

*Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.*

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 558

# **ENFERMERIA Y SALUD DE LA COMUNIDAD**

**Informe de un Comité de Expertos de la OMS**

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1974

ISBN 92 4 320558 7

© Organización Mundial de la Salud 1974

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Publicaciones y Traducción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

## INDICE

	Página
1. Introducción . . . . .	5
1.1 Conceptos de asistencia sanitaria . . . . .	5
1.2 Factores que determinan la salud de la comunidad y la asistencia sanitaria a ésta . . . . .	6
1.3 Comunidad y salud de la comunidad . . . . .	8
1.4 Familia y salud de la familia . . . . .	10
1.5 La enfermera en la asistencia a la familia y a la comunidad . . . . .	11
1.6 Partería y asistencia a la comunidad . . . . .	11
2. La situación . . . . .	12
3. Problemas planteados . . . . .	16
4. Propuestas . . . . .	17
4.1 Modificación de los conceptos básicos . . . . .	17
4.2 Modificación de la enseñanza de la enfermería . . . . .	19
4.3 Modificación de los servicios de enfermería . . . . .	20
5. Medios para fortalecer la enfermería de salud de la comunidad . . . . .	21
5.1 Aumento del personal para las actividades de salud de la comunidad . . . . .	21
5.2 Modificación de las actividades y funciones del personal de enfermería . . . . .	22
5.3 Repercusión en las enseñanzas de enfermería . . . . .	26
5.4 Evaluación . . . . .	27
6. Recomendaciones . . . . .	28

**COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN ENFERMERIA Y SALUD  
DE LA COMUNIDAD**

*Ginebra, 30 de julio - 5 de agosto de 1974*

*Miembros :*

- Dra. Esther Ammundsen, *ex* Directora General del Servicio Nacional de Salud, Copenhague, Dinamarca (*Vicepresidenta*)  
Profesor J. K. E. Amarin, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina de Ghana, Accra, Ghana  
Dra. Rebecca Bergman, Profesora de Enfermería, Universidad de Tel-Aviv, Israel (*Relatora*)  
Sr. I. C. Boubacar, Subdirector de la Escuela de Salud Pública, Niamey, Níger  
Srta. M.-F. Collière, Programa de Enfermería de Salud Pública, Escuela Internacional de Enseñanzas Superiores de Enfermería, Lyon, Francia  
Dra. Inés Durana, Profesora Visitante, Universidad de Mahidol, Bangkok, Tailandia (*Presidenta*)  
Sra. Kyung-sik Lee, Profesora Auxiliar, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Seúl, Seúl, República de Corea  
Srta. Vadlamani Subhadra, Inspectora de Enfermería de Salud Pública, Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública, Calcuta, India

*Representantes de otras organizaciones :*

*Comisión Médica Cristiana*

Srta. Nita Barrow, Directora Asociada, Ginebra, Suiza

*Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Medicosociales*

Srta. G. Lauretti, Oficina de Higiene y Salud, Roma, Italia

*Confederación Internacional de Matronas*

Srta. A. Ebbs, Secretaria Adjunta, Londres, Inglaterra

*Consejo Internacional de Enfermeras*

Srta. Adele Herwitz, Secretaria Ejecutiva, Ginebra, Suiza

*Liga de Sociedades de la Cruz Roja*

Srta. B. Yule, Asesora Jefa de Enfermería, Ginebra, Suiza

*Secretaría :*

- Dra. Aleya El Bindari Hammad, Especialista en Enfermería y en Salud Pública, División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS (*Secretaria*)  
Dr. K. W. Newell, Director de la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, OMS  
Dra. Doris E. Roberts, Jefa del Departamento de Ejercicio de la Enfermería, División de Enfermería, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Bethesda, Md., Estados Unidos de América (*Asesora temporera*)  
Dra. Magdalena Sokolowska, Jefa del Departamento de Sociología Médica, Instituto de Filosofía y Sociología, Academia Polaca de Ciencias, Varsovia, Polonia (*Asesora temporera*)

# ENFERMERIA Y SALUD DE LA COMUNIDAD

## Informe de un Comité de Expertos de la OMS

Del 30 de julio al 5 de agosto de 1974 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS en Enfermería y Salud de la Comunidad. Abrió la reunión el Dr. W. H. Chang, Subdirector General, quien dio la bienvenida a los participantes en nombre del Director General. Se formó el Comité con representantes de múltiples disciplinas, a fin de poder contar con suficiente variedad y amplitud en materia de antecedentes, opiniones y procedimientos para la prestación de asistencia sanitaria en lo futuro.

Dijo el Dr. Chang que la reunión tenía por objeto esclarecer la contribución de la enfermería al mejoramiento de la salud de las comunidades, definir la función y las tareas de la enfermera de salud pública y su papel en el grupo sanitario, considerar la enseñanza del personal en relación con las necesidades locales y formular recomendaciones para facilitar la consecución de esos objetivos.

Hay urgente necesidad de servicios periféricos de salud y las comunidades deben participar en su organización. Hay que formar personal sanitario para todos los escalones del servicio de salud, y utilizar debidamente ese personal. Es preciso asimismo establecer sistemas que garanticen el ejercicio correcto de la profesión de enfermera, y tratar de abordar con criterios renovadores los problemas del establecimiento y desarrollo de los servicios de enfermería de salud pública. Dijo el Dr. Chang que la enfermera de salud pública es una enfermera general capaz de actuar en un grupo sanitario, de comunicarse con la población y motivarla, y de colaborar eficazmente con el personal docente, de asistencia social y de otra clase en el seno de la comunidad.

## 1. INTRODUCCION

### 1.1 Conceptos de asistencia sanitaria

El Comité estimó que para una prestación eficaz de asistencia sanitaria a la comunidad es fundamental el reconocimiento de la salud como uno de los derechos humanos básicos y de dicha asistencia como un importante medio de protección de ese derecho. De ello se deduce naturalmente que la asistencia sanitaria debe ser accesible a toda la población, empleando la palabra « accesible » en su sentido más amplio, es decir, disponible cuando

se la necesite, libre de toda barrera económica, sin limitaciones impuestas por distinciones sociales ni culturales, y de fácil alcance para todos dentro de límites razonables.

El término « asistencia sanitaria » comprende un amplio espectro de servicios que incluye la asistencia sanitaria primaria, la integración de servicios preventivos y terapéuticos, la educación sanitaria, la protección de madres y niños, la planificación de la familia y la evitación de los peligros del medio.

Para la prestación de asistencia a la comunidad es indispensable la existencia de un sistema idóneo, que ha de responder a determinadas características propias de la comunidad. Por ejemplo, debe elaborarse a partir de la comunidad a la que sirve ; debe requerir la participación de ésta en todos los aspectos de su organización, tales como la planificación, la prestación de la asistencia y su evaluación ; debe mantenerse en relación mutua con otros sistemas sociales que funcionan en la comunidad ; y debe ayudar a la comunidad para la que fue creado y recibir a su vez la ayuda de esta comunidad. Además, el sistema sanitario debe ser flexible en su manera de abordar los problemas de la asistencia sanitaria ; los encargados de su funcionamiento deben tener presente que la vía primordial para llegar a la salud puede pasar por la educación, el progreso económico, la legislación u otros aspectos de la sociedad antes que por las estructuras sanitarias organizadas.

