada al individuo a la sala de recuperación. La atención posoperatoria continúa hasta el periodo de recuperación inmediata, mediata y la rehabilitación total.

La enfermería quirúrgica es una especialidad que se ocupa de la asistencia en la fase crítica; es una actividad dinámica, con cambios constantes, en la que los cuidados que se brindan al paciente constituyen un factor decisivo para su supervivencia posoperatoria.¹⁵

Un hecho trascendental en el ámbito de la salud fue la planeación de la atención médica desarrollada en el IMSS. Desde su fundación en 1944 nació el concepto de la enfermería moderna en México.

El propósito final de los cambios históricos en la profesionalización del personal de enfermería ha sido en todo momento la formación de enfermeras científicas, competentes, aptas, comprometidas y con un alto sentido humanístico, con el objetivo de proporcionar cuidados enfermeros de alta calidad.¹⁶

De acuerdo con Berry y Kohn, "La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado posoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o la muerte con dignidad".¹⁷

Los miembros del equipo quirúrgico deben comunicarse entre sí; su objetivo común es proporcionar al paciente cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura. El fracaso de cualquiera de los miembros para desempeñar su papel puede incidir negativamente en el éxito de todo el equipo. El trabajo en equipo es la esencia de los cuidados del paciente en el quirófano.

Cuidar el ambiente en el quirófano facilita mutuamente la labor y junto con disponer de personal adecuadamente entrenado son parámetros que favorecen el correcto desarrollo de la intervención, cuidando así del paciente.

El equipo quirúrgico lo conforman los médicos, las enfermeras en las diferentes categorías, el personal técnico del área de la salud, los servicios básicos y el personal administrativo.

La enfermera jefe de piso de quirófano es la responsable de conducir las funciones administrativas, técnicas, de investigación, educación y enseñanza inci-

dental; gestiona el reaprovisionamiento de material y equipo necesario para su adecuado funcionamiento, además de interrelacionarse con todos los departamentos del hospital para cumplir con su objetivo.

Además, debe tener capacidad de liderazgo para supervisar y dirigir los cuidados de enfermería de los pacientes que el personal a su cargo proporciona, según los principios y estándares de la enfermería.

Rol de la enfermera circulante. Los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas experimentan sentimientos de temor y ansiedad producidos por su propio proceso, así como por la preocupación familiar y social; se encuentran en un ambiente extraño en el que sus necesidades físicas y psicológicas son importantes. Todo esto ha de tenerse en cuenta en la recepción del paciente y en todo el proceso quirúrgico.

La enfermera circulante controla y coordina todas las actividades dentro del quirófano y vigila los cuidados requeridos por cada paciente.

Una enfermera circulante efectiva se asegura de que el equipo estéril disponga de todos y cada uno de los artículos necesarios para desempeñar de forma eficaz el procedimiento quirúrgico. Debe conocer todos los suministros, instrumentos y equipamiento, ser capaz de obtenerlos rápidamente y de prevenir peligros potenciales en su uso y su conservación. Conocerá la intervención quirúrgica.

Rol de la enfermera especialista quirúrgica. En esencia debe conocer la intervención que se vaya a realizar, la técnica quirúrgica, las suturas que se utilizarán, así como verificar los testigos químicos y la integridad de los paquetes (rotura, humedad).

Tanto para la enfermera instrumentista como para la enfermera circulante es fundamental el conocimiento de su trabajo, tanto para la rutina como para las situaciones de emergencia, donde la velocidad y la precisión son imperativas.

Por esto tiene una gran importancia el concepto de trabajo en equipo, ya que un equipo experimentado que trabaja en conjunto puede solventar situaciones de urgencia con gran celeridad.

Se recomienda un cuidado especial en el conteo de las gasas en cada intervención quirúrgica. El conteo incluye: gasas con trama y sin trama (de todas las medidas), torundas, serpentinas y otros materiales de pequeño tamaño utilizados para hacer hemostasia.¹⁸

La estructura y las funciones de la área quirúrgica están en continua innovación a consecuencia de la sucesiva incorporación de nuevos conocimientos, métodos y técnicas que mejoran la calidad del paciente quirúrgico o bien la actividad de los profesionales de la salud. El principal objetivo de esta continua evolución es conseguir la máxima eficacia en la actividad asistencial quirúrgica, con mínimo o nulo riesgo para el paciente.

En el IMSS se han planteado estrategias para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, se han estandarizado los procesos de esterilización, los cuida-

dos prequirúrgicos, los cuidados transquirúrgicos (se diseñó la hoja de cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico), los cuidados posquirúrgicos y el equipamiento y la organización del quirófano.¹⁹

De igual manera, es imprescindible que todas las acciones de enfermería en pro de la atención del paciente sean de manera científico–tecnológico–humanista, sin perder de vista al paciente como un ser humano que necesita atención y cuidados. Lo anterior implica una total dedicación profesional a la aplicación de conocimientos científicos firmes y actualizados en un régimen de rigurosa disciplina, todos ellos enmarcados por una inquebrantable responsabilidad, relaciones humanas depuradas y el más profundo sentido humanitario.

Tomando en cuenta todos los conocimientos científicos del área quirúrgica, deben emplearse mejoras continuas que respondan a las expectativas de solución óptima respecto a los problemas que abarquen tanto el manejo de las instalaciones como la práctica de los profesionales que laboran en ella, para que de esta manera se logre que el personal del área quirúrgica preste servicios con calidad, competitividad, eficiencia y seguridad, en la atención del paciente en todo el perioperatorio.²⁰

CONCLUSIONES

El texto de este capítulo ha presentado un panorama del crecimiento y la innovación de las áreas críticas para la atención de los derechohabientes del IMSS desde su creación, así como del desarrollo de la disciplina de la enfermería. Es importante destacar que se han diseñado e implementado estrategias educativas, docentes, administrativas y de investigación, siempre con la consigna de contar con personal multidisciplinario y competente en salud para garantizar la atención segura y oportuna y disminuir riesgos en la población usuaria. Cabe destacar que se cuenta con personal profesional y especializado para asistir al paciente en estas áreas; se requiere también compromiso y actitud para satisfacer las expectativas de los pacientes y contribuir al cumplimiento de los objetivos de la Institución. Para ello es indispensable el trabajo en equipo y la capacitación continua en el personal de enfermería.

REFERENCIAS

1. **Camarilo RMN:** La formación de enfermeras en el IMSS. *Rev Enferm IMSS* 2001;9(3): 125–126.
2. Programa estratégico para mejorar la atención de urgencias; junio de 2010. Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Atención Médica, Coordinación de Áreas Médicas, División de Hospitales Generales.

3. **Bautista SR:** Ante un terremoto como el de 1985 o una nueva epidemia como la influenza, ¿estaremos preparados para confrontar estas contingencias o desastres? *Arch Med Urgencias Méx* 2011;3(3):11–12.
4. **Rocha LJM:** Historia de la medicina de urgencia en México. *Arch Med Urgencias Méx* 2009;1(1):4–11.
5. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Publicada en el *DOF*, última reforma el 24 de abril de 2013. En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Publicada en el *DOF*, última reforma el 26 de febrero de 2013. En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.
7. División de Información en Salud, CAM 11 y 12. *Indicador de ocupación en el área de observación del servicio de urgencias en Unidades de 2° nivel*.
8. **León RCA:** *Enfermería en urgencias T-I*. La Habana, Ed. Ciencias Médicas, 2008:1–491.
9. **Potter AP:** *Fundamentos de enfermería*. 5ª ed. Madrid, Elsevier, 2006.
10. **Gómez F, Salas C:** *Manual de enfermería en cuidados intensivos. Enfermería en cuidados médico quirúrgicos*. España, Monsa–Prayma, 2008.
11. *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, 2000–002–001 del IMSS*, 2005.
12. *Lineamiento normativo general para la formación de personal de enfermería y técnico del área de la salud*. IMSS.
13. *Plan de estudios de enfermería en cuidados intensivos por competencias profesionales*. Coordinación de Educación Médica del IMSS, 1999.
14. *Anuario estadístico de la coordinación de programas de estudios de enfermería*. IMSS, 2005.
15. **Steimlé RH:** El quirófano, historia, evolución y perspectivas. *Arch Neuroci (Méx)* 2008;13(1):43–53.
16. **Zaida A:** *Atención de enfermería en los centros quirúrgicos*. 2010:3.
17. **Torres BS, Zambrano LE:** Breve historia de la educación de la enfermería en México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2010;18(2):105–110.
18. **Berry y Khon:** *Técnicas de quirófano*. 10ª ed. Madrid, Elsevier, 2005:1–49.
19. *Enfermería quirúrgica*. Recomendaciones de la AORN, 2005.
20. *Propuesta “Gestión del cuidado del paciente quirúrgico”*. Metepec, abril de 2013.
21. **Córdoba AMA, Nieto GLA:** Reflexiones del marco jurídico en las áreas quirúrgicas. *Rev CONAMED* 2011;16(Supl 1):S22–S27.
22. **Gómez DO, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H et al.:** Sistema de salud de México. *Salud Pública Méx* 2011;53(Supl 2):S220–S232.
23. *Manual de enfermería quirúrgica*. Hospital de Galdakao, Servicio Vasco de Salud. *Rev Asoc Esp* 2003.

Evaluación del cuidado de enfermería

*Maura Lara Miguel, Rosalinda Ramos López, Gloria Saucedo Isidoro,
Marina de Ita Márquez, Fabiana Maribel Zepeda Arias*

INTRODUCCIÓN

Incorporar la evaluación en la cultura institucional es una acción sustantiva de los hechos mundiales actuales que exige un crecimiento real y resultados positivos en una organización. México, acorde a las exigencias mundiales, establece en el Plan Nacional de Desarrollo de la actual administración una estrategia general que dicta una mayor productividad para llevar al país a su máximo potencial y destaca que aunque históricamente el crecimiento económico ha servido como medida para evaluar el desarrollo de las naciones, es una métrica que difícilmente puede evaluar todas las dimensiones del desempeño y el desarrollo social de un país.¹ En este contexto se espera que en las diferentes organizaciones de un sistema se establezcan parámetros que de manera específica sirvan como medidas de evaluación.

La evaluación como un proceso cuya finalidad es determinar el grado de eficacia y eficiencia con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos es una herramienta de gestión y de aprendizaje. Consiste en comparar lo que “debe ser” vs. lo que está sucediendo, de tal forma que a través del análisis estratégico se identifiquen los problemas más relevantes del proceso (puntos críticos) y se seleccionen e implementen las mejores líneas de acción correctivas, para generar bienes y servicios con eficiencia, eficacia, oportunidad y seguridad.²

Se utiliza también en los sistemas de salud como una herramienta de control para medir la productividad de los servicios, el desempeño del personal, el im-

pacto de la atención en la salud de la población y el nivel de competitividad institucional.

Acorde a los avances en los servicios de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en un marco de administración estratégica, confirma la evaluación como parte del proceso para el desarrollo organizacional permanente y la coloca como una tarea directiva fundamental. Enfermería, de acuerdo con el desarrollo del Instituto y totalmente integrada a las acciones directivas y operativas para el cumplimiento de las metas y objetivos de la organización, emplea diferentes instrumentos para evaluar la atención que se otorga a través del cuidado enfermero.

En este capítulo se exponen los elementos de evaluación que, dentro de un marco histórico para la mejor administración de los recursos y el desarrollo organizacional, ha utilizado la disciplina de enfermería en su actividad profesional en el IMSS.

Con base en las estrategias e instrumentos que existen en el Instituto se presentan tres enfoques:

- 1. Evaluación de la gestión:** se despliega la experiencia en materia de supervisión respecto a las funciones gerenciales de las directivas de enfermería en el Instituto.
- 2. Evaluación de la calidad de la atención:** aborda la experiencia institucional con base en seis indicadores de calidad y seguridad.
- 3. Evaluación del proceso de enfermería:** destacan la hoja de registros clínicos, el esquema terapéutico y las intervenciones de Enfermería como un instrumento propio, con sustento metodológico de gran trascendencia para evaluar el proceso de la atención.

También se expone la propuesta de un modelo integral de evaluación del cuidado de enfermería cuya finalidad es fortalecer el sistema de evaluación para ocasionar el mejor desempeño de enfermería, lograr cambios positivos en el equipo de salud dentro de ciclos de mejora y generar el verdadero desarrollo organizacional. Es un trabajo que se sustenta no sólo en la historia de la administración de los servicios de enfermería, también se respalda fuertemente en la experiencia profesional de los últimos años respecto al modelo de gestión para directivas de enfermería implementado a nivel nacional.

FUNDAMENTOS GENERALES

Como toda institución estable, el IMSS está destinado a satisfacer necesidades; su definición, la medición y la valoración del grado de satisfacción han sido histó-

ricamente premisas de evaluación para conocer la calidad de los servicios, que en materia de salud son fundamentales para la óptima administración de los servicios de salud en la atención médica de los pacientes. La evaluación definida por su énfasis en el examen de la realidad, basado éste en la recolección sistemática de datos con el objeto de producir mejoras o generar conocimiento en materia de efectividad,³ se ha desarrollado para valorar la atención que se otorga a los usuarios. Según Donabedian, la atención del paciente es una actividad planeada que involucra la acción de elementos específicos de entre un conjunto potencialmente grande y un ordenamiento adecuado, a fin de lograr determinados objetivos de diagnóstico y tratamiento⁴ en los que participa la disciplina de enfermería como un elemento clave de la atención a la salud de los pacientes cuyas acciones son meritorias de evaluación específica.

La evaluación de la calidad de la atención médica en México tiene una gran tradición a partir de los trabajos de un grupo de médicos que desde 1956 estaban interesados en conocer las condiciones en que se atendía a los pacientes en el recientemente inaugurado Hospital "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.⁵

A partir de los trabajos de Donabedian, desde 1981 se inició la evaluación de la calidad de la atención médica en el IMSS con base en su triada: estructura, proceso y resultado.⁶ Sus fundamentos internacionalmente reconocidos están implícitos en diferentes modelos de evaluación con enfoque de certificación que han sido adoptados, como el de la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* o el sistema ISO, en los que el personal directivo y operativo de enfermería en las unidades médicas han tenido una destacada participación.

En Latinoamérica son pocos los estudios que en enfermería abordan los tres elementos propuestos por Donabedian para evaluar la calidad del cuidado (estructura, proceso, resultado); algunos apuntan a conocer tan sólo la satisfacción de los usuarios o a determinar la estructura de los servicios. En Colombia, en 2005 se realizó la descripción del desempeño del personal de enfermería encargado de brindar el cuidado teniendo en cuenta la estructura de los servicios seleccionados y los procesos del cuidado de enfermería, así como el impacto logrado en los pacientes con dicho cuidado.⁷

Si bien no se distingue un sistema propio de evaluación del cuidado, la trayectoria de la disciplina de enfermería en el IMSS cuenta con importantes experiencias prácticas y la implementación de instrumentos de supervisión dirigidos principalmente a la valoración de la correcta realización de procedimientos en enfermería.

En el primer nivel de atención ha prevalecido la evaluación del cuidado de enfermería con un enfoque prioritario hacia los resultados, y en el segundo y tercer nivel de atención predomina la evaluación del proceso. Se reconoce que el nivel de evaluación ha sido más que nada de la gestión operativa y se carece de infor-

mación global que permita a la alta gerencia de enfermería tomar decisiones de mejora.

En los procesos de salud pública, la participación del gremio de enfermería ha sido una pieza fundamental para el logro de los programas prioritarios con enfoque preventivo (nacionales e institucionales) y con un impacto en la salud de la población que ha favorecido la esperanza de vida y el blindaje a la salud de las futuras generaciones. Por desgracia, no hay referencias de evaluación particular del cuidado de enfermería en estos programas; su carencia ha originado que las coordinadoras de enfermería de las delegaciones hayan implementado sus propios instrumentos y desarrollado experiencias importantes de evaluación de los procesos sustantivos en su contexto local.

En 2008 la Unidad de Salud Pública a través de la Coordinación de Programas Integrados de Salud en el área de enfermería emitió listas de cotejo para evaluar la atención de enfermería en procedimientos específicos de atención preventiva integrada en módulos PREVENIMSS y cédulas de evaluación del proceso por grupo etario, que son de aplicación operativa y cuyos resultados sólo se concentran delegacionalmente.

En 2009, con la finalidad de evaluar la calidad de la atención y las oportunidades perdidas en la atención preventiva integrada, se implementó una estrategia titulada “Ventana de oportunidad”, que continúa vigente y evalúa en forma trimestral cinco unidades de medicina familiar (UMF) en todas las delegaciones mediante la aplicación de una encuesta de salida a 10 derechohabientes antes de salir de la unidad y una encuesta de opinión que se aplica a 15 derechohabientes en el momento de salir del Módulo PREVENIMSS,⁸ y cuyos resultados se exponen en otro libro de esta colección.

En relación a la atención médica hospitalaria, también han existido diferentes instrumentos de evaluación del proceso centrados básicamente en la valoración de la atención de enfermería en procedimientos específicos del cuidado en los servicios hospitalarios. La experiencia de 2009 con las Guías Únicas de Supervisión y Asesoría (GUSA) como instrumentos para la supervisión aportó como resultado la dificultad para su utilización, por ser documentos heterogéneos y demasiado extensos en su contenido. Por esta razón la Dirección de Prestaciones Médicas creó en 2011 un nuevo documento, denominado “Guía para la supervisión de las unidades médicas”, en el que estableció los lineamientos generales para la supervisión y la asesoría de las unidades médicas. Con esta nueva disposición y ante el predominio de la metodología rastreadora organizada por estándares, la evaluación del cuidado de enfermería quedó muy limitada como instrumento para la evaluación, supervisión y asesoría por parte de los equipos de supervisión de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas.

Es de destacar que a pesar de los cambios organizacionales en el IMSS, la alta dirección de Enfermería de nivel central ha fortalecido su vinculación y consoli-

dado elementos de evaluación hacia la planeación estratégica a través de diferentes trabajos directivos, ello ante la necesidad de conocer a fondo cómo se están prestando los servicios de salud, a fin de implementar estrategias o modelos que garanticen la calidad del cuidado de enfermería para el desarrollo organizacional. Es en este sentido que la evaluación del desempeño, expuesta en este capítulo, constituye una herramienta para en última instancia mejorar los resultados y comportamientos. De ahí que no deba ser un proceso formal establecido por los niveles funcionales, sino realizarse de forma sistemática, lo cual evidentemente tendrá una incidencia significativa en el logro de la eficacia organizacional.⁹

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

La evaluación de la gestión es un tema que en los sistemas de salud ha cobrado relevancia, en función de que la evaluación de resultados de la gestión pública puede contribuir a fortalecer y profundizar la institucionalidad democrática si logra establecer niveles de responsabilidad de los funcionarios públicos, garantizar una gestión más transparente y mejorar la calidad de los servicios prestados por el sector público. Tiene además una incidencia en el interior de la organización al promover cambios, como la construcción de una visión compartida sobre el futuro de la organización, la definición de objetivos estratégicos, una mayor claridad en las estrategias de gestión, estándares de rendimiento, distribución de tareas y mejor información para el establecimiento de la gestión del talento humano y la calidad de su desempeño.¹⁰

La gestión de los servicios públicos de salud en el país, en el momento actual, está orientada a lograr la satisfacción del usuario con eficiencia y eficacia en todos sus procesos, a fin de obtener resultados favorables y un impacto real para elevar el nivel de salud y calidad de vida de la población usuaria de las redes de servicios de salud. En este proceso de gestión tienen un papel fundamental la supervisión, el análisis y la evaluación, que son fundamentales en el ciclo de planificación estratégica y operativa de los servicios de salud.

En enfermería, al igual que existe un proceso de atención, existe también un proceso de gestión a través del cual las enfermeras gestoras trabajan con la participación de otros profesionales del área de la salud para conseguir los objetivos de la organización. La tarea de la enfermera gestora es planificar, organizar, dirigir y controlar los diferentes recursos a su alcance, para la mejor atención a los pacientes y sus familiares.¹¹

En el IMSS se reconocen las experiencias relacionadas con la evaluación de la gestión directiva de enfermería que han tenido una repercusión importante en el mejor ordenamiento y control de sus procesos. Hasta ahora, el desarrollo de

los diferentes instrumentos utilizados en los últimos dos años han coincidido en la alineación de sus elementos con el modelo de gestión para directivas de enfermería del IMSS, que se expone en el capítulo 2 de este libro.

A partir de 2009, con la reestructuración de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas en las delegaciones del país, se dio impulso a la supervisión y la asesoría, se crearon plazas con la categoría de enfermera supervisora en atención médica y enfermera supervisora en salud pública con el objetivo de evaluar y supervisar el desarrollo de las actividades operativas de enfermería en las unidades médicas del Instituto, que tienen una función sustantiva de asesoría y seguimiento del cumplimiento de las líneas de acción de los procesos sustantivos de enfermería en un equipo interdisciplinario. En ese año, para apoyar la evaluación de procesos, se elaboró un grupo de herramientas llamado Guía Única de Supervisión y Asesoría (GUSA) que es aplicado por el denominado equipo de supervisión delegacional para renovar la evaluación de procesos y programas en forma horizontal, y coordinado en función del tránsito del paciente y las intervenciones de salud pública o atención médica, indistintamente.¹² Ahí se encuentran cédulas de evaluación del nivel de gestión jefe de enfermeras y jefe de piso en procesos de salud pública y cédulas de evaluación del nivel de gestión coordinadora delegacional y subjefe de enfermeras en procesos de atención médica. En éstos ya se vislumbra el enfoque a la gestión mediante criterios que se refieren a la existencia documental del diagnóstico situacional, el programa de trabajo, el de supervisión y el de mejora; contemplan criterios de evaluación de la gestión para la existencia, suficiencia y calidad de los recursos y criterios de control de los indicadores estratégicos y de calidad de la atención de enfermería. Sin embargo, en este esfuerzo seguían predominando las cédulas enfocadas en procesos y procedimientos.

En 2010 la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), con el propósito de contar con información altamente confiable que facilitara el cumplimiento de otras responsabilidades asociadas (como el dar seguimiento a los procesos que impliquen el diseño, la planeación, la implementación, la evaluación o el análisis de políticas de salud, entre otras muchas acciones de innovación y mejora continua en el IMSS), creó un equipo de supervisión dependiente de la Coordinación de Políticas de Salud para dar cumplimiento a las funciones de supervisión, asesoría, control y mejora de las estrategias a nivel directivo en las diferentes Delegaciones que componen el sistema de salud.¹³ Esto exigió a sus directivos supervisores crear, al inicio de sus funciones en 2011, herramientas que contemplaran criterios de evaluación de la gestión directiva. En el área de enfermería se crearon dichas herramientas específicas para la evaluación de la gestión directiva desde el nivel de la Coordinación Delegacional, directivas del equipo de supervisión, jefe de enfermeras, subjefe y jefe de piso estructuradas con base en el modelo de



Figura 6-1. Integrantes de la División de Supervisión y Mejora, 2011.

gestión para las directivas de enfermería que han sido actualizadas en 2013 con enfoque de seguimiento e impacto de la gestión (figuras 6-1 y 6-2).

En 2011 la División de Programas de Enfermería, también dependiente de la Coordinación de Políticas de Salud, convocó y reunió a jefes de área y coordinadoras de programas de enfermería de la Coordinación de Programas Integrados



Figura 6-2. Integrantes del equipo de Enfermería de la División de Supervisión y Mejora, 2011.



Figura 6-3. Integración de esfuerzos entre División de Programas de Enfermería, División de Supervisión y Mejora, Coordinación de Programas Integrados de Salud y Coordinación de áreas Médicas, 2011.

de Salud, de la Coordinación de Áreas Médicas y de la entonces División de Innovación en Servicios de Salud, para desarrollar estrategias de trabajo que permitieran actualizar y revisar los procesos y guías de supervisión de la gestión directiva de enfermería. Esta iniciativa dio como resultado que en las reuniones nacionales de enfermería de ese año y en octubre de 2012 se llevaran a cabo talleres con las Coordinadoras Delegacionales y Directoras de UMAE para la revisión de las cédulas de supervisión de la gestión directiva de enfermería para los diferentes niveles directivos en los tres niveles de atención.^{14,15} Lo anterior dio como resultado la unificación de las mismas y su estandarización quedó a cargo de la División de Programas de Enfermería para hacer oficial su implementación, dado el interés de la alta dirección de enfermería del nivel central por fortalecer la gestión directiva, lo que se ha visto reflejado en los acuerdos para conservar la misma línea de supervisión en el interior de la gestión en los diferentes niveles directivos de enfermería en las 35 delegaciones del país y en las UMAE.

Las cédulas de evaluación que actualmente utiliza la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud responden a criterios descritos para la administración estratégica; miden de manera objetiva el desempeño gerencial de los directivos como administradores de procesos en una organización, evalúan el desempeño gerencial e identifican necesidades de capacitación y asesoría;¹⁶ son aplicadas a los diferentes niveles directivos de enfermería y a dos años de su utilización los resultados consignados en los informes correspondientes reportan la unificación y el apego a la estructura documental con base en el modelo de gestión en 100% de las Coordinaciones de Enfermería de Prevención y Atención a

la Salud, así como avances importantes en su alineación en los diferentes niveles directivos. Ello tiene repercusión en la dirección y el control de los procesos sustantivos de enfermería, con una gran fortaleza para el seguimiento de las líneas de acción por parte del equipo de supervisión de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas.