Dadas estas características, todos los países y todas las comunidades, aun las más rurales y empobrecidas, podrían organizar una asistencia sanitaria eficaz. Pese a ello, los servicios de salud se han distinguido más por sus fallos, sus deficiencias y su utilización insuficiente, especialmente entre las poblaciones rurales, que por un mejoramiento real y eficiente de la salud de la comunidad. Para corregir esta situación, los factores que influyen en la salud de la comunidad han de ser estudiados conjuntamente con las modificaciones requeridas en el sistema de asistencia sanitaria.

### **1.2 Factores que determinan la salud de la comunidad y la asistencia sanitaria a ésta**

El estado sanitario, las modalidades de la morbilidad y las expectativas de la población en materia de salud son los principales factores determinantes de las necesidades sanitarias de la comunidad. Además, el medio social, económico y cultural ejerce sobre la salud y el comportamiento y los criterios sanitarios de los grupos una influencia tanto positiva como negativa. Así, a menudo se consiguen mejoras considerables en la salud de una población mediante modificaciones relativamente modestas del comportamiento cultural, de las condiciones económicas o de las instituciones

sociales. En países en que prevalece la malnutrición, la identificación de una fuente de proteínas fácil de conseguir o la fertilización del suelo pueden conducir a una reducción considerable de la incidencia y la gravedad de las enfermedades transmisibles. También el abastecimiento de agua potable y la lucha contra los insectos son medios bien conocidos para reducir las tasas de mortalidad. En los países más desarrollados, la prevalencia cada vez mayor de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades mentales y los accidentes podría reducirse mediante modificaciones drásticas del comportamiento en cuanto a un modo de vida sedentario, al abuso de la comida, del alcohol o del tabaco, o a la provocación de tensiones psíquicas.

La rapidez del crecimiento demográfico y de la urbanización agrava los problemas de salud en los países en desarrollo y dificulta los programas sanitarios de la comunidad.

La educación general, el mejoramiento de las comunicaciones y los progresos tecnológicos modifican el concepto que la población tiene de la salud, su definición de la enfermedad y las demandas que pesan sobre el sistema de asistencia sanitaria, y alteran además la vida familiar y de la comunidad, modificando no sólo la índole de las relaciones entre los individuos sino también las modalidades de las relaciones sociales en los grupos familiares y comunitarios. En algunos casos, esas transformaciones son beneficiosas para la salud, pero en otros provocan conflictos y tensiones perjudiciales para la misma.

Los recursos con que cuenta la comunidad y la asignación de esos recursos a los servicios de salud (o a servicios relacionados con ésta) determinan directamente el alcance y la composición de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria. Los ingresos por habitante, el índice de alfabetización y las oportunidades educativas y profesionales figuran entre los numerosos factores de otra índole que influyen en el número y la clase de personal sanitario disponible, en la estructura administrativa del sistema sanitario y en las estrategias asistenciales que cabe adoptar.

Con la aceptación del personal local que tradicionalmente se encargaba de dispensar la asistencia sanitaria se amplían los posibles recursos de salud de la comunidad y se favorece al mismo tiempo la integración de las prácticas sanitarias deseadas en el comportamiento social y cultural propio de la población local. La importancia de ello ha sido reconocida universalmente, pero los profesionales de la salud se han mostrado remisos a dar entrada en el sistema sanitario a los que tradicionalmente se encargaban de esa asistencia. La buena disposición de los planificadores sanitarios en cuanto a reconocer la influencia de las comadronas, los curanderos y demás personal afín en la salud de las comunidades puede constituir un factor importante para la eficacia que llegue a tener el programa sani-

tario. El adiestramiento y el empleo del personal de salud tradicional permite facilitar servicios de salud pública dentro del contexto de normas aceptadas y contribuye a dar un carácter más científico a las modalidades de asistencia sanitaria propias de la cultura tradicional local.

### 1.3 Comunidad y salud de la comunidad

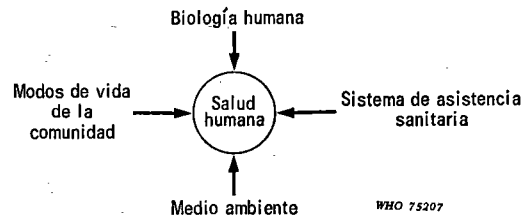
El Comité convino en las siguientes definiciones de los términos empleados en materia de enfermería y salud de la comunidad.

#### *Comunidad*

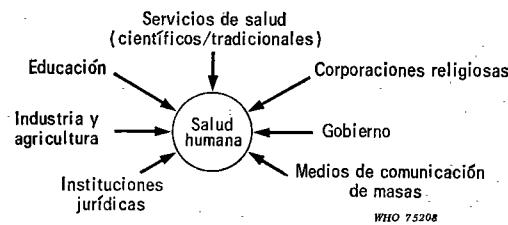
Una comunidad es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes. Sus miembros se conocen e influyen mutuamente. La comunidad funciona dentro de una determinada estructura social, y presenta y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales. El individuo pertenece a la sociedad en el sentido más amplio a través de su familia y de su comunidad.

#### *Salud humana*

La salud del individuo y del grupo está determinada por la biología humana, el medio ambiente, los modos de vida de la comunidad, y el sistema de asistencia sanitaria, según aparece en la figura siguiente.



La ejecución de un programa de salud conduce a una modificación del comportamiento individual y colectivo. Como puede verse en la figura siguiente, influyen en ese proceso los miembros de las principales instituciones sociales del país.



### *Salud de la comunidad*

La salud de la comunidad está en relación con la salud de los miembros de la comunidad, con los problemas que afectan a la salud de éstos y con la totalidad de la asistencia sanitaria de que puede disponer la comunidad.

La evaluación de la salud requiere el conocimiento de la población general que debe atenderse. En los párrafos siguientes se enumeran las principales categorías de información sanitaria.<sup>a</sup>

#### 1) Datos demográficos

- población actual y proyecciones demográficas según la edad, el sexo y la localidad
- densidad de población
- migraciones
- esperanza de vida
- tasas de natalidad probables
- tasas de alfabetización

#### 2) Características del medio

- condiciones de vivienda
- condiciones de trabajo
- oportunidades educativas
- fuentes de abastecimiento de agua y calidad de ésta
- evacuación de aguas servidas y lucha contra la contaminación del agua
- tratamiento de los desechos sólidos, incluidos los métodos higiénicos de tratamiento y evacuación
- lucha contra los vectores y contra otros huéspedes de gérmenes patógenos
- contaminación del medio
- clima
- organización y administración de los servicios de higiene del medio

#### 3) Informaciones de carácter económico

- características del empleo
- estructuras y tendencias de los ingresos individuales o familiares

---

<sup>a</sup> Estos párrafos se basan en : OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 481, 1971, págs. 37-41.

- presupuesto de los servicios sanitarios
  - presupuesto nacional
  - gastos acarreados por la prestación de servicios de salud y por el mantenimiento de las diferentes categorías de personal
  - información sobre la relación costo/eficacia para determinados problemas de salud
- 4) Necesidades sanitarias
- estadísticas de mortalidad y morbilidad según las causas principales, la edad, el sexo y la distribución geográfica
  - medida en que las principales categorías de diagnóstico determinan una demanda de asistencia sanitaria y de cuidados a los inválidos
- 5) Utilización de los servicios de asistencia sanitaria por la población
- servicios de salud efectivamente utilizados (demanda « atendida »): número, tipos, calidad, efectos
  - características de los usuarios de los servicios, incluidos sus conocimientos y actitudes acerca de la utilización de los servicios y del sistema sanitario que los facilita
  - demanda o necesidades « no atendidas » en materia de servicios de salud
  - volumen aproximado de los servicios deseados (o necesitados) que no son obtenidos, según el tipo de servicio
  - características de las personas que desean (o necesitan) servicios
  - razones de la no obtención de los servicios deseados (o necesitados).