Es menester referir que a partir del año 2012 la Dirección de Prestaciones Médicas a través del Programa de Reconocimiento a la Atención de Calidad de Enfermería, de Base y Confianza (PRACENF), y buscando garantizar la calidad óptima en la atención de los derechohabientes, realiza la evaluación de la gestión directiva del personal de confianza adscrito a unidades médicas, nivel central, delegacional, escuelas de enfermería y jefes de piso de primero, segundo y tercer nivel de atención. Su línea de acción es distinguir al personal de enfermería que se destaca por brindar atención de calidad y realizar de manera eficiente sus funciones administrativas, así como a los que continúan superándose en actividades de educación continua, docentes y de investigación. El proceso de evaluación lo realiza un Comité de Evaluación para el Programa de Reconocimiento a la Atención de Calidad y de la Gestión Directiva de Enfermería¹⁷ mediante una cédula de evaluación de la gestión directiva que evalúa cuatro grandes áreas del proceso de gestión directiva:

1. Actividades de planeación.
2. Actividades de capacitación.
3. Actividades de supervisión.
4. Actividades de seguimiento.

La evaluación de la gestión directiva en el Instituto seguramente aportará en breve grandes avances con impacto en la calidad de la atención de enfermería; será necesario impulsar un sistema de evaluación integral que asegure el seguimiento, el análisis estratégico y las mejores decisiones en la alta dirección.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

La calidad es un componente sustantivo en el otorgamiento de los servicios y a través de los años las instituciones de salud han intensificado las acciones para mejorarla.

Uno de los primeros países en contar con un sistema de medición que le permitiera evaluar la calidad de los servicios fue Colombia, que incluso creó modelos de calidad que incluyeron mecanismos de evaluación, seguimiento, monitoreo

y control planificados conforme a un sistema de garantía de calidad en la atención.¹⁸

En México los primeros esfuerzos por evaluar la calidad de la atención datan de finales de la década de 1950, cuando el IMSS emprendió una auditoría médica. Posteriormente, en la década de 1980 el Instituto Nacional de Perinatología creó los círculos de calidad, y más tarde se intensificaron las acciones para mejorar la calidad en todo el sistema de salud, convirtiéndose en un elemento esencial para evaluar la eficiencia, la efectividad y la eficacia de los servicios de salud.¹⁹

Para determinar la situación que prevalecía en enfermería en materia de calidad en las unidades médicas del país, en 2002 el Sistema Nacional de Salud investigó en instituciones públicas y privadas la existencia de sistemas de evaluación de la calidad de la atención de enfermería; entre los hallazgos de los diversos proyectos y programas no se encontró ninguno que perteneciera a las unidades médicas del IMSS. Ante estos resultados heterogéneos, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y de la Comisión Interinstitucional de Enfermería (en la que participa la División de Programas de Enfermería del IMSS), determinó el proyecto para la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, en el cual se emitieron conceptos fundamentales para efectos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el área de enfermería.²⁰

En esta primera etapa se definieron tres indicadores:

1. Ministración de medicamentos por vía oral.
2. Vigilancia y control de venoclisis instaladas.
3. Trato digno.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, un importante organismo del sector salud con un sistema de cuenta pública orientada a resultados, requería datos de un conjunto de indicadores que reflejaran información estratégica para distintos niveles de toma de decisiones, así que determinó participar en 2004 en la Cruzada Nacional por la Calidad con la medición de los tres indicadores antes mencionados. Para ello elaboró las primeras cédulas de supervisión para evaluar la calidad de los servicios de enfermería a través de las Coordinaciones Delegacionales de Enfermería en cada uno de los estados de la República Mexicana. Se llevaron a cabo pruebas piloto para la aplicación de las cédulas antes mencionadas, pero no se logró la participación homogénea de todas las delegaciones del IMSS.

En 2006, en la segunda etapa de este proyecto se estructuraron tres indicadores más por evaluar, con el propósito de evitar riesgos y daños innecesarios al paciente y contribuir a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria de los pacientes; son:

4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

5. Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
6. Prevención de infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.²¹

Considerando que los indicadores de calidad son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad, y que deben ser medibles, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia, la evaluación de la calidad requiere indicadores específicos por áreas técnicas o administrativas, con énfasis en el desarrollo de las unidades de salud y la atención a los problemas prioritarios.²² En este contexto, el diseño y la construcción del programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, desde su origen y con participación interinstitucional en la que se destaca el IMSS, se ha ocupado en desarrollar estos seis indicadores como herramientas de medición con validez metodológica para arrojar información objetiva y confiable que permita detectar oportunidades y tomar decisiones en los diferentes niveles de gestión.

A continuación se presentan los resultados de los trabajos que en el IMSS se han desarrollado respecto a la evaluación de la calidad de la atención de enfermería a partir de su participación en la Cruzada Nacional por la Calidad. Cabe señalar que en su momento no se estandarizaron los criterios que se evaluarían en cada indicador, lo cual ocasionó su diversidad en el número por evaluar en las delegaciones del Instituto, tal y como se señala en el cuadro 6-1.

Por otra parte, los seis indicadores antes mencionados no se implementaron en todas las delegaciones y en 20 de ellas sólo se aplicaron tres, situación que prevaleció hasta el año 2011, como se observa en el cuadro 6-2.

Cabe mencionar que la participación de sólo 57% del total de las delegaciones en la medición de todos los indicadores ha hecho difícil la evaluación de los servicios de enfermería desde el nivel central. No obstante, con el análisis de esta información y con el propósito de incorporar la cultura de la medición de la calidad en el personal de enfermería y avanzar en la unificación de criterios para guiar

Cuadro 6-1. Número de criterios por indicador evaluados de 2004 a 2012

Indicador	No. de criterios	
	2004-2011	2012
Ministración de medicamentos por VO	2	7
Vigilancia y control de venoclisis instalada	7	7
Trato digno	7	11
Prevención de caídas en pacientes hospitalizados	7	7
Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados	5	5
Prevención de infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada	9	9

Fuente: Informe cuatrimestral de Indicadores de Calidad, DPE.

Cuadro 6–2. Número de indicadores evaluados por delegación de 2004 a 2012

Indicador	No. de delegaciones	
	2004–2011	2012
Ministración de medicamentos por VO	35	35
Vigilancia y control de venoclisis instalada	35	35
Trato Digno	35	35
Prevención de caídas en pacientes hospitalizados	20	35
Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados	20	35
Prevención de infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada	20	35

Fuente: Informe cuatrimestral de Indicadores de Calidad, DPE.

la supervisión operativa del cuidado enfermero, se tomó la decisión de llevar a cabo la estandarización tanto de los indicadores como de los criterios por evaluar en cada uno de ellos. Es así como la División de Programas de Enfermería de la Coordinación de Políticas de Salud, en el marco de la X Reunión Nacional de Directivas de Enfermería del IMSS realizada en octubre de 2011 en Metepec, Puebla, llevó a cabo el taller “Indicadores de Seguridad y Calidad de Enfermería” cuyo producto final fue la estandarización de los seis indicadores de calidad, a los que se agregaron dos más que aún se encuentran en fase de piloto:

7. Vigilancia y control de la hiperbilirrubinemia en el neonato.
8. Cuidados de enfermería al neonato de 1 500 g.

Para dar seguimiento al compromiso de evaluar la calidad de la atención de enfermería a través de seis indicadores en segundo nivel de atención, en mayo de 2012 la Coordinación de Políticas en Salud oficializó su cumplimiento y difundió guías de supervisión, formatos de recolección, formatos de concentrado delegacional e instructivo de operación a las 35 delegaciones del país,²³ con la finalidad de coadyuvar al logro de los objetivos institucionales y de otorgar atención de calidad y libre de riesgos a los derechohabientes. Durante el primer cuatrimestre de 2012 la información aún era incipiente y la sistematización se logró a partir del segundo cuatrimestre de ese mismo año.

Esta sistematización de la información permitió unificar un sistema de control mediante tableros cuyo propósito es mantener un monitoreo permanente y constante en el comportamiento de cada indicador por cada una de las delegaciones. Su análisis ha sido de gran utilidad para la toma de decisiones y el establecimiento de estrategias para la mejora de la calidad de los servicios de enfermería. En los tableros de control la División de Programas de Enfermería concentra la información originada por todas las delegaciones del país de manera cuatrimestral; sus resultados son difundidos en las reuniones nacionales que se llevan a cabo cada año con el personal directivo de enfermería.

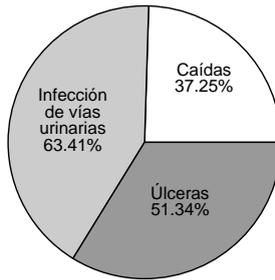


Figura 6-4. Número de delegaciones con algún indicador debajo de 89% de cumplimiento. Fuente: Informes cuatrimestrales de indicadores de Calidad, DPE.

Los resultados más relevantes obtenidos en las 35 delegaciones durante el segundo y el tercer cuatrimestre de 2012 son los siguientes:

Los indicadores ministración de medicamentos por vía oral, vigilancia y control de venoclisis instalada y trato digno se mantuvieron por arriba de 89%, pero aún en semáforo amarillo.

Respecto a los otros tres indicadores, se destaca que un número importante de delegaciones no logró rebasar 89% de cumplimiento en los criterios que la cédula correspondiente evalúa (figura 6-4), manteniéndose en semáforo rojo. El indicador de prevención de infección de vías urinarias por sonda vesical instalada es el de menor cumplimiento (63.41%), seguido del de prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados (51.34%) y por último el de prevención de caídas en pacientes hospitalizados (37.25%).

Los datos anteriores reflejan el riesgo que prevalece en la seguridad de los pacientes y refleja la calidad de atención, por lo que uno de los retos principales que tiene cualquier institución de salud como el IMSS es incrementar la seguridad a quien se otorgan los servicios de salud.

Esta condición es parte de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2004.²⁴

Por consiguiente, dada la trascendencia de salvaguardar la seguridad del paciente y garantizar un ambiente hospitalario libre de riesgos, la División de Programas de Enfermería en coordinación con las directivas de enfermería de las delegaciones y unidades médicas, después del análisis estratégico de estos resultados ha tomado la decisión de fortalecer la calidad de la atención de enfermería a través del cumplimiento estricto de los seis indicadores hasta su consolidación.

Su medición sistemática, el monitoreo continuo y el seguimiento en el cumplimiento de los criterios en cada uno de los indicadores asegurarán procedimientos adecuados y mejora de los resultados en el otorgamiento de los servicios, con el fin de promover los más altos estándares de calidad y seguridad que cubran las necesidades y las expectativas tanto de la población derechohabiente como del prestador del servicio.

Otro elemento relevante identificado en la evaluación de la calidad está relacionado con la constancia del cuidado a través de la hoja de registros clínicos de enfermería, en la cual se identifica una gran debilidad debido a que en los resultados obtenidos los criterios de mayor incumplimiento son los relacionados con los escasos registros o anotaciones que realiza la enfermera en las diferentes etapas del proceso de atención. Este hallazgo es fundamental y trascendente en la práctica, ya que los registros clínicos de enfermería forman parte del expediente clínico cuya relevancia documental tiene implicaciones legales importantes.

Lo anterior exige mayor vinculación y esfuerzos en los diferentes niveles de gestión, para que a través de la evaluación de la calidad y la seguridad de los pacientes se siga estableciendo estrategias de mejora permanentes. En esa medida se lograrán servicios de enfermería de excelencia.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La hoja de registros clínicos como instrumento de evaluación del proceso de enfermería

Hablar de la evaluación del proceso de enfermería es mirar al pasado para conocer su evolución y la forma como ha ido mejorando cada uno de los elementos que integran el proceso. El estudio y la aplicación de la metodología para todo el proceso es flexible y dinámico, de tal manera que es adaptable a cualquier nivel de atención.

En este apartado se tratará de la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería para el segundo nivel de atención como un instrumento de elevada importancia para el cumplimiento de la Norma Oficial del Expediente Clínico NOM 004–SSA 003–2012, por el impacto que representa en la atención de los derechohabientes el contar con un instrumento que permita documentar y dar seguimiento al cumplimiento cabal de las indicaciones médicas y propias de la enfermera. Por consiguiente, se describirá la utilidad de los registros como reflejo de la calidad del proceso enfermero y su evaluación en el IMSS.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes entre 1950 y 1963, cuando por primera vez fue considerado como un proceso con tres etapas (valora-

ción, planeación y ejecución); en 1967 fueron establecidas cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y entre 1974 y 1976 se añadió la etapa del diagnóstico.²⁵

Se considera un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona y cada grupo de personas responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.²⁶

En el IMSS se implementó en 1999 la hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (4-30-61/86) con apego a estos preceptos y alineada para dar cumplimiento a la NOM del expediente clínico.

En la última revisión de la hoja de registros, realizada en 2011, se la actualizó de acuerdo con los estándares del proceso enfermero. Por parte de la Dirección de Prestaciones Médicas se consideraron cambios significativos tomando en consideración las políticas institucionales, nacionales e internacionales, entre ellas identificación del riesgo, elaboración de diagnósticos de enfermería y medidas de seguridad en el paciente. Hoy se le da el nombre de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería, clave 2660-021-002.

Los registros clínicos de enfermería son la parte esencial para la toma de decisiones por parte del equipo de salud, ya que en los registros existe información valiosa que orienta las acciones y medidas por tomar. Entre esta información destaca la siguiente: datos del paciente, detalles relacionados con su salud y con su enfermedad, observaciones, consideraciones, resultados de exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados, todos los datos que se originan en las acciones y las intervenciones de enfermería.²⁷

La aplicación correcta del proceso enfermero impacta en la calidad de la atención. Un diagnóstico de enfermería bien identificado y analizado facilita que se determinen claramente los cuidados y con ello la prevención de riesgos a la salud.²⁸ Son ejemplo de ello: neumonías, úlceras por presión, caídas, infecciones de vías urinarias y otros problemas agregados. Tener el control del proceso con un sistema de evaluación preciso como la hoja de registros clínicos es un factor clave para la detección y la prevención de los riesgos y la disminución de las complicaciones.

La etapa final del proceso de enfermería es la evaluación de las intervenciones de enfermería hasta el producto final; una de las características por considerar es el dinamismo y la continuidad entre las intervenciones y su evaluación, así es fácil identificar la evolución del paciente a través de su respuesta, realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.²⁹

Por otra parte, aplicar la metodología del proceso enfermero de manera constante y efectiva garantiza en gran medida la prevención de riesgos, ya que al tener controlados la atención y el seguimiento de los pacientes conforme lo establecen las Normas Oficiales, aunado al compromiso del equipo médico y de enfermería,

impactaría en menos estancias y en una clara disminución de costos, lo que repercutiría en una mejor atención y una mayor oportunidad para otros pacientes.

En los últimos años el Sistema Nacional de Salud en México se ha preocupado por mejorar los procesos de evaluación y seguimiento en las políticas de salud. Un avance importante en esta materia se dio entre 1995 y 1996, cuando se enlistaron indicadores de resultados con los que se buscaba evaluar los servicios de salud, los cuales se han venido modificando. Posteriormente se planteó evaluar la calidad de la atención médica, que por supuesto incluye los servicios de enfermería;³⁰ para tal fin, y refiriéndose concretamente a la experiencia institucional, a partir de 2007 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Unidad de Evaluación de Delegaciones, se estableció una estrategia con línea directa hacia la Dirección General para atender las áreas críticas de la atención de la salud que tienen más impacto en la satisfacción de los usuarios. Dicha estrategia se implementa hasta el día de hoy a través de un modelo de evaluación que integra tanto indicadores normativos como de procesos médicos que fueron diseñados en su momento para tal propósito; todo ello tiene el objetivo de verificar directamente en el campo la ejecución de los procesos a través de un equipo multidisciplinario de expertos, quienes emiten una evaluación objetiva que facilita la toma de decisiones y promueve el cambio hacia la mejora de los servicios.

En particular para el área de enfermería, se integraron seis indicadores complementarios entre los cuales destaca el que tiene que ver con el tema en cuestión; tal indicador se denomina correlación entre indicaciones médicas y acciones de enfermería.

Para evaluar este indicador se toman como fuentes de información las órdenes médicas y los registros clínicos, el esquema terapéutico y las intervenciones de enfermería (clave 2660-021-002), en los que se verifican parámetros de evaluación como identificación del paciente, cumplimiento de las indicaciones médicas relacionadas con medicamentos y esquema de soluciones intravenosas, laboratorio e imagenología, cuidados específicos y las acciones de enfermería que tienen que ver con la identificación de signos y síntomas de alarma, valoración de riesgos e intervenciones de enfermería.

En los últimos años se han identificado cambios significativos en los registros, derivados de la participación del personal directivo de enfermería de las unidades médicas a través de la supervisión, la evaluación y un programa de capacitación dirigido a la aplicación de una metodología propia para mejorar la calidad de los registros clínicos en la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

Los avances demuestran en forma muy general que las enfermeras de las unidades médicas realizan de forma más consistente la valoración integral del paciente, identifican riesgos de caídas y de úlceras por presión y aplican la escala de valoración del dolor, lo que les permite establecer con mayor precisión los

diagnósticos de enfermería. Es relevante considerar los avances en relación al cumplimiento de la terapéutica médica.

Todavía hay mucho por hacer, por ejemplo:

- a. La estandarización del proceso en todos los turnos.
- b. La inclusión y el desarrollo del personal de nuevo ingreso.
- c. La relación entre la identificación de los riesgos y la planificación de los cuidados.
- d. La continuidad de las acciones.
- e. El procurar la omisión de algunos registros de control.

CONCLUSIONES

En el IMSS no se distingue un sistema propio de evaluación del cuidado; no obstante, la trayectoria de la disciplina de enfermería en el IMSS cuenta con importantes experiencias prácticas e implementación de instrumentos de supervisión. La evaluación de la gestión es la experiencia más reciente en la que ha incursionado de manera vinculada la División de Programas de Enfermería, la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud, la Coordinación de Áreas Médicas y la Coordinación de Programas Integrados de Salud en sus áreas de enfermería con la finalidad de impulsar un sistema de evaluación integral que asegure el seguimiento, el análisis estratégico y las mejores decisiones en la alta dirección.

Las experiencias en evaluación de la calidad en el Instituto presentan importantes avances en la sistematización y la concentración de información generada por las 35 delegaciones estatales del país respecto a seis indicadores de calidad y seguridad de la atención de enfermería. El análisis estratégico de los resultados, que sobre todo en tres indicadores no han superado 89%, ha tomado la decisión de fortalecer la calidad de la atención de enfermería a través del cumplimiento estricto de estos seis indicadores hasta su consolidación.

Un elemento relevante identificado en la evaluación de la calidad y del proceso del cuidado está relacionado con la hoja de registros clínicos de enfermería, en la que se identifica debilidad en los registros o anotaciones que realiza la enfermera en las diferentes etapas del proceso de atención. Este hallazgo es fundamental y trascendente en la práctica, debido a que los registros clínicos de enfermería forman parte del expediente clínico, cuya relevancia documental tiene implicaciones legales importantes.

Se reitera entonces la necesidad de desarrollar un modelo integral de evaluación del cuidado de enfermería, lo que finalmente representa uno de los retos más relevantes para la disciplina de la enfermería en el IMSS.

REFERENCIAS

1. Poder Ejecutivo, SHCP: Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018. Segunda sección. *Diario Oficial*, mayo de 2012:6,7.
2. **Casanova MA**: *La evaluación educativa. Biblioteca para la actualización del maestro*. México, SEP–Muralla, 1998:67–102.
3. **Quinn PM**: Desarrollo organizacional y evaluación. En: *The Canadian journal of program evaluation*. Edición especial. Canadá, Canadian Evaluation Society, 1999. Trad. PREVAL, 2004:1.
4. **Donabedian A**: The quality of medical care. *Science* 1978;200:856–864. Reproducción autorizada por los propietarios del copyright para la traducción española en homenaje a la figura del profesor Donabedian. Versión española supervisada por la Fundación Avedis Donabedian y *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:S35.
5. **Aguirre–Gas HG**: Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Ciruj Ciruj* 2008;76:187.
6. **Donabedian A**: La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1986;28:324–327. Reproducción autorizada por los propietarios del copyright para la traducción española en homenaje a la figura del profesor Donabedian. Versión española supervisada por la Fundación Avedis Donabedian y *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:S64–66.
7. **Ariza OC, Daza de CR**: Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Revista de Enfermería*, agosto de 2005. *Actual Enferm* 2005;8(3):8–14.
8. Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Salud Pública, Coordinación de Programas Integrados de Salud, Área de Enfermería: *Estrategia “Una ventana de oportunidad”*. Videoconferencia, julio de 2009.
9. **Mesa E, Naranjo P, Pérez V**: *La evaluación del desempeño: herramienta vital en la dirección organizacional*. En: Observatorio de la Economía Latinoamericana N° 73, enero de 2007. Texto completo en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/>.
10. **Ospina S**: *Una aproximación sistémica a la evaluación de la gestión pública*. CLAD, 2002.
11. **Guillies DA**: *Gestión de enfermería, una aproximación de los sistemas*. Barcelona, Masson, 1994:1–6.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas: *Guía para la supervisión de las unidades médicas*. 2011:6,7.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Políticas de Salud: *Manual de Organización de la División de Supervisión y Mejora de Estrategias*. México, 2010:4.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Políticas de Salud, División de Programas de Enfermería: *Compromisos de la X Reunión Nacional para Directivas de Enfermería*. Metepec, octubre de 2011.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Políticas de Salud, División de Programas de Enfermería: *Compromisos de la XI Reunión Nacional para Directivas de Enfermería*. Oaxtepec, octubre de 2012.
16. **Dess GG, Lumpkin GT, Eisner AB**: *Administración estratégica*. 5ª ed. México, McGraw–Hill, 2010:125–126.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas: *Anexo 6. Guía y cédula de evaluación de la Gestión Directiva*.
18. **Losada OM, Rodríguez OA**: Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuad Admón* 2007;20(34):237–258.

19. **Ortega VC et al.:** *Manual de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Estrategias para su aplicación.* 2ª ed. México, Médica Panamericana, 2009:1–17.
20. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería: *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. 3 indicadores.* México, 2003:6.
21. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería: *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente.* México, 2006:3,4.
22. **López SI et al.:** Diseño de criterios, indicadores, estándares para evaluar la calidad de la atención de enfermería en servicios pediátricos. *Rev Cubana Enfermería* 2012;28(2):2.
23. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud, Coordinación de Políticas de Salud: *Oficio N° 09521761 2A10-085.* México, 2012.
24. Organización Mundial de la Salud: *Seguridad del paciente.* En: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. Consultado el 12 de junio de 2013.
25. **Rodríguez SBA:** *Proceso enfermero, aplicación actual.* Cuéllar.
26. **Rosales Barrera S, Reyes Gómez E:** *Fundamentos de enfermería.* 3ª ed.
27. **Burgos Moreno M, Paravic Klijn T:** Artículo de opinión. Enfermería como profesión. *Rev Cubana de Enfermería* 2009;25(1–2):2–9.
28. **Benavides-Torres RA:** La investigación en la enfermería mexicana. Análisis del contexto nacional e internacional. *Rev Enferm IMSS* 2002;10(3):153–158.
29. **Torres Santiago M, Zarate Grajales RA:** *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2011;8(8):1.
30. *Salud Púb Méx* 2002;44(4).

La investigación en enfermería en el Instituto

*José Javier Cuevas Cancino, Guillermina Romero Quechol,
Lilia Angélica Ibarra Chávez, Mario Romero Ojeda,
Mario Moreno Nava*

INTRODUCCIÓN

En este capítulo, después de una compilación de información se aborda cómo ha sido el desarrollo de la investigación de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los últimos 23 años.

Se inicia refiriendo cómo desde su creación el realizar investigación ha sido nato, dado que se busca la mejora de la calidad de la atención y los cuidados que se brindan al derechohabiente.

Las profesiones del área de la salud deben realizar investigación a fin de tener conocimientos sólidos acerca de lo que pueda sustentar sus decisiones y aclarar sus dudas en el quehacer diario con los derechohabientes.

Después de la consolidación de la Jefatura de Servicios de Investigación Médica, así como del fortalecimiento de las unidades de investigación, se les da un nuevo auge a los programas de diplomado, maestría y doctorado en investigación.

Los foros de investigación surgen en respuesta al auge de la investigación del Instituto, teniendo como propósito difundir la producción científica de los investigadores en el área de la salud, promover el intercambio académico, científico y cultural entre los investigadores, así como también capacitar a los participantes en temas prioritarios para la atención y la investigación en salud.

La investigación en enfermería busca que los conocimientos adquiridos en los diplomados, la maestría y el doctorado permitan dar una mejor calidad y calidez del cuidado con humanismo, bases científicas efectivas, eficientes y equitativas.

Es por ello que a través de la investigación pueden generarse formas y tecnología de cuidado nuevas.

En la Coordinación de Investigación en Salud se sigue impartiendo el diplomado de investigación en enfermería dos veces al año. Los proyectos de los alumnos son presentados en diversos foros nacionales e internacionales.