#### **1.4 Familia y salud de la familia**

La familia es una de las instituciones sociales más antiguas y más fuertes. Los miembros de una familia comparten rasgos genéticos, medio ambiente, actitudes generales y estilos de vida. Por las interacciones entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, la familia funciona como una unidad; los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.

El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia, y reciben a su vez la influencia de estos mecanismos. El crecimiento y el desarrollo de un niño dependen de la interacción de ciertos factores biológicos determinados genéticamente, y también del medio familiar. Las malas condiciones de la vivienda, el

hacinamiento, la alimentación insuficiente y la falta de instrucción afectan a todos los miembros de la familia, que tienen en común ciertas formas de comportamiento, incluso las que se refieren a la asistencia sanitaria. Es lógico, pues, considerar las necesidades y los problemas sanitarios de la familia en su conjunto y abordar los problemas de salud individuales en el marco de un programa general de salud de la familia.

### **1.5 La enfermera en la asistencia a la familia y a la comunidad**

Los componentes del Comité manifestaron su preocupación ante la posibilidad de que la renovada importancia que se reconoce a la función de la enfermería en la asistencia a la comunidad sea mal interpretada y redunde en perjuicio de la importancia que sigue teniendo la enfermería orientada a la asistencia de la familia. Aun reconociendo unánimemente la necesidad de planificar, organizar y evaluar los servicios de enfermería en función de las necesidades de salud del conjunto de la comunidad, el Comité estimó indispensable exponer claramente su opinión acerca de la asistencia de enfermería orientada a la familia, formulando la siguiente declaración, que representa el consenso del Comité :

Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles.

Las modificaciones que acarrea la vida moderna han producido cambios que jamás se habían previsto en las necesidades sanitarias y en la demanda de una mayor cobertura en cuanto a los servicios de salud. La enfermedad, la invalidez y situaciones como el desempleo pueden perturbar el equilibrio de un grupo y afectar la salud mental y física de sus miembros.

En muchos países, la escasez de personal de salud limita la expansión de los servicios de visita domiciliar encaminados a atender a todas las familias que necesitan asistencia ; esas visitas a menudo deben reservarse exclusivamente a ciertos casos, y se hace necesario, en consecuencia, recurrir a otros métodos para la prestación de asistencia sanitaria a la familia. Entre los diversos sistemas posibles figuran la asistencia a pequeños grupos de familias y la organización de consultas en un dispensario de orientación familiar.

La asistencia de enfermería a la comunidad comprende la asistencia de enfermería a la familia, pero también le incumbe la identificación de las necesidades sanitarias generales de la comunidad y la tarea de conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de los proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la población; ayuda a las comunidades a identificar sus propios problemas, a encontrar soluciones y a hacer todo lo que está a su alcance antes de recurrir a la ayuda exterior.

### **1.6 Partería y asistencia a la comunidad**

El Comité trató también del lugar que ocupa la partería dentro de los servicios de enfermería para la comunidad. Los componentes del Comité convinieron al respecto que los servicios de salud de la madre y del niño,

incluida la partería, son elementos esenciales de la asistencia sanitaria a la familia y a la comunidad. Por esto, la partería no se menciona específicamente en los debates sobre servicios de enfermería, en todos los cuales se la considera implícitamente incluida.

## 2. LA SITUACION

No es fácil hacerse cargo de la vastedad de los problemas sanitarios del mundo, y menos aún idear estrategias susceptibles de hacer frente a la situación en un porvenir previsible.

Son centenares de millones las personas que no tienen acceso — o apenas — a los servicios básicos de salud. Bastarán algunos datos estadísticos para dar idea de la gravedad del problema. En 1970, por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil en algunos países que se notificaron oficialmente alcanzaron hasta 146 por mil nacidos vivos.<sup>a</sup> Varios estudios y encuestas indican que la tasa de mortalidad infantil en algunas poblaciones puede llegar a 300 por mil y a cifras todavía más elevadas en algunos subgrupos. Las cifras oficiales de esperanza de vida van desde 74,5 años en Suecia hasta 35 años o menos en algunos países de Africa.<sup>b</sup>

La proporción del total de personal de enfermería y de partería en diversos países da idea de las grandes diferencias que se registran en estos servicios en todo el mundo. En 1970, Indonesia comunicaba que la proporción de enfermeras, matronas y demás personal de enfermería era de 1,7 por 10 000 habitantes, mientras que Checoslovaquia daba la cifra de 54,5 por 10 000.<sup>c</sup> Esas estadísticas, sin embargo, no muestran la distribución del personal de enfermería dentro del país, distribución que puede ser todavía más dispar cuando se comparan zonas rurales y urbanas o si consideran separadamente diferentes grupos sociales, económicos o culturales.

Las principales características de las poblaciones rurales o semi-rurales, que comprenden el 80 por ciento de la población mundial, son:

- aislamiento geográfico y malas comunicaciones
- un medio desfavorable, con exposición a enfermedades transmisibles y malnutrición

<sup>a</sup> Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics Annual — Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales, 1970, Vol. I: Vital statistics and causes of death — Statistiques démographiques et causes de décès*, Ginebra, 1973, págs. 10-11.

<sup>b</sup> Naciones Unidas, *Compendium of social statistics: 1967*, Nueva York, 1968 (Statistical Papers Series K, N° 3) Cuadro II, pág. 158.

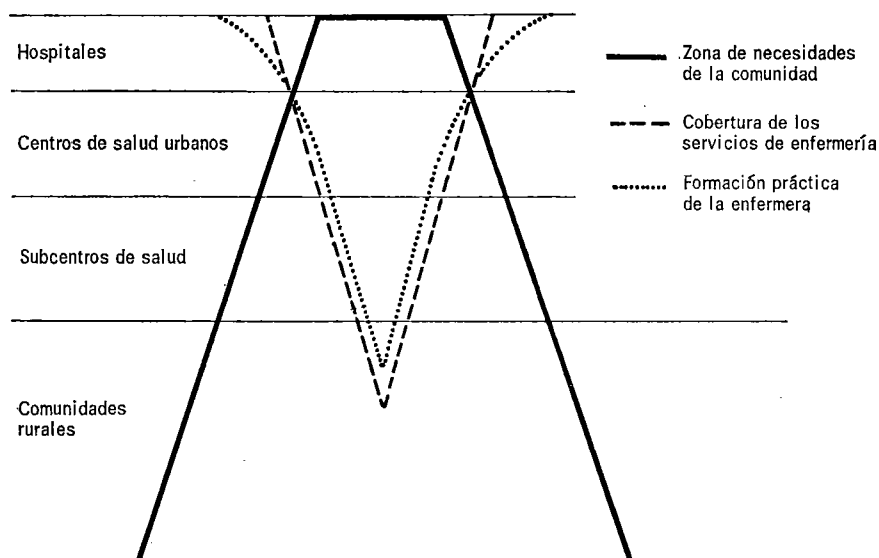
<sup>c</sup> Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics Annual, 1970 — Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales, Vol. III: Health personnel and hospital establishments — Personnel de santé et établissements hospitaliers*, Ginebra, 1974, pág. 57.

- medios sanitarios insuficientes y falta de saneamiento
- escasas oportunidades en materia de educación.

Pese a estas realidades, los servicios de salud y la formación del personal de salud se han centrado en el hospital. La enfermería ha seguido la misma tendencia, y la mayor parte de las enseñanzas básicas de enfermería, si no todas, preparan a la enfermera para el trabajo en los hospitales más que para el servicio en la comunidad, que es donde hay más necesidades de asistencia y protección sanitaria.