La situación actual de la investigación de enfermería sigue siendo escasa, dado que los proyectos son de tipo académico, situación que dificulta que los resultados sean difundidos con la finalidad de acrecentar la ciencia enfermera.

Las investigaciones publicadas son en su mayoría de tipo descriptivo, lo que constituye un área crítica que explica el desarrollo inicial en que se encuentra la búsqueda y la comprensión del objeto de la enfermería.⁸

La enfermera debe seguir abriendo caminos en la investigación y fortaleciendo a su gremio con la utilización de la investigación en su quehacer profesional día con día.

Para ello se puntualiza sobre las líneas de investigación en enfermería institucional; el resultado es un análisis de los temas de salud prioritarios en el IMSS y enfocados en el cuidado enfermero y cómo se vislumbra la vida gremial de enfermería. Por otra parte, la investigación da como resultado la utilización de la enfermería basada en evidencias y como consecuencia las *Guías de Práctica Clínica de Enfermería*.

Las *Guías de Práctica Clínica de Enfermería* son uno de los objetivos terminales de la investigación, dado que con su implementación se busca la homologación de los cuidados de enfermería con un fundamento científico firme y con un alto grado de evidencia. La construcción de dichas guías está en estos momentos en desarrollo y tiene grandes áreas de oportunidad.

El objetivo de este capítulo es dar a conocer los avances y los logros de la investigación en enfermería en los últimos 23 años, con el fin de promover y fomentar el desarrollo de la investigación en enfermería así como su implementación en el área clínica y comunitaria.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Desde su fundación en 1941 el IMSS ha reconocido que la investigación científica es una actividad crucial para la práctica médica.¹

La misión del IMSS es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional para todos los trabajadores y sus familias. Es decir, el aumento en la cobertura de la población se persigue como un mandato constitucional con sentido social.²

En este sentido la investigación tiene como meta proporcionar una mejor atención médica a los derechohabientes, se apoya en proyectos que puedan prevenir, cuidar, curar, controlar y evaluar las consecuencias de cualquier proceso de salud y enfermedad.²

En el caso de este trabajo se tratará del desarrollo de la investigación a partir de los últimos 23 años, dado que estuvo marcado por cambios vertiginosos en la estructura de la Coordinación de Investigación en Salud.

En la década de 1990, en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Ciencia y Modernización Tecnológica, la Subdirección General Médica se reorganizó e incluyó en su estructura orgánica el área de investigación con el nivel de Jefatura de Servicios de Investigación Médica. Las Unidades de Investigación Biomédica cambiaron su denominación a Centros de Investigación Biomédica, con dependencia normativa de la Subjefatura de Investigación Biomédica y línea de autoridad con la Jefatura Delegacional de Servicios Médicos y la Coordinación Delegacional de Investigación Médica.³

Con base en los cambios que se gestaron en 1991 se instituyeron la primera Reunión Nacional de Investigación Médica y el Foro Nacional de Investigación en Enfermería; posteriormente se integraron en uno solo dando paso al Foro Nacional de Investigación y a los Foros Regionales Norte y Sur.

La Coordinación de Investigación le dio mayor impulso a partir de 1992, abriéndose cinco Unidades de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud en el Centro Médico "Siglo XXI", Centro Médico "La Raza", Guadalajara, Nuevo León y Veracruz. Estas unidades llevaron a cabo investigaciones en sistemas de salud, incluyendo la difusión de los resultados en forma de síntesis ejecutivas.⁴

En 1992 los investigadores de las unidades impartieron un diplomado de investigación en sistemas de salud (de nueve meses de duración) siguiendo los lineamientos establecidos para este tipo de cursos por el Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo, y basándose en el programa de Canadá y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el diplomado se estructuró un manual en inglés que fue traducido al español y adaptado por los investigadores de las unidades de investigación. El título de dicho manual es *El diseño y la conducción de proyectos de investigación en sistemas de salud*.

El diplomado se fundamentó en el desarrollo de un proyecto de investigación para tratar de resolver problemas prioritarios de servicios de salud y fue impartido para directivos de las diferentes delegaciones estatales.

Los diplomados fueron impartidos por los jefes de división y los médicos que estaban adscritos a la Coordinación de Investigación en Salud. Los participantes eran médicos, enfermeras y personal de salud que ocupaban puestos directivos intermedios en la institución.

Como parte de la evolución operativa del Instituto, en 1995 la Jefatura de Servicios de Investigación Médica dio paso a la Coordinación de Investigación Médica, que desde 2001 se denomina Coordinación de Investigación en Salud.³

La investigación clínica cobró impulso a partir del desarrollo de programas de maestría, doctorado en ciencias médicas y en investigación clínica en diversos hospitales de la Institución.

En 2001 ocurrió en el IMSS un hecho importante para la investigación de los sistemas de salud al firmarse por primera vez convenios con la Universidad Autónoma de Aguascalientes, lo que permitió establecer la Maestría en Investigación en Sistemas de Salud en cuatro sedes de la República Mexicana. Este acontecimiento sin duda dio auge a la investigación de esta área en la Institución. Por otro lado, se logró un intercambio académico con la Universidad de Texas.

Ante el incremento de investigadores de la Coordinación de Investigación se abrieron nuevas Unidades de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud en diferentes partes del país. Para 2003 ya había 13 unidades, ubicadas en Aguascalientes, Colima, Chihuahua, Distrito Federal (cuatro), Jalisco (dos), Morelos, Nuevo León, Querétaro y Sonora. En estas unidades se ha llevado a cabo investigación en sistemas de salud de manera organizada y sistemática.⁵

Ante el crecimiento sostenido de las actividades de investigación, con aumento de la complejidad de sus requerimientos y en congruencia con la Ley de Ciencia y Tecnología, en 2005 se planteó la actualización de la forma de administrar los recursos, para su optimización.

El 25 de enero de 2006 el H. Consejo Técnico del Instituto aprobó la operación del fondo para administrar estos recursos como Fondo de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico.⁶

La investigación en enfermería es un proceso de averiguación y experimentación científica que incluye el propósito sistemático y riguroso de recopilar información a partir de una realidad problematizada, analizarla e interpretarla con el objeto de obtener nuevos conocimientos, o bien de teorizar los que ya se tienen a fin de crear un conjunto organizado de conocimientos fiables y válidos sobre la realidad y encontrar respuestas a preguntas, hallar soluciones a problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos, someter a pruebas o leyes, revisar las ya existentes, y aceptarlas a la luz de nuevas condiciones o hechos o formular nuevas teorías.⁷

En la actual Coordinación de Investigación en Salud, la enfermera que destacó en el área fue Claudine Palazuelos Lacaille; en su estancia como Coordinadora de Programas de Enfermería se lograron convenios nacionales e internacionales con universidades del Distrito Federal y el estado de Tamaulipas para que los egresados de enfermería realizaran el servicio social en el área de investigación, y con universidades de EUA para estancias cortas con enfermeras investigadoras. Impulsó la participación activa del personal de enfermería para presentar resulta-

dos de sus investigaciones a la comunidad científica del IMSS en foros de investigación de manera ininterrumpida de 1992 a 2007.⁷

Claudine, inquieta siempre por la investigación, impulsó el desarrollo de los diplomados en Sistemas de Salud e Investigación Educativa, obteniendo frutos durante cuatro generaciones. Actualmente se trata de una actividad prioritaria en el área de investigación en enfermería.⁷

Participó también en actividades relacionadas con la investigación como responsable y colaboradora en proyectos, siempre interesada por la difusión de los resultados de las investigaciones. Publicó numerosos artículos en revistas nacionales e internacionales para el gremio de enfermería, donde mostró los puntos de vista de las enfermeras respecto a la investigación, así como evidencias realizadas en este campo disciplinar.

Como secretaria técnica del Comité de Enfermería del IMSS, durante su gestión logró consolidar la propuesta de la página web de enfermería para fortalecer la comunicación y el intercambio de conocimientos y experiencias de los profesionales de enfermería del Instituto (2004).⁷

Bajo su conducción se realizó la encuesta de opinión a nivel nacional sobre los programas integrados de salud y el expediente clínico electrónico del paciente, programas que fortalecieron la estrategia de PREVENIMSS (2004–2005). Con la coordinación de políticas de salud de la Dirección de Prestaciones Médicas desarrolló el proyecto de investigación “Enfermería en la atención primaria”, cuyo resultado fue el diseño y la elaboración de los indicadores para la evaluación de la calidad de la atención de las enfermeras, el diseño de los procesos específicos que realizará la enfermera en atención primaria y el desarrollo del programa de capacitación (2005).⁷

Como miembro del consejo editorial de la *Revista de Enfermería* del Instituto Mexicano del Seguro Social, impulsó y participó en el diseño, el desarrollo y la ejecución de la página web. Propuso y logró que todos los artículos publicados en la *Revista* desde 1988 estuvieran disponibles en dicha página para consulta de los profesionales de enfermería. Participó activamente como consultora de innumerables artículos de la *Revista*; su colaboración fue importante en la definición de los criterios de evaluación de artículos y difusión en los foros de investigación.

Por otro lado, de 2008 a 2012 el responsable del área de enfermería en la Coordinación de Investigación en Salud fue Mario Moreno Nava, que continuó el trabajo realizado por Claudine. Transformó el Diplomado de Investigación en Enfermería, que de tener una sola emisión al año pasó a tener dos a partir de su gestión, con la visión de impulsar la capacitación en los procesos de investigación. El diplomado tiene actualmente una duración de cinco meses y en 2013 se llega a su edición número XV.

La investigación al servicio del derechohabiente es el lema y el eje rector de un modelo en el IMSS, cuyos investigadores orientan sus esfuerzos y sus conoci-

mientos al desarrollo de métodos de prevención y diagnóstico para mejorar la calidad en la atención a los problemas de salud que con mayor frecuencia y gravedad afectan al derechohabiente, principalmente enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, padecimientos cardiovasculares y mentales.⁸

En la actual administración la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS ha hecho énfasis en un nuevo modelo de investigación cuyo objetivo primordial es la atención y el cuidado del paciente, “esto para que contribuya con nuevo conocimiento, con herramientas de diagnóstico, de prevención y en el enfoque terapéutico de la patología más frecuente que afecta a los derechohabientes, lo que se traduce en el apoyo de la investigación a temas prioritarios de salud”.⁶

La investigación en enfermería es la fuente del desarrollo del conocimiento como base del cuidado, aporta respuestas a problemas prioritarios relacionados con el proceso salud-enfermedad, el bienestar y la calidad de vida en los grupos de edad, explica los diferentes comportamientos y patrones de conducta, la relación con el entorno; con la investigación se construye ciencia y se puede explicar el fenómeno del cuidado.⁹

INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

La investigación en enfermería reviste una gran importancia en la búsqueda de nuevos conocimientos que permitan dar mejor calidad y calidez con un cuidado humanístico con bases científicas, y al mismo tiempo efectivas, eficientes y equitativas. Es a través de la investigación como puede generarse formas y tecnología de cuidado nuevas.¹⁰

Para el logro de este propósito fue necesario preparar recursos en enfermería otorgándoles las herramientas metodológicas mediante los diplomados de metodología de la investigación de enfermería. Cabe mencionar que el diplomado tenía una duración de 11 meses hasta el año 2008 y a partir de 2009, ante la demanda del gremio, se hizo necesario incrementarlo a dos veces al año con una duración de cinco meses.

En relación a la difusión de los trabajos de investigación en enfermería se organizaron Reuniones Nacionales de Investigación en Enfermería a partir de 1994. Se logró la primera reunión de investigación de enfermería con una participación de 100 enfermeras, en las modalidades de trabajo oral, cartel y mesas de trabajo. A partir de la V Reunión Nacional de Investigación (1999) se realizó la invitación a escuelas y facultades de enfermería tanto nacionales como internacionales (Cuba, EUA) para que participaran en dichos eventos.^{11,12}

En el año 2000 cambió la denominación de Reuniones Nacionales de Investigación a la de Foro Nacional de Investigación en Salud, que conserva hasta la fecha.¹²

Es a partir de 2008, con el equipo de trabajo del Dr. César Alberto Cruz Santiago, coordinador de investigación en salud, que después de un diagnóstico situacional se identificó que el personal de enfermería no contaba con formación en metodología de la investigación; de ello se derivó la gestión correspondiente para la apertura de dos diplomados de investigación en enfermería. Ello permitió al participante del diplomado obtener las herramientas metodológicas y en sistemas de información para ser competitivo con otras disciplinas de la salud en el área de investigación, y eventualmente contar con personal capacitado para cubrir o concursar por plazas para cubrir puestos directivos en la misma área.