En la figura 1 se ve la distribución de los servicios de enfermería en muchos países en desarrollo. Se demuestra en ella que a los enfermos hospitalizados, aunque representan una proporción mínima de la población

FIG. 3. RELACION ENTRE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA EXISTENTES, LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y LA FORMACION PRACTICA DE LA ENFERMERA



WHO 75027

necesitada de asistencia, se les dedica una gran proporción de los servicios de enfermería disponibles. La población atendida en los centros de salud urbanos recibe una proporción de asistencia de enfermería que ocupa el segundo lugar en orden de magnitud, mientras que los habitantes de las aldeas y las comunidades rurales carecen de servicios de enfermería o cuentan con muy pocos. En esta esfera local hay vastas zonas que no cuentan con ningún servicio de salud organizado. A menudo los únicos dispensadores de asistencia sanitaria de que se dispone son las comadronas

y otros practicantes de la medicina popular tradicional. Es evidente, pues, que la pirámide de la « asistencia » se halla invertida en relación con la pirámide de las « necesidades ».

En el diagrama se ponen también de manifiesto las discrepancias en materia de enseñanza de la enfermería en relación con las necesidades de servicio de la comunidad. Las estudiantes de enfermería obtienen la mayor parte de su formación práctica en la asistencia a enfermos hospitalizados, con una proporción relativamente pequeña de prácticas de enfermería de la comunidad. De hecho, muchas de las enfermeras empleadas en salud pública no han recibido ninguna preparación en materia de asistencia a la comunidad. La situación resulta particularmente grave en las zonas periféricas rurales del mundo, donde la prestación de asistencia suele plantear más problemas y ser más compleja, y donde, al mismo tiempo, se carece de dirección o asesoramiento administrativo.

El hecho de que no se dé al personal una preparación adecuada para el servicio como personal sanitario de base o como enfermeras de la comunidad en las zonas rurales y periféricas, de conformidad con las necesidades y los recursos de la población, constituye una grave deficiencia en la formación actual del personal de salud. En las escuelas de enfermería, como en las de medicina, se ha centrado la atención en la teoría y la práctica de la asistencia a los enfermos hospitalizados, haciendo a menudo caso omiso de la necesidad de prevención de las enfermedades y de mantenimiento y fomento de la salud. En los cursos de formación se descuida incluso la asistencia a los enfermos e impedidos no internados en instituciones, pese a que en cualquier comunidad su número supera con mucho al de los enfermos hospitalizados. El personal formado en instituciones de tipo hospitalario es con frecuencia el único de que se dispone para los servicios de asistencia a la comunidad, para los que su preparación es escasa o nula. Cuando se han establecido programas de enseñanza superior, el objetivo ha consistido en preparar personal para la administración de servicios hospitalarios de enfermería, la inspección de salud pública y de hospitales, la investigación y la enseñanza. En muchos casos falta la preparación de las enfermeras para prestar a la comunidad una asistencia sanitaria completa o para asumir la responsabilidad de satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad.

Existen otras limitaciones que dificultan el trabajo en la periferia. En muchos países no se acepta a las enfermeras como jefas de equipo o coordinadoras de la asistencia sanitaria, aunque a menudo son el personal más capacitado para evaluar las necesidades y procurar que se haga lo más conveniente. En muchas sociedades viene a agravar el problema el hecho de que la ley no autoriza al personal de enfermería a diagnosticar ni tratar a los enfermos, aunque no haya otro personal disponible. Esto sucede especialmente en las zonas periféricas. Con frecuencia, el personal

de enfermería tiene instrucciones de enviar a los enfermos, para su diagnóstico y tratamiento, al siguiente escalón de la estructura sanitaria, pero la preparación de las personas consultadas puede ser todavía inferior a la de la enfermera en cuestión.

Los criterios tradicionales adoptados en los programas de enseñanzas de enfermería y de otras enseñanzas sanitarias hacen que el personal de salud tienda a prestar modalidades de servicio estereotipadas, en vez de tratar de adaptar el programa sanitario a la comunidad, teniendo en cuenta las diferentes necesidades de la población. Además, una evaluación deficiente de los recursos de la comunidad puede imponer limitaciones innecesarias al alcance de los servicios de salud e impedir que aborden las principales necesidades de la comunidad.

Con demasiada frecuencia, el personal de salud se preocupa tanto de establecer una estructura sanitaria dentro de cada comunidad — sin preguntarse si esta estructura responde a la situación real — que los verdaderos objetivos se pierden de vista. En muchos casos los progresos hacia la salud serán más rápidos si se organizan los servicios de salud en combinación con otros programas ya establecidos, aplazando la constitución de la estructura sanitaria propiamente dicha hasta que la comunidad quiera y pueda mantenerla. Ciertas realizaciones de la comunidad, como el desarrollo agrícola, los planes de regadío, los transportes y otros programas relacionados con la salud ofrecen una base natural para los servicios sanitarios. Su aprovechamiento, ajustado a las necesidades expresas de la población, permite asentar firmemente el programa sanitario y le da probabilidades de éxito.

Es preciso mencionar otra limitación importante. Al tratar de llenar los vacíos del servicio sanitario, a menudo se recluta precipitadamente personal de las comunidades rurales o periféricas, escasamente adiestrado, y se le confía el desempeño de muy diversas funciones. Los títulos de sus puestos y su remuneración también varían considerablemente y a menudo no guardan relación ninguna con su formación o con las funciones que realmente desempeñan. Con frecuencia se les destina a los servicios de salud periféricos como personal de asistencia primaria o para desarrollar otras actividades de enfermería en las aldeas. Ello ha dado lugar a conflictos y abusos. Se ha esperado que ese personal desempeñara funciones para las que no había recibido ninguna o casi ninguna preparación, no se ha adiestrado al personal de enfermería para dirigirlo o supervisarlos, y las comunidades atendidas se han sentido decepcionadas y han criticado las continuas irregularidades del servicio pese al considerable aumento numérico del personal.

Para hacer frente a esos problemas se necesita en cada país un sistema de servicios de enfermería bien organizado, que se encargue de la formación

teórica y práctica del personal de enfermería. Debe ser responsable de los servicios de enfermería prestados y participar en la tarea de planificar la preparación y la utilización de todo el personal reclutado para la asistencia a la comunidad.

### 3. PROBLEMAS PLANTEADOS

Al considerar la magnitud de los problemas que entraña la práctica eficaz de la asistencia de enfermería a la comunidad, el Comité formuló la siguiente lista de preguntas que, a su juicio, debe contestar el personal de enfermería en su actuación aislada o concertada con la de otros grupos responsables de los servicios sanitarios de la comunidad.

- 1) ¿Podemos llenar los vacíos
  - donde no existen servicios ?
  - donde hay personal pero está mal distribuido ?
  - donde el servicio es de poco rendimiento ?
  - donde el servicio es ineficaz ?
  
- 2) ¿Podemos modificar
  - el sistema de valores de la medicina ?
  - el sistema de valores de la enfermería ?
  - la orientación hacia la enfermedad ?
  - el enfoque de la enseñanza ?
  - la rigidez en la planificación de los servicios de salud ?
  - el aislamiento del sector de la salud respecto de los demás sectores ?
  - el orden de prioridad, pasando de la salud individual a la salud de la comunidad ?
  - la escasa consideración social de quienes se encargan de la asistencia directa de enfermería ?
  
- 3) ¿Podemos aportar
  - una motivación para la participación de la comunidad ?
  - nuevos modelos para las enseñanzas de enfermería ?
  - la responsabilidad personal en el ejercicio de la profesión ?
  - una coordinación eficaz de recursos para la asistencia ?

4) ¿Podemos eliminar los obstáculos que se oponen

- a la eficacia en la dirección y el trabajo en equipo ?
- a un sistema de comunicación abierto ?
- a la continuidad y la cohesión dentro del sistema sanitario ?
- a la plena colaboración de los organismos nacionales, internacionales, gubernamentales y no gubernamentales en el sector de la salud ?

Los miembros del Comité se declararon dispuestos a aceptar el reto contenido en estas preguntas y se manifestaron persuadidos de que el personal docente, los administradores y los profesionales de la enfermería, una vez percatados de la situación, podrán concertar sus esfuerzos e influir así con eficacia espectacular en la presente y deplorable situación de la salud de la comunidad en todo el mundo y en particular en los países en desarrollo.

#### 4. PROPUESTAS

Como orientación para quienes han de introducir en los servicios de enfermería y de asistencia sanitaria las reformas necesarias para resolver los problemas indicados, el Comité señaló los siguientes sectores en los que es indispensable efectuar cambios para que el progreso sea satisfactorio.

##### 4.1 Modificación de los conceptos básicos

La amplitud y complejidad de las necesidades sanitarias de las poblaciones y la limitada eficacia de los programas asistenciales y educativos para satisfacerlas son prueba de deficiencias en los conceptos básicos de la actual asistencia sanitaria. Esos conceptos han de sufrir importantes transformaciones con objeto de apartarse de las modalidades y actitudes tradicionales y de los servicios estereotipados y mejorar los resultados del ejercicio de la enfermería. Esos conceptos, nuevos o revisados, han de basarse en lo siguiente :

1) Un sistema sanitario para toda la población y no para grupos limitados como los pacientes hospitalizados, los que acuden espontáneamente o pueden utilizar con facilidad los servicios existentes. Esa mayor cobertura, reconocible por la proporción de individuos y familias atendidos de la población total (o del sector pertinente de la población), debiera poder identificarse fácilmente en todas las fases del programa sanitario, es decir, la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios. Una cobertura completa no entraña por necesidad una distribución uniforme de la

asistencia, ya que se ha de procurar proteger especialmente a los grupos vulnerables de la población.

2) Aceptación de que la propia comunidad ha de ser el principal determinante de la asistencia sanitaria, invitando a sus miembros a reconocer y manifestar sus necesidades y esperanzas y a participar activamente en la preparación, ejecución y evaluación de los programas asistenciales y de educación sanitaria. Se debe estimular a la comunidad a que movilice y aplique todos los recursos disponibles al desarrollo de los servicios de salud, que han de ser organizados de manera que se vea que son prestados no sólo para la comunidad sino por ella. En consecuencia, se ha de fomentar y respetar la selección por la comunidad del personal de salud (especialmente el de asistencia primaria) y de las personas que trabajan en servicios benévolos y otras actividades anejas.

3) Posibilidad de atender a la salud de la comunidad por medios distintos de un sistema sanitario organizado. Debe utilizarse para ello la actividad social que sea más importante para la comunidad en su etapa de desarrollo. En consecuencia, si la salud no tiene prioridad, el personal sanitario debe ayudar primeramente a la comunidad a realizar sus otras aspiraciones. Los recursos creados por esas actividades y la confianza que se ha ganado el personal de salud mediante su participación en ellas facilitarán mucho la creación de un servicio sanitario. Además, en otras actividades hay con frecuencia aspectos sanitarios, que el personal de salud puede promover al máximo.

4) Organización de la enfermería como sistema de asistencia más que como ocupación especializada. En ese sistema hallarían aplicación las más diversas aptitudes, desde la intuición a la experiencia. Comprendería miembros de la comunidad, personal de asistencia primaria, enfermeras y parteras de salud pública, profesores, especialistas clínicos, administradores e investigadores. Debe haber entre todos ellos un intercambio permanente de opiniones y de experiencias.

5) La noción de que las personas de una comunidad son capaces de un desarrollo individual continuo y de resolver la mayor parte de sus propios problemas si reciben educación sanitaria y son guiadas por el ejemplo. Esa noción está en contraste directo con la idea tradicional de que los servicios de salud se imponen a la comunidad por la acción de profesionales sanitarios ajenos a la comunidad, con lo que se crea un sentimiento de dependencia en la población atendida.

6) Necesidad de elaborar programas de enseñanza de la enfermería que abarquen todos los aspectos de la vida humana (biológicos, socioeconómicos y culturales) y que estén estrechamente relacionados con las necesi-

dades de la comunidad y la práctica sanitaria. Esos programas obligarían al profesorado a formar y a examinar a los alumnos en un marco práctico y forzaría a profesores y alumnos a enfrentarse con los problemas de la asistencia sanitaria en una comunidad real. Les impondría también la responsabilidad de mejorar el estado de salud y el comportamiento sanitario de los grupos.

#### **4.2. Modificación de la enseñanza de la enfermería**

La aplicación de esos conceptos requerirá importantes cambios en la enseñanza y los servicios de enfermería. En cuanto a la enseñanza de la enfermería, se trata de algo más que de una simple modificación de su contenido técnico o de los métodos didácticos. Se requieren cambios fundamentales en la concepción de la enfermería, así como la reforma de los planes de estudio, una nueva configuración de los métodos y principios didácticos y una nueva definición de las funciones de todos los participantes con arreglo a sus futuras actividades. Estas modificaciones tendrán los objetivos siguientes :

1) un plan de estudios de orientación personal y no centrado en las instituciones médicas y en el que se destaque más la salud que la enfermedad. Con este plan de estudios se formarían graduados versados en las ciencias fundamentales y del comportamiento, adiestrados en el diagnóstico de las enfermedades y otras anormalidades, tanto físicas como emocionales, y aptos para prescribir medidas preventivas, curativas y de rehabilitación. La enfermera diplomada sabría adaptar la asistencia sanitaria a la situación familiar y comunitaria, recurriendo a los servicios médicos y no médicos de consulta para el máximo beneficio del enfermo y de su familia ;

2) inversión de la enseñanza tradicional de la enfermería, empezando por la familia sana en su vida social y comunitaria, pasando al desarrollo de la enfermedad, la invalidez y la disfunción social, y estudiando finalmente el tratamiento, la curación y la rehabilitación ;

3) participación de alumnos y profesores en las actividades de salud de la comunidad mediante el examen de las necesidades sanitarias, la colaboración con la comunidad en la planificación y prestación de la asistencia, el análisis de sus efectos y el estudio de las posibilidades de mejorar el tipo de asistencia ;

4) ofrecer a los alumnos la oportunidad de conocer la vida comunitaria, su funcionamiento y sus efectos sobre la salud o la enfermedad en la población. Así podrían aprender, merced a diversas experiencias, entre grupos sociales y culturales diferentes en su propio medio ambiente.

También aprenderían a trabajar en colaboración, a adquirir confianza en sí mismos y a fomentar esa actitud en otros y en la comunidad ;

5) hacer que los alumnos conozcan los procesos vitales, lo cual mejoraría su comprensión de la vida humana en general, de los sistemas de valores y de los mecanismos públicos y privados que respaldan a la sociedad ;

6) orientación básica del alumno hacia una concepción dinámica de la vida y de las relaciones humanas, en la que la enfermedad y la asistencia hospitalaria sean consideradas como meros episodios.