La productividad de los recursos humanos formados en el diplomado desde 2008 a la fecha son: 100 enfermeras y enfermeros de los cuales 14 han realizado estudios de maestría luego del diplomado. Los programas académicos que han sido elegidos por los profesionales son administración (seis), en enfermería (seis) y en ciencias biomédicas (dos).¹³

Del total de trabajos de investigación desarrollados, 10% han sido publicados. Las investigaciones desarrolladas han sido orientadas hacia el proceso de enfermería, calidad de vida del derechohabiente, calidad de la atención, así como registros clínicos. Dichas investigaciones han sido registradas en los Comités Locales de Investigación en Salud (CLIS) y en los Comités Nacionales de Investigación Científica (CNIC).¹³

Para la obtención de la constancia del diplomado es requisito la entrega de una síntesis ejecutiva del proyecto realizado; con ello se conforman dos antologías. Por otra parte, la divulgación de los resultados se ha realizado en foros regionales, nacionales e internacionales de investigación.

En la publicación de los resultados de los proyectos existe rezago, por ello a partir de este año los coordinadores de los programas de enfermería inician con cursos monográficos la redacción del escrito científico dirigido a los ex alumnos de dichos diplomados, con la finalidad de incrementar las publicaciones.

La difusión del diplomado se realiza a través de los mismos participantes, la Revista de Enfermería del IMSS y a través de los Foros Regionales y Nacionales de Investigación; a partir de éstos se han desarrollado redes de investigación en enfermería con temas prioritarios, como cuidados al paciente geriátrico, proceso enfermero, calidad de vida, atención materna y atención primaria a la salud.¹⁴

Se considera que los diplomados han tenido algún impacto a nivel nacional, ya que se cuenta con la presencia de personal operativo de los diferentes estados de la República. Inicialmente se contaba con la asistencia de representantes de los estados de Tlaxcala, Puebla, Hidalgo, Estado de México y Distrito Federal; actualmente, sumados a los mencionados, se cuenta ya con representantes de 11

estados. Debido al impacto del diplomado existe una mayor participación del personal de enfermería en los Comités Locales de Investigación en Salud, así como en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.

La investigación en enfermería está logrando competitividad con otras disciplinas del área de la salud. Para continuar se requiere la calificación del profesional como investigador, situación en la cual se está incursionando dado que dos compañeros de enfermería pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y uno más está a punto de calificar como investigador en el Instituto.

La importancia de la investigación en enfermería es delinear las bases científicas del conocimiento para la práctica, de tal modo que la investigación produzca principios descriptivos, explicativos y predictivos que contribuyan a una mayor eficiencia de los servicios de salud y de enfermería, a fin de asegurar la calidad y la efectividad en la relación costo-beneficio y atender a las necesidades de salud, bienestar y calidad de vida de la población.^{15,16}

La investigación para la Coordinación de Investigación en Salud constituye uno de los ejes de la División de Desarrollo de la Investigación, motivo por el cual a partir de mayo de 2012 se creó una nueva plaza de coordinador de programas en enfermería cuyo propósito es contribuir al desarrollo y a la organización de la investigación institucional.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Antes la enfermera investigaba problemas no relacionados con su profesión; en la última década ha tomado mayor auge sobre su propia práctica, aunque existe una tendencia hacia el trabajo individual.¹⁶

La producción de investigación en enfermería es escasa, dado que en su mayoría sólo son proyectos de tipo académico para obtener una acreditación, situación que dificulta que los resultados sean difundidos con el fin de acrecentar la ciencia enfermera.

Otro aspecto que se pretende fomentar es que la investigación en sistemas de salud no se limite a la realizada por el personal médico, sino que también otros profesionales de la salud lleven a cabo investigaciones que se deriven de sus propias necesidades.

Las investigaciones son en su gran mayoría de tipo descriptivo, lo cual constituye un área crítica que explica el desarrollo inicial en el que se encuentra la búsqueda y la comprensión del objeto de enfermería.

Cabe mencionar que en la actualidad los diseños tienen un enfoque de tipo analítico, cuasiexperimental.¹⁷

La participación de enfermería debe ser de tipo multidisciplinario, lo que permitirá tener las herramientas necesarias para el desarrollo de investigaciones con un grado de complejidad mayor.

Debido a la necesidad de recursos humanos en enfermería con preparación en investigación, la Coordinación de Investigación en Salud fomenta el ingreso de personal de enfermería a maestrías y doctorados que se ajusten a los posgrados de calidad que se adhieran al Instituto. En caso de optar por una beca es necesario conocer que los periodos de inscripción para hacer trámites son el 1 de marzo y el 1 de septiembre.¹⁸

A las enfermeras y enfermeros interesados en cursar un posgrado se les recomienda primero que revisen el padrón de calidad del CONACYT, para asegurarse de si el posgrado por realizar cuenta con la acreditación y tiene convenio con el IMSS.

Por último, se necesita contar con recursos de enfermeras con competencia en investigación para ocupar plazas de subjeftatura de educación e investigación, y que también tengan representatividad en los comités locales de investigación en salud.

La enfermera debe seguir abriendo caminos en la investigación. El ejemplo lo dan las enfermeras de varios países para quienes esta actividad es ya una realidad en su quehacer cotidiano.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA INSTITUCIONAL

Los antecedentes de la investigación en el IMSS tienen lugar en el desarrollo del quehacer científico de la salud a nivel nacional e internacional. Por su parte, en la profesión de enfermería el cuidado es el eje sobre el cual se debe centrar la investigación para concentrar esfuerzos y recursos ante temáticas consideradas prioritarias.

Los temas prioritarios de salud en el IMSS son los siguientes:

1. Enfermedades metabólicas (incluyendo obesidad).
2. Enfermedades cardiovasculares.
3. Enfermedades infecciosas.
4. Accidentes y violencia.
5. Cáncer.
6. Enfermedades crónicas en general.
7. Envejecimiento.
8. Enfermedades emergentes.

9. Muertes evitables (incluyendo mortalidad materna y perinatal).
10. Adicciones.
11. Discapacidades.⁶

Por lo anterior, la Coordinación de Investigación en Salud impulsa, a través de la División de Desarrollo de la Investigación, el desarrollo de investigación de enfermería realizando diversas acciones y difundiendo también sus resultados. Trabajadores y directivos trabajaron en diversas propuestas, de tal manera que para 2012 se delimitaron las posibles líneas de investigación en enfermería:

- a. Educación en enfermería.
- b. Atención primaria a la salud.
- c. Gestión del cuidado de la salud.
- d. Cuidados al adulto mayor.
- e. Cuidados a los grupos de riesgo (personas con diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, ciclo reproductivo de la mujer).
- f. Calidad de vida laboral de la enfermera (figura 7-1).

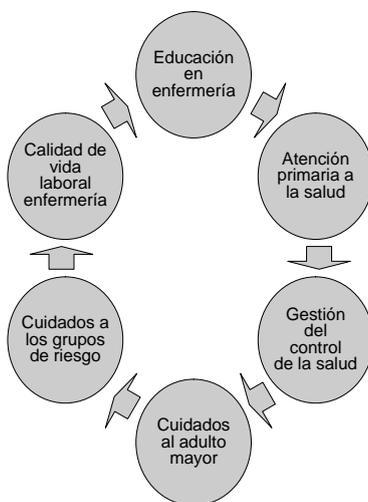


Figura 7-1. Líneas de investigación de enfermería.

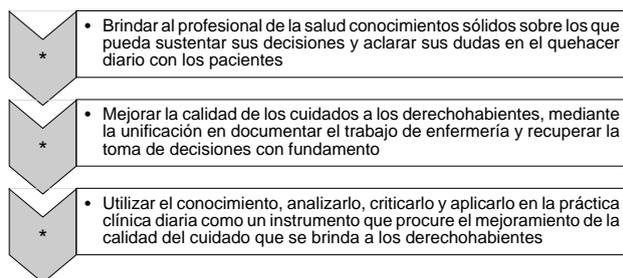


Figura 7-2. Objetivos de la investigación en enfermería.

Por otro lado, y con el objetivo de avanzar en la organización de esta importante tarea y sumar esfuerzos institucionales, en los foros regionales y nacional se captan las investigaciones realizadas por personal de enfermería institucional, con el fin de sumar voluntades y realizar investigaciones multicéntricas en redes de investigación⁶ (figura 7-2).

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

La aplicación de la enfermería basada en la evidencia (EBE) convierte dudas planteadas en la clínica en problemas de investigación, lo que permite obtener conocimientos que requieren ser sistematizados para ser utilizados en la práctica diaria.¹⁹ De aquí parten las Guías de Práctica Clínica en Enfermería (GPCE), que pueden ser un recurso para homogeneizar la práctica de la enfermería.

La metodología de la EBE consiste en determinar, con base en criterios, recomendaciones, experiencias, métodos y categorías o niveles, así como la efectividad de las diversas intervenciones de las cuales puede ser objeto en un momento dado el usuario de un servicio de salud. Es importante considerar que no elimina el juicio clínico que la enfermera debe tener ante el cuidado del paciente.²⁰

Existe consenso y evidencia científica acerca de la potencial capacidad de las Guías de Práctica Clínica (GPC) para mejorar la práctica asistencial.⁹ A medida que se profundiza en el tema de la evidencia científica y en su incorporación a la práctica de enfermería, junto con la investigación cuantitativa y cualitativa se ha observado que la práctica de la enfermería se nutre de la reflexión crítica de la práctica y del conocimiento teórico para encontrar nuevas respuestas que mejoren el cuidado del paciente.^{21,22}

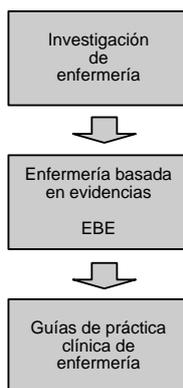


Figura 7-3. Modelo actual de investigación.

Las GPCE pueden ser una herramienta útil para apoyar a la enfermera en la toma de decisiones sobre las intervenciones efectivas en el cuidado del paciente; son el resultado de un trabajo conjunto, coordinado entre las diferentes enfermeras que laboran en los campos educativos y asistenciales, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados a los derechohabientes mediante la unificación para documentar el trabajo de enfermería y recuperar la “toma de decisiones” con fundamento (figura 7-3).

Las GPC del cuidado de enfermería se deben adaptar a las necesidades individuales de la persona, la familia o el colectivo que reciben el cuidado, ya que toman en consideración las dimensiones física, mental, social y psicológica de la persona.

Es en ese sentido que las GPC son un punto de partida para centrarse en el trabajo de la enfermera investigadora y el enfermero asistencial, junto con otros profesionales de la salud responsables de la atención del paciente. Por ello es necesario realizar lo siguiente:

- Desarrollar investigación conjuntamente en las líneas de generación y de aplicación del conocimiento en el área de enfermería.
- Vincular a los investigadores con el sector salud, social y productivo.

Por otro lado, las GPC en las distintas disciplinas constituyen una herramienta más eficaz de autoeducación en tanto permiten al usuario, desde su puesto de trabajo, crear una dinámica de actualización y aplicar lo aprendido en su práctica

diaria, mediante elementos que estimulan su raciocinio, su nivel crítico y la toma de decisiones correctas, sin olvidar la individualidad de cada uno de sus pacientes.

El objetivo se habrá logrado realmente si las GPCE, son leídas, analizadas, criticadas y aplicadas en la práctica clínica diaria como un instrumento que procure el mejoramiento de la calidad del cuidado que se brinda a los derechohabientes.¹⁹

La aplicación de las GPCE permitirá no sólo unificar criterios en los profesionales de enfermería que tienen la responsabilidad de cuidar, sino que contribuirán a mejorar las condiciones de salud de la población.

En este sentido puede decirse que por el momento hay las siguientes GPCE:

Intervenciones de enfermería

- IMSS-586-12, Intervenciones de enfermería preeclampsia/eclampsia
 - GER Preeclampsia/eclampsia.
 - GRR Preeclampsia/eclampsia.
- IMSS-603-13, Intervenciones de enfermería adulto mayor con fractura de cadera
 - GER Fractura de cadera.
 - GRR Fractura de cadera.
- IMSS-604-13, Intervenciones de enfermería adulto con traumatismo craneoencefálico grave
 - GER Traumatismo craneoencefálico.
 - GRR Traumatismo craneoencefálico.
- IMSS-634-13, Intervenciones de enfermería adulto con linfoma no Hodgkin folicular
 - GER Linfoma no Hodgkin.
 - GRR Linfoma no Hodgkin.^{23,24}

Las GPCE no son un tema que se haya acabado; actualmente se siguen construyendo y actualizando dado que tienen una caducidad de dos años. Cabe mencionar que existe una guía para la adopción y adecuación de las guías de práctica clínica y el área responsable de su construcción e implementación es la División de Excelencia Clínica.²⁵

CONCLUSIONES

La importancia de la investigación en enfermería es delinear las bases científicas del conocimiento para la práctica, de tal modo que la investigación produzca

principios descriptivos, explicativos y predictivos que contribuyan a una mayor eficiencia de los servicios de enfermería, con el fin de asegurar la calidad y la efectividad en la relación costo–beneficio. Por otra parte, debe atender a las necesidades de salud, bienestar y calidad de vida de la población; esto se logrará fomentando el uso de la investigación en el área clínica–comunitaria, así como también en la preparación de personal de enfermería con diplomados, maestrías y doctorados con los cuales tengan las herramientas metodológicas para la realización de la investigación.