#### **4.3 Modificación de los servicios de enfermería**

La aplicación del sistema comunitario a la prestación de los servicios de enfermería exige un cambio radical de actitud por parte de muchos miembros del personal sanitario. Es preciso cambiar el modo de pensar tradicional en lo que se refiere a quienes prestan y a quienes reciben la asistencia, y transformar hábitos inveterados en cuanto a su prestación, fomentar una nueva mentalidad en los administradores sanitarios y sustituir la rigidez por la flexibilidad en la concepción de la salud pública. Más concretamente, esos nuevos conceptos exigen lo siguiente :

1) reconocimiento de que corresponde a los servicios de enfermería la responsabilidad de la prestación real y eficaz de servicios básicos de salud, que comprende la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, en todas las comunidades y para la población. Es preciso esforzarse intensivamente por lograr este objetivo ;

2) adaptación de los servicios de salud a las necesidades sanitarias y a los sistemas sociales que actúan en la comunidad. Tal adaptación ha de ser, evidentemente, compatible con los recursos del servicio sanitario y con el grado de desarrollo social de la comunidad ;

3) enfoque de los problemas comunitarios teniendo en cuenta los diversos estratos sociales y las diferentes maneras en que los miembros de esos estratos procuran resolver los problemas sanitarios. Las enfermeras deben ayudar a la comunidad y a los subgrupos de la misma a evaluar sus necesidades sanitarias y establecer un orden de prioridad y objetivos ajustados a la realidad ;

4) responsabilidad compartida entre los servicios de enfermería, la comunidad y las instituciones de enseñanza sanitaria en cuanto a la selección, la preparación y la utilización adecuada del personal sanitario de todas las categorías y funciones, reconocimiento de las necesidades personales y en cuanto a efectivos de personal, y fomento de las posibi-

lidades de ascenso. Esta responsabilidad compartida pondría de relieve la dependencia mutua entre el servicio y la formación ;

5) aumento del personal de refuerzo de los servicios de enfermería mediante la inclusión de grupos nativos. Estos grupos han de recibir una formación adecuada y trabajar bajo la dirección y supervisión del servicio de enfermería ;

6) fomento activo de la ayuda propia en todos los aspectos de la estructura social de la comunidad (por ejemplo, educativos, legislativos y laborales).

## **5. MEDIOS PARA FORTALECER LA ENFERMERIA DE SALUD DE LA COMUNIDAD**

Cada país y cada comunidad han de decidir por sí mismos qué métodos y medidas se pueden adoptar para desarrollar un programa sanitario satisfactorio, activo y eficaz. El Comité estimó por ello innecesario e inoportuno describir el modo de aplicar los principios propuestos para el mejoramiento de la enfermería en el sistema de asistencia sanitaria de la comunidad en determinadas condiciones locales, nacionales o mundiales. El Comité describió, sin embargo, las características fundamentales de un servicio de enfermería de la comunidad que ha de abarcar a ésta enteramente, organizándose los servicios de modo que todos disfruten de una asistencia permanente, completa, coordinada, accesible e idónea.

El Comité examinó, además, diversas propuestas para fortalecer los servicios de enfermería de la comunidad. Esas propuestas se referían al aumento del personal de salud con la consiguiente modificación de sus funciones, a las consecuencias de orden educativo y a los procedimientos de evaluación.

### **5.1 Aumento del personal para las actividades de salud de la comunidad**

La prestación de asistencia sanitaria primaria a todos los sectores de la población es quizá el problema sanitario más importante en la mayor parte de las comunidades del mundo actual. Se ha tratado de resolver este problema de diversas maneras. En los países desarrollados, la asistencia primaria está a cargo de médicos, dentistas, enfermeras, fisioterapeutas y otros profesionales sanitarios. Para satisfacer la necesidad creciente de asistencia primaria, se aumenta la matrícula en las escuelas de formación de esos profesionales, se establecen nuevas escuelas y se prepara a todos

los grupos, en especial a las enfermeras, para funciones más amplias en el diagnóstico y el tratamiento.

En los países en desarrollo, donde el problema es ingente y los recursos escasos, se están aplicando otros métodos. Para la asistencia se recurre a curanderos, personal sanitario y comadronas tradicionales y a otros grupos análogos de la comunidad. Ese personal profano, que se ocupa de la asistencia primaria, establece el primer contacto con la comunidad en el ámbito periférico. Desempeña funciones curativas sencillas y aplica las primeras medidas de protección y fomento de la salud.

Aunque ese personal de asistencia primaria responde a una necesidad crítica de las poblaciones, con frecuencia no es incluido en el sistema asistencial del país. Carece por ello de la debida formación y supervisión y del necesario apoyo, y no está a su disposición el indispensable sistema de consulta o confirmación. A pesar de esos inconvenientes, ha demostrado su aptitud para suplir los recursos sanitarios en su comunidad.

Para la prestación de asistencia sanitaria a los millones de personas actualmente desatendidas, la preparación de personal de asistencia primaria, capacitado en la misma comunidad a la que pertenecen y sostenido por ésta, es una solución eficaz y ajustada a la realidad, especialmente en las colectividades rurales y apartadas. Pero para orientar y supervisar sus actividades y acrecentar su rendimiento y eficacia es indispensable su reconocimiento e integración en el sistema sanitario nacional. Como sus funciones se encuentran entre las desempeñadas por los servicios de enfermería, la inclusión de ese personal en el sistema de enfermería de la comunidad no sólo es lógica sino también indispensable para que la asistencia a la población sea adecuada y sin riesgos. La enfermera de salud pública, por consiguiente, tendrá que encargarse de formar al personal de los servicios primarios de salud, ayudarle a establecer los necesarios servicios sanitarios, prestarle el necesario apoyo y servirle de enlace con el resto del sistema sanitario.

Si el personal de los servicios primarios de salud tiene a su cargo la asistencia sanitaria directa a las comunidades en materia de lucha contra las enfermedades transmisibles, asistencia maternoinfantil, tratamiento de las enfermedades corrientes y saneamiento de viviendas y aldeas (él solo o en colaboración con otras categorías de personal), también tendrán que cambiar las funciones de la enfermera de salud pública.

## **5.2 Modificación de las actividades y funciones del personal de enfermería**

Es conveniente que cada país, y cada comunidad dentro del país, organice su propia modalidad de servicios de enfermería de la comunidad con arreglo a sus especiales necesidades y a los recursos disponibles. Sin embargo,

todo el personal incluido en esa modalidad de servicio ha de formar parte del sistema total de enfermería del país y del sistema de enfermería de la comunidad correspondiente. Asimismo, la clasificación del personal dentro del sistema de enfermería depende de la situación local y del plan nacional de formación y perfeccionamiento del personal sanitario. En la mayor parte de los países, los sistemas de clasificación de personal tienen como mínimo tres planos de funciones: el plano local o periférico, en el que se presta asistencia directa a la comunidad, el intermedio, en el que se orienta y supervisa al personal local, y el central o administrativo, encargado del asesoramiento, la gestión y la dirección general del programa total de salud de la comunidad. Esos tres grupos diferentes de personal de enfermería son interdependientes y sus funciones están relacionadas entre sí. Se ha de destacar que todo el personal interviene en la adopción de decisiones y en la prestación de los servicios, aunque con un grado mayor o menor de responsabilidad respecto al programa.

El ámbito funcional de cada grupo depende de la magnitud y complejidad de la comunidad, de la preparación del personal y su número, de la aceptación por el público de las normas y reglamentos que rigen el ejercicio sanitario, y de la estructura orgánica de los servicios de salud. Como ejemplo se da a continuación una descripción general de algunas funciones características de la enfermería de salud pública en el plano periférico.<sup>a</sup> Estas funciones podrían ser desempeñadas por personal de asistencia primaria, visitadoras del servicio de salud de la familia o enfermeras de salud pública.

<i>Actividad</i>	<i>Funciones de enfermería en el plano periférico</i>
Estudio de la situación	Participar * en el examen del estado de salud y del comportamiento sanitario de los individuos, de las familias y de la comunidad, así como de los conocimientos, actitudes y percepciones de los grupos acerca de la salud y la enfermedad. Describir y analizar los recursos disponibles y las modalidades de su utilización.
Delimitación de problemas	De conformidad con el proceso anterior, delimitar * los problemas sanitarios de individuos, familias y grupos de la comunidad así como el origen de cada problema, y decidir las actividades de enfermería más convenientes. Señalar las lagunas o deficiencias de los recursos de la comunidad y colaborar en la elaboración de planes para corregirlas. Establecer * un orden de prioridad de las actividades y preparar las medidas oportunas basándose en el anterior análisis, en las

<sup>a</sup> Los asteriscos colocados en la mención de algunas de esas funciones indican que el personal de los servicios locales puede ser ayudado por otros, incluso, por ejemplo, pacientes, miembros de las familias, personal de otros servicios, sean éstos sanitarios o no, o representantes de la comunidad.

expectativas de la comunidad y en las normas aceptadas del ejercicio sanitario.

#### Ejecución

Prestar \* los servicios « convenidos » a individuos, familias y grupos de la comunidad, por ejemplo : asistencia terapéutica y curativa directa ; educación sanitaria ; planificación de la asistencia con miembros de la familia ; transmisión de casos a los servicios o especialistas adecuados ; localización de casos ; educación y asistencia de los grupos más expuestos ; fomento de la salud y educación sanitaria de la comunidad ; y determinación de los recursos necesarios. Realizar \* actividades especiales para el fomento y conservación de la salud, por ejemplo : enseñanza práctica de horticultura doméstica, depuración del agua, construcción de pozos y evacuación higiénica de los desechos, y desarrollo de la capacidad de los individuos, las familias y la comunidad para hacer frente por sí mismos a sus necesidades sanitarias.

#### Evaluación

Fijar \* los objetivos de los servicios con arreglo a los problemas antes delimitados ; establecer los índices que han de utilizarse para determinar el grado de consecución de los objetivos y la inocuidad y calidad de la asistencia ; conseguir que se reúnan con exactitud y sistemáticamente los datos necesarios para la evaluación ; vigilar la calidad de los servicios sanitarios ; analizar los resultados de la asistencia en función de la población atendida y de los objetivos del programa logrados.

Para alcanzar la meta de que los servicios de salud de la comunidad lleguen a todos es indispensable modificar fundamentalmente las funciones actuales de todo el personal sanitario. Como se indica en la sección 5.1, si en los servicios de salud se utilizan más los grupos indígenas y se les encomiendan muchas actividades tradicionalmente desarrolladas por enfermeras, médicos, educadores sanitarios, etc., todas las demás categorías de personal podrán desempeñar funciones bastante más elevadas que las actuales.

La modificación más radical de las actividades y funciones de las enfermeras de salud pública consistirá quizá en los nuevos cometidos terapéuticos y de diagnóstico que se les señalen. En primer lugar, tendrán que enseñar al personal de asistencia primaria muchas de las funciones tradicionalmente desempeñadas por enfermeras y orientar a este nuevo personal en lo relativo a la localización de casos, la prevención de enfermedades, la asistencia a los enfermos y a las familias, la ejecución del programa de salud pública, la educación sanitaria y las actividades curativas o afines. Exigencias aún mayores planteará a la enfermera de asistencia pública

el desempeño de funciones encomendadas de ordinario a los médicos generales, como el examen de enfermos e inválidos, la determinación del origen de los problemas planteados y el tratamiento de los procesos agudos y de las enfermedades importantes más frecuentes en la comunidad. A medida que la enfermera vaya siendo más competente en esta y otras actividades de asistencia, se ampliará también su función como profesora, colaboradora y asesora del personal de asistencia primaria.

En esta modalidad de asistencia, la enfermera de salud de la comunidad ha de actuar como enfermera general, capaz de trabajar en equipo, de instruir y de estimular a otros miembros del personal, de comunicarse con los grupos de población y conseguir su colaboración y de coordinar la enfermería de la comunidad con otros sistemas. Como la naturaleza de los problemas, no la situación profesional, es lo que determina a quién se ha de encomendar la dirección del equipo, la enfermera de asistencia pública deberá estar capacitada para asumir esa función, pero también para compartirla con el personal de asistencia primaria, el educador sanitario, el técnico agrícola u otro miembro del grupo, según el sector de actividad y las principales funciones que se hayan de desempeñar.

Este plan de acción y la prestación de servicios de salud de la comunidad idóneos, eficaces e inocuos precisa que en todos los planos funcionales pueda recurrirse a un sistema bien organizado de consulta y envío de enfermos. Así, el personal de asistencia primaria necesita ser dirigido, supervisado, orientado y ayudado de cerca por una enfermera de salud de la comunidad competente y fácilmente accesible. La enfermera, por su parte, necesita el apoyo de servicios médicos de consulta que examinen y traten a los enfermos y familias que padezcan afecciones poco corrientes o complicadas. También serán necesarios asesores, consultores y expertos clínicos en otras esferas que examinen los planes de acción, analicen los problemas planteados, colaboren en la evaluación y recomienden métodos para mejorar los servicios de la comunidad.

El administrador de los servicios de enfermería necesita también la ayuda de expertos en administración, planificación de la colectividad, análisis de programas y ciencias del comportamiento, educadores, clínicos y especialistas de muchas otras disciplinas. Esa colaboración es necesaria para una buena programación de todos los aspectos del servicio en la estructura de enfermería de la comunidad.

Se considera que la ejecución de los programas sanitarios, con definición de las funciones del personal y formación y perfeccionamiento de éste en la forma indicada, tendrá consecuencias profundas, con la consiguiente ampliación y mejora de los servicios sanitarios prestados a todos los grupos.

### 5.3 Repercusión en las enseñanzas de enfermería

Los directores y los profesores de las escuelas de enfermería tendrán que llevar a la práctica los nuevos conceptos de la enfermería de la comunidad. Será preciso reorganizar el sistema educativo de forma que el aprendizaje se inicie en el seno de la comunidad, lo cual ayudará a los alumnos a comprender la trama de la vida comunitaria, la naturaleza de las estructuras sociales y la aportación de cada una de ellas a la función individual, familiar y colectiva. En las enseñanzas de enfermería se ha de prestar especial atención a la salud, a los procesos normales de crecimiento y desarrollo y a las fuerzas individuales, familiares y sociales que fomentan la salud o la deterioran. Habrá que adaptar los objetivos de la enseñanza a las necesidades y aspiraciones sanitarias de la colectividad.

En los nuevos conceptos va implícita la aceptación sin reservas de la enfermería de la comunidad como fundamento de todo ejercicio de la enfermería. En consecuencia, se considerará indispensable para todas las enfermeras ese tipo de preparación, al que se deberán adaptar los planes de estudio. La asistencia domiciliaria de los enfermos, una vez que la alumna se haya adiestrado en el mantenimiento de la salud y la prevención de las enfermedades, la prepara para el cuidado de los enfermos en hospitales y otros establecimientos. Ese modo de aprendizaje lógico y gradual permitirá a las alumnas comprender el comportamiento de los enfermos, el origen de su enfermedad y los factores que influyen en la recuperación de la salud. Conocerán diversos estilos de vida doméstica, de valores, comportamientos e influencias ambientales y las diferencias entre los estratos sociales. Esa experiencia orientará a las alumnas en el cuidado de los enfermos hospitalizados y les ayudará a llenar el hueco entre la asistencia hospitalaria y la vida familiar y comunitaria.