Es de suma importancia saber que se están planteando las propuestas sobre líneas de investigación en enfermería institucional, las cuales pueden ser:

- a. Educación en enfermería.
- b. Atención primaria a la salud.
- c. Gestión del cuidado de la salud.
- d. Cuidados al adulto mayor.
- e. Cuidados a los grupos de riesgo (personas con diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, ciclo reproductivo de la mujer)
- f. Calidad de vida laboral de la enfermera, entre otras.

La investigación en enfermería está logrando competitividad con otras disciplinas del área de la salud. Para continuar se requiere la calificación del profesional como investigador (situación en la cual se está incursionando dado que algunos compañeros enfermeras y enfermeros pertenecen al SNI), así como la calificación de investigadores en el Instituto.

La participación de enfermería debe ser de tipo multidisciplinario, lo que permitirá tener las herramientas necesarias para el desarrollo de investigaciones con cierto grado de complejidad.

REFERENCIAS

1. **Martínez SH, Gómez DA, Torres LJ, Martínez CS, Villasis KM et al.**: Coordinación de Investigación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Investigación en Salud: Memorias. XVIII Foro Nacional de Investigación en Salud, septiembre–octubre de 2009.
3. **Jáuregui–Renaud K**: La investigación en salud en el IMSS. Reseña histórica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011;49(5):575–579.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Investigación Médica: *Investigación en sistemas de salud. Antología de síntesis ejecutivas (1993–1996)*.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Investigación en Salud: *Antología de resúmenes ejecutivos II (1997–2001)*.
6. **Echavarría Zuno S, Lifshitz A, Salamanca GF**: *La reforma de investigación en el IMSS, 2006–2012*. Intelligent Print Vicencio.
7. **Ramírez ST, Galván FGM, González EI**: Claudine Palazuelos Lacaille, In memoriam

- (1951–2010). *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2010;18(1):47–48.
8. **Moreno NM, Galván FGM:** La investigación en el desarrollo profesional de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2011;19(2):61–62.
 9. **Benavides TRA:** La investigación en la enfermería mexicana. Análisis del contexto nacional e internacional. *Rev Enferm IMSS* 2002;10(3):153–158.
 10. **Quintero CA:** Una reflexión sobre el desarrollo de la investigación en enfermería. *Episteme* 2005;3. Año 1, enero–marzo.
 11. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Investigación Médica: *Investigación en sistemas de salud. Antología de síntesis ejecutivas (1993–1996)*.
 12. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Investigación en Salud: *Antología de resúmenes ejecutivos II (1997–2001)*.
 13. Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Investigación en Salud: *Antología de síntesis ejecutivas (2008–2012)*.
 14. Diplomado de Investigación en Enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2012;20(2): 120.
 15. **Quintero CA:** Una reflexión sobre el desarrollo de la investigación en enfermería. *Episteme* 2005;3. Año 1, enero–marzo.
 16. **Manfredi M:** La investigación en enfermería. *Educ Med Salud* 1993;25(2).
 17. **García Rodríguez M, Gómez Ávila MG, Aguilar Pérez I, Pérez Martínez G, Velázquez Díaz L et al.:** Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. *Revista Enfermería Universitaria ENEO–UNAM* 2011;8(1).
 18. *Convocatoria para la obtención de becas de maestría y doctorado*. En: <http://www.sntss.org.mx/es/documentos/maestriasydoctorados.pdf>. Consultado el 15 de junio de 2013.
 19. **Mancilla GME, Zepeda AFM:** Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2012;20(1):1–3.
 20. **Foxcroft DR, Cole N:** *Infraestructuras organizativas para la promoción de la práctica de enfermería basada en la evidencia*. The Cochrane Collaboration. La Biblioteca Cochrane Plus 2008;(2). [En línea.] En: <http://www.update-software.com/pdf/CD002212.pdf>. Consultado el 15 de junio de 2013.
 21. **Lopes Monteiro da Cruz DA, de Mattos Pimenta CA:** Práctica basada en evidencias, aplicada a diagnóstico, diagnóstico. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005;13(3):415–422. [En línea.] En: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>. Consultado el 13 de junio de 2013.
 22. **Orozco Vargas MV, González Pereira T, Pico Martínez E:** *Cuidado de enfermería al anciano en su ambiente domiciliario y ambulatorio*. Biblioteca Las Casas 2005;1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0022.php>.
 23. *Guías de práctica clínica*. En: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiascnicas/Pages/index.aspx>. Consultado el 17 de junio de 2013.
 24. *Guías de práctica clínica de enfermería*. En: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiascnicas/Pages/enfermeria.aspx>. Consultado el 17 de junio de 2013.
 25. *Guía para la Adopción y Adecuación de las Guías de Práctica Clínica*. En: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiascnicas/Documents/ManualElaboracionGPC.pdf>. Consultado el 17 de junio de 2013.

Logros y retos del cuidado de enfermería en el IMSS

*Julia Echeverría Martínez, María Magdalena Mata Cortés,
Beatriz Adriana Cortés Rodríguez*

INTRODUCCIÓN

La salud se ha instalado en la agenda política mundial como una cuestión de seguridad, de política exterior, de macroeconomía y de derecho humano, y de estas condiciones ha emergido el concepto de salud global como un nuevo contexto, una nueva conciencia y una nueva estrategia de abordaje de los gobiernos a la salud en la sociedad mundial.

Sólo entendiendo el contexto en las tendencias mundiales y el impacto de la globalización en la salud de las comunidades es cómo la enfermería podrá ejercer mejor su misión de cuidado. Así, el presente capítulo hace referencia a los logros y retos a los que se enfrenta la profesión de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

NATURALEZA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La enfermería, cuya razón social es el cuidado —condición esencial de lo humano—, se enfrenta el desafío, al mismo tiempo que al imperativo ético, de un cambio de pensamiento, de posición y acción para hacer frente a las necesidades de cuidado de las comunidades en un cambiante contexto de amenazas y oportunidades.

Las futuras sinergias entre nanotecnología, biotecnología, tecnologías informáticas y ciencias del conocimiento pueden mejorar drásticamente la condición

humana por el crecimiento en el mayor intercambio de información entre personas de todas partes. La consecuencia será el aumento de la inteligencia colectiva y la creación de mayor valor y eficiencia, junto a la reducción de costos.

Sin embargo, aunque la humanidad dispone de recursos suficientes y pertinentes para enfrentar los desafíos globales, no se vislumbra aún cuánta sabiduría, voluntad e inteligencia se les dedicarán.

Por ello, en la última década del siglo XX se instaló un sistema de diálogo internacional, con más de 15 conferencias y cumbres mundiales, en el cual se debatieron y se emitieron declaraciones en favor de los niños, el medio ambiente, los derechos humanos, las poblaciones, la mujer, el desarrollo social, la alimentación, el desarrollo sustentable, el financiamiento y los objetivos del milenio, y se conformaron comisiones mundiales de estudios sobre macroeconomía y salud.

La salud se ha instalado en la agenda política mundial como una cuestión de seguridad, de política exterior, de macroeconomía y de derecho humano; de estas condiciones ha emergido el concepto de salud global como un nuevo contexto, una nueva conciencia y una nueva estrategia en pos de la construcción de una nueva agenda: la de aprender a ser una sociedad mundial.

Leonardo Boff, teólogo y filósofo brasileño, Premio Nobel Alternativo de la Paz, miembro de la Comisión de la Carta de la Tierra, dice en su libro *Saber cuidar* que la crisis generalizada que afecta a la humanidad se revela por el descuido con que se tratan las realidades más importantes de la vida. La crisis es civilizatoria. Para salir de ella se precisa una nueva ética que ha de nacer de algo esencial en el ser humano.

La esencia humana reside mucho más en el cuidado que en la razón o en la voluntad. Cuidar es más que un acto, una actitud. El más grande estudioso del cuidado, Martín Heidegger, en su famosa obra *Ser y tiempo* entiende que el cuidado, desde el punto de vista existencial, es ontológicamente anterior a toda actitud o situación del ser humano. El cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano y representa un modo de ser esencial, presente, irreductible, constituyente y base de la existencia humana. Habla del cuidado como de anticipación, ocupación y solicitud, entendiendo que la noción de alteridad es intrínseca al mismo y que la expresión “cuidado de sí” sería una tautología.

El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados: el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, la involucración, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción.

Pero cuidar también es pensar; “cuidar” proviene de *cogitare*, que significa “pensar”. Este segundo significado de preocupación e inquietud se vincula con el concepto de cuidado como pensamiento en el otro.

La historia del cuidado humano es tan extensa como la historia de la humanidad; sin embargo, el proceso de profesionalización del cuidado se liga a la historia

de la atención de la enfermedad, más específicamente al desarrollo de las instituciones de atención médica y al de la medicina como ciencia.

La historia le ha dado a la enfermería el incomparable encargo social del cuidado profesional. No entender estas raíces y la trascendencia de este encargo significa no entender la misión social de la enfermería como profesión.

La evolución histórica de la enfermería y su articulación orgánica con los procesos sociales, políticos y científicos ha confluído en un estatus presente de configuración profesional que la ubica en un lugar destacado de aporte al bienestar humano y en una condición de imprescindibilidad de su misión en la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud; pero lo que es más importante, un reconocimiento de su contribución a la atención de las personas enfermas o en riesgo, no para curar sino para confortar, para hacerse cargo del impacto de la enfermedad en la persona total, para complementar las capacidades debilitadas y potenciar las presentes, para aliviar, para asegurar.

Los últimos 30 años han representado para la enfermería un proceso de despeque que pocos hubieran imaginado tiempo atrás, proceso en el que la enfermería comienza a constituirse como actor social y que, en una ética consistente con ese pensamiento, produce análisis inteligentes, desencadena programas estratégicos y crea condiciones políticas, técnicas y humanas para conducir el desarrollo. Ese nuevo lugar es, en realidad, un lugar de distinción para el cuidado humano, el lugar que las sociedades y los sujetos, que saben de su trascendencia para la vida, han denominado imprescindible. Así, el progreso en el conocimiento, el uso de la tecnología, el proceso de profesionalización y la participación de las enfermeras en las decisiones de políticas de salud representan, entre otras, señales de ese progreso.

LOGROS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Desde la fundación del IMSS la participación de la enfermería ha sido trascendental y cambiante para beneficio de la salud de los derechohabientes; la asistencia, la administración, la educación y la investigación se han ido transformando con un cuerpo sustancial de conocimientos y saberes en pro del cuidado, por lo que para hablar de los logros en este apartado se citará en las cuatro áreas sustanciales de la enfermería.

Modelo de gestión

En 2010, luego de la iniciativa de integrar la división de supervisión y mejora de estrategias, surge la creación del modelo de gestión, el cual tiene como propósito

sustancial sistematizar las actividades de los procesos de enfermería y con ello poder impactar en la calidad y la seguridad de la atención. Tal modelo implica cuatro procesos sustanciales: gestión directiva, gestión del talento humano, gestión de los recursos y gestión del cuidado.

Con respecto a la gestión directiva, se puede mencionar como logro el establecer el proceso administrativo como una herramienta sustancial para el mejor aprovechamiento de los recursos; su finalidad es lograr la efectividad y la eficiencia en el logro de objetivos sanitarios en beneficio de la aplicación de procesos clínicos, satisfaciendo así las necesidades y las demandas de la población usuaria de los servicios de la Institución y de los prestadores del servicio.

En relación a la gestión del talento humano, es importante destacar que se ha venido consolidando para el desarrollo del talento humano, la educación y la formación de recursos desde que el IMSS inició sus actividades, ofreciendo un espacio educativo por su constante interés por mejorar la atención de sus derechohabientes. Por ello ha sido pionero en la formación de sus propios recursos humanos.

Con la primera escuela de enfermería, fundada en 1943, se dio inicio con éxito a la formación de enfermeras altamente calificadas y comprometidas con la misión y la visión del Instituto. Parte importante han sido el personal directivo y el docente del propio Instituto.

Con el paso del tiempo el IMSS ha transitado de procesos educativos tradicionales a lo que hoy se conoce como gestión educativa, la cual actualmente se encuentra implementada en las siete escuelas de enfermería del IMSS.

Con el fin de establecer los lineamientos generales de colaboración para desarrollar programas de interés mutuo de enseñanza, capacitación y asistencia técnica, el 8 de octubre de 2001 se firmó el Convenio General de Colaboración y Apoyo Académico y Administrativo entre autoridades del IMSS y de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Posteriormente se establece y se firma el Convenio Específico de Colaboración Académica entre autoridades de la UNAM–Eneo–Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios (DGIRE) y la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, con el objeto de implementar el programa de Profesionalización en Enfermería para personal de nivel técnico que labora en el IMSS, a través del Sistema de Universidad Abierta (SUA) y del procedimiento “Ingreso años posteriores al primero”, por lo que los egresados obtienen el título de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Es importante resaltar que como parte de impulsar el desarrollo profesional de la enfermería, el IMSS en convenio con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM aplica en 2011 un nuevo plan de estudios mediante la Licenciatura en Enfermería, Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia, lo cual favorece que el personal de enfermería con nivel técnico obtenga el grado de Licenciado en Enfermería para así continuar con la profesionalización.

De esta manera, con procesos de innovación y nuevas tecnologías de información y comunicación, el Instituto favorece el desarrollo del talento humano.

En el rubro gestión de los recursos destaca la importancia de citar que, como parte del control y el manejo de los recursos materiales disponibles del IMSS, el personal de enfermería ha tenido una gran participación en la implementación de estrategias encaminadas a definir las diversas actividades para que cada miembro del personal de enfermería controle de manera adecuada tales recursos, favoreciendo así una cultura de control.

En relación con la gestión del cuidado resulta importante señalar que en el IMSS y a través de la División de Programas de Enfermería se implementan los PLACE, iniciándose el proceso con la capacitación de personal en la elaboración a nivel nacional; posteriormente se difunde a las delegaciones y se inicia la elaboración de planes de cuidado de enfermería estandarizados para guiar la gestión del cuidado de enfermería. Los PLACE que se aplican con más frecuencia son el individualizado y el estandarizado utilizando la taxonomía de la NANDA, la NIC y la NOC.

Cuidados de enfermería en áreas críticas

Como parte de las respuestas de salud y de las demandas de atención médica en áreas críticas de las unidades hospitalarias del IMSS, en 1971 se impartieron por primera vez cursos de enfermería quirúrgica y en 1975 de enfermería en cuidados intensivos, lo cual dio auge a una nueva etapa de especialización en enfermería y con ello a la formación de recursos altamente capacitados en pro del cuidado. Hoy en día y después de casi 40 años se sigue logrando que el recurso que se forma en el Instituto sea un recurso altamente capacitado, ético y siempre en respuesta a las exigencias de la tecnología.

RETO DEL CUIDADO

Las transiciones demográfica y epidemiológica de la humanidad unidas a las consecuencias de la globalización presentan un panorama cambiante que exige de la enfermería un franco reposicionamiento en relación a su tradición profesional. La noción de salud global no es un mero concepto; es también la vivencia de un mundo de verificación cotidiana y una realidad creciente que demanda pensamiento y responsabilidad por la humanidad planetaria.

El envejecimiento poblacional, la urbanización, la disminución de la fecundidad, las migraciones y las causas diversas de la mortalidad determinan que las

enfermeras deban rápidamente prever estrategias de educación y planificación para asegurar cuidados pertinentes a los ancianos, a las víctimas de la violencia urbana, a los problemas de transculturación de poblaciones completas y a las nuevas causas de la mortalidad.

Los crecientes desastres naturales exigen a la enfermería el urgente desarrollo de competencias para proveer cuidados en situaciones de emergencia y programar cuidados para enfrentarse a las consecuencias mediatas de esas situaciones, incluida la discapacidad.

La pobreza, el analfabetismo, la desnutrición y la desprotección social exigen de las enfermeras una revisión de su misión y una reorientación franca hacia la consideración de los procesos sociales microdeterminantes y macrodeterminantes de la salud y la enfermedad.

La mortalidad materna y la mortalidad infantil por causas prevenibles constituyen un foco central de la responsabilidad de las enfermeras.

Las enfermedades infectocontagiosas, su capacidad de diseminación a nivel planetario y su amenaza con la destrucción de comunidades completas requieren de las enfermeras un fortalecimiento y redireccionamiento epidemiológico de sus bases conceptuales, de sus intervenciones y de su capacidad anticipatoria y preventiva.

El suicidio, las drogas y los problemas de sufrimiento psíquico requieren que se adquiera primacía en la preocupación y el desarrollo de las enfermeras.

El problema de la inequidad de acceso a las riquezas, a la atención de salud y a la información debe constituir el centro crítico de una nueva visión de la enfermería. La inequidad subyace a la gran mayoría de los problemas de salud, constituye una cuestión política y supone renovadas intervenciones sociales basadas en una ética del derecho humano a la salud, a la libertad y a la ciudadanía. Asumir el problema de la inequidad supondrá para la enfermería enormes cambios: implicará hacer consciente la propensión a la inequidad, reconocer que la inequidad se expresa en la salud de manera dramática, influir en el cambio de los sistemas de salud hacia un cuidado de acceso universal y generar prácticas óptimas. Pero el cambio esencial será el de asumirse como sujeto político en una lucha por una humanidad más justa.

El desafío que tiene la enfermería por delante no es breve, no es simple: es el desafío de cuidar al mundo y de cuidarlo bien. Cuidar a las comunidades en un mundo globalizado y cuidarlas bien supone una transformación paradigmática de la noción de cuidado de enfermería, históricamente focalizado en el individuo.

El desafío de cuidar al mundo y de cuidarlo bien supone un cambio de problemas, un cambio de abordajes, un cambio de tecnologías, escenarios diferentes y prácticas distintas.

Supone acción política, abogacía, participación, cooperación y renovados estilos de gestión, modelos educativos orientados a las prioridades de salud de las

naciones en sí mismas y en interconexión global, nuevos objetos de investigación.

Este salto cualitativo es requerido a la enfermería en una época donde las condiciones están dadas: las enfermeras disponen ahora del estatus global de imprescindible de la enfermería, disponen de la información y el conocimiento científico, de la conectividad, de la tecnología de la salud, de la comprensión de los macrodeterminantes determinantes, de la posibilidad de alianzas y prácticas colaborativas, de acceso a experiencias exitosas de cuidado en otras partes del mundo y de la capacidad de solidaridad y amor por la gente, condiciones que jamás han perdido.

Las enfermeras tienen el espacio común de la esperanza y la capacidad de la solidaridad para con otras poblaciones y otras enfermeras de diferentes partes del mundo, solidaridad que también requiere globalizarse mediante acciones políticas y técnicas de cooperación internacional ordenadas a conformar una red global de cuidados.

Se ha dicho en oportunidades anteriores que se entiende la enfermería como una profesión del campo de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto a implicado en la constitución, la vivencia, el desarrollo, la protección y la recuperación de la salud; que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural; a la familia, los grupos, las comunidades y la sociedad planetaria como unidades de análisis y cuidado. Se entiende el cuidado en su única condición posible, que es la de alteridad, vínculo amoroso y desvelo por cada sujeto y por la humanidad.

Se entiende la enfermería como la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano, que se organiza y se expresa socialmente con una identidad singular en un complejo campo de conocimientos, de intervención y de responsabilidad social propios que instituyen su identidad profesional en relación con la comunidad y las otras profesiones de salud.

La enfermería es ciencia en cuanto que supone un proceso de racionalización del saber ordenado por la sistemática científica, en cuanto que se fundamenta y se construye como conocimiento científico singular y en cuanto que reflexiona metódicamente sobre su práctica, la explora, la describe, la explica, la predice y la comprende.

Y por último, la enfermería es la política del cuidado humano. La naturaleza inherentemente política de la enfermería se expresa en su marco ético, conceptual y práctico en cuanto que piensa en poblaciones, se ocupa de los determinantes sociales de la salud y produce intervenciones sociales orientadas a la equidad. Ello representa un acto de distribución de poder que permite, mediante una acción social deliberada, construir un mundo algo mejor, más justo, bien sea por medio de un niño sanado, de una enfermedad impedida, de una condición social redimida o de una comunidad alentada más libremente gracias al cuidado.

RETO: EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

Una nueva comprensión de la enfermería supone abordarla como una profesión en progreso hacia el estatus de disciplina científica, como una profesión transdisciplinar del campo de las ciencias sociales y de la salud cuyo objeto de estudio y de intervención es el cuidado humano implicado en la constitución, la vivencia, el desarrollo, la protección y la recuperación de la salud; que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural; a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de análisis y cuidado.

Las competencias esenciales de la enfermería se han expandido en el transcurso de las últimas décadas dando lugar a la inclusión de la pericia en especialidades clínicas específicas y en la gestión del cuidado, así como la del liderazgo, el trabajo y la colaboración en equipo interprofesional, salud comunitaria, investigación y metodología del cuidado enfermero, formulación y gerenciamiento de sistemas y políticas de salud. ¡Y las cosas están cambiando más velozmente cada vez! Semejante conjunto de habilidades dinámicas requiere constante y continuo aprendizaje y crecimiento. El mismo IMSS sugiere que esto habrá de requerir una impecable transición de un nivel o grado educativo al siguiente; más enfermeros con graduación de licenciatura, maestría y doctorado, esfuerzos incrementados para garantizar que la fuerza de trabajo sea representativa de la gente a la que se sirve en términos de raza, género y etnia, y más experiencias educativas con otros miembros del equipo de cuidado de la salud.

En razón del propio compromiso con la educación interdisciplinaria se ha establecido un programa de Licenciatura en enfermería en el que se han desarrollado cursos, modelos de investigación interdisciplinaria, y que es ofrecido como crédito académico en todas las áreas hospitalarias del Instituto.

Los maestros se han convertido en partícipes plenos del rediseño del cuidado de salud. Para hacer esto posible, no sólo los programas de educación en enfermería deben incluir habilidades básicas de liderazgo, gerenciamiento y política, sino que la profesión debe tomar mayor responsabilidad para tutelar y desarrollar a sus líderes.

El *e-learning* (incluida la formación o aprendizaje a distancia) consiste en la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación al aprendizaje. Puede utilizarse para mejorar la calidad de la educación, aumentar el acceso a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza al alcance de un mayor número de personas.

La educación continua en tecnologías de la información y la comunicación consta del desarrollo de cursos o programas de salud profesionales (no necesariamente acreditados de manera formal) que facilitan habilidades en tecnologías de la información y la comunicación de aplicación en la salud. Esto incluye los métodos actuales para el intercambio de conocimiento científico, por ejemplo

la publicación electrónica, el acceso abierto, la alfabetización digital y el uso de las redes sociales.

Se asegura una mejor colecta de datos y aumento de la infraestructura de información. Hasta en la más avanzada y desarrollada organización de cuidado de salud y a pesar de los esfuerzos nacionales y globales para mejorar la tecnología de la información, los registros electrónicos y las bases de datos no son aún la norma. Incluso son menos comunes las bases de datos en lo que se refiere a la fuerza de trabajo de cuidados de salud; por ejemplo, números, lugares, especialidades, niveles educativos de enfermeros.

Con su adopción se busca mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad gracias a la utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC). La formación en alfabetización digital y TIC, el acceso a la información basada en pruebas científicas y formación continua y la implementación de diversos métodos permiten avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas. En este tipo de sociedades el acceso a la información sobre salud es un derecho fundamental de las personas.

Esta estrategia se fundamenta en la resolución WHA58.28 (2005) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se establecieron los ejes de la estrategia de ciber salud de la OMS.

Desde el punto de vista económico, las ventajas de aplicar la tecnología a la salud mejoran la eficiencia en el uso del tiempo y los recursos, aumentan los insumos para la toma de decisiones complejas y permiten la asignación de prioridades fundamentadas en pruebas científicas.

En resumen, las próximas décadas de la enfermería como profesión probablemente requerirán que se continúe con estos grandes desafíos con renovado vigor y compromiso. Para el Instituto Mexicano del Seguro Social como líder en la enfermería, las responsabilidades y las oportunidades son enormes.

REFERENCIAS

1. **Tedesco JC:** *Educación en la sociedad del conocimiento*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2002.
2. Organización de las Naciones Unidas: *Problemas demográficos y objetivos de desarrollo*. Nueva York, ONU, 2006.
3. **Buss P:** *Globalización, pobreza y salud* [conferencia]. En el 11º Congreso Mundial de Salud Pública; 21 a 25 de agosto de 2006. Río de Janeiro, ABRASCO, 2006:1-13.
4. Organización Panamericana de la Salud: *Situación de salud de las Américas: indicadores básicos de salud 2006*. Washington, D. C., OPS/OMS, 2006.