También pondrá a prueba el ingenio de los profesores la preparación de planes de estudio en los que el aprendizaje básico revista un carácter práctico. Lo que mayor esfuerzo requerirá es la amplia base de asistencia primaria. La búsqueda de lugares para el ejercicio profesional comunitario, la adaptación del contenido y los métodos didácticos a la gran diversidad de personas a las que se ha de formar para la asistencia primaria y la elaboración de un programa que ofrezca la posibilidad de un aprendizaje adecuado en extensión y calidad exigen imaginación flexible y espíritu innovador.

El aspecto más difícil de la propuesta del Comité para los profesores de enfermería es quizá la expansión de los programas educativos indispensables para preparar el número y las categorías de enfermeras necesarias en el plazo más breve posible. Ello significa que cada enfermera diplomada ha de estar capacitada para instruir a otros miembros del personal sani-

tario y de enfermería. Se necesitan muchos profesores para enseñar al personal de asistencia primaria, otros para dar a todas las enfermeras enseñanzas de salud de la comunidad y otros que enseñen especialidades, como disciplinas clínicas, asistencia en los hospitales, administración e investigación. Para invertir el diagrama de la figura 3 (página 13) y para ajustar los servicios de enfermería a las necesidades sanitarias se requerirá una gran intensificación y una reorientación profunda de las actividades de formación. Esas modificaciones permitirán por otra parte que la enfermería tenga una repercusión excepcional en la salud mundial y en la asistencia sanitaria.

#### **5.4 Evaluación**

En correspondencia con los nuevos conceptos y métodos propuestos de enfermería de la comunidad, el Comité examinó diversos sistemas de evaluación de programas y formuló sugerencias acerca de elementos básicos que han de incluirse en el proceso de evaluación.

La evaluación es considerada parte integrante del programa de enfermería de salud de la comunidad en todos los planos de asistencia. Es tan importante para la labor del personal de asistencia primaria y de la enfermera de salud de la comunidad en el plano local y periférico como para el administrador y el planificador sanitario en el plano central.

Lo mismo que la comunidad ha de participar en el establecimiento de los objetivos y prioridades de sus propios servicios de salud y en la preparación de los planes de actividades, ha de participar también en la evaluación de esos servicios. De esa manera, los miembros de la comunidad no sólo intervienen en la planificación y funcionamiento de sus servicios sanitarios sino que también influyen considerablemente en la evaluación de la calidad de la asistencia y del tipo de los servicios prestados, en la determinación de los éxitos y fracasos y en la preparación de medidas correctivas.

La evaluación de los servicios depende ante todo de que se señalen a la asistencia sanitaria objetivos racionales y se elaboren métodos para determinar la calidad, la inocuidad y la idoneidad de la asistencia. Esa labor preliminar ha de hacerla la propia comunidad, con la colaboración de personal sanitario técnico. La asistencia técnica es importante, ya que los objetivos fijados por la comunidad sola podrían ser demasiado limitados para garantizar un estado sanitario óptimo de la comunidad. Una vez formulados los objetivos, se podrán seleccionar métodos para apreciar la medida en que se están alcanzando y determinar el modo de recoger la información necesaria. Los objetivos logrados en común y su justificación habrán de ser comunicados al centro administrativo de los servicios sanitarios para que los tenga en cuenta en las posteriores actividades de recogida,

notificación y análisis de datos para la evaluación. Aplicado en diversos distritos, ese procedimiento permite asimismo el acopio de datos comparables, necesarios para describir el estado de salud del país entero. La imagen total resultante ayuda al gobierno a determinar las necesidades más apremiantes del país y la asignación de recursos para la salud.

El fortalecimiento de los servicios de salud requiere el conocimiento de los principales problemas sanitarios y las modalidades de asistencia existentes en la comunidad, en los principales subgrupos de la población y en los grupos más expuestos. Esos datos servirán de base para determinar la amplitud de las necesidades y orientar a la comunidad y a los técnicos en planificación sanitaria al preparar el programa comunitario. El acopio periódico sistemático de esos datos permitirá determinar los efectos del programa sanitario en la consecución de los objetivos comunitarios. También se podrá determinar el rendimiento del programa mediante el análisis de costos en relación con la utilización del servicio por la comunidad y en relación con la eficacia del programa. Después se podrá proceder a las modificaciones que aconseje este análisis.

Entre otras medidas propuestas para evaluar la necesidad y la eficacia de los servicios básicos de salud en todo el mundo están la cobertura de la población, el estado inmunitario, el crecimiento y desarrollo individuales, el estado de nutrición, la invalidez, ciertas tasas de morbilidad y mortalidad y la utilización de los servicios por los usuarios.<sup>a</sup>

Todas esas medidas dan cierta indicación de la necesidad de asistencia de la comunidad, y el análisis de sus modificaciones en el tiempo pone de manifiesto el cambio del estado de salud de la población y permite así deducir los efectos de los servicios sanitarios en combinación con otras influencias, que pueden ser sociales, biológicas o ambientales.

La cobertura de la población es un índice importante, mal estudiado hasta ahora. Es fundamental para saber en qué medida llegan realmente los servicios a los grupos que los necesitan y a quiénes están destinados. El Comité convino en que su importancia para los programas de enfermería de salud de la comunidad será aún mayor en lo futuro, ya que dará la medida indispensable de los progresos realizados en la prestación de servicios sanitarios a todas las comunidades.

## 6. RECOMENDACIONES

El Comité reconoció el carácter urgente de las necesidades sanitarias y la falta de servicios en comunidades de todo el mundo, y recomendó que se

---

<sup>a</sup> Véase *Crónica de la OMS*, 27, 362 (1973).

adopten los siguientes planes de acción a fin de obtener los cambios necesarios con la mayor rapidez posible.

1) Debiera decidirse el establecimiento y desarrollo de servicios de enfermería de salud de la comunidad que respondan a las necesidades de ésta, aseguren servicios adecuados de asistencia primaria a toda la población, y garanticen la inocuidad e idoneidad de los servicios prestados.

Para llevar a cabo esta recomendación, será necesario :

- a) establecer un servicio organizado de enfermería de salud de la comunidad con la participación conjunta de grupos comunitarios y de personal de salud ;
- b) incorporar el personal de los servicios primarios de salud al sistema de asistencia sanitaria y de enfermería ;
- c) preparar a la enfermera de salud de la comunidad para la prestación de asistencia sanitaria primaria y para actuar en el primer escalón de consulta del personal de los servicios primarios de salud ;
- d) prestar asistencia preventiva, curativa y de rehabilitación basada en la familia ;
- e) organizar un sistema de apoyo que comprenda consultas y servicios especializados, orientación didáctica del personal sanitario de todas las categorías y planificación y evaluación administrativas ;
- f) coordinar la enfermería de salud comunitaria con los demás programas de desarrollo de la comunidad ;
- g) establecer mecanismos que garanticen la inocuidad e idoneidad de la asistencia sanitaria, basados en la participación de la comunidad y en la evaluación técnica de los servicios ;
- h) poner al servicio de la comunidad el personal de enfermería más competente.

2) Se deberían elaborar programas de enseñanzas de enfermería en los que el objetivo central de la formación básica y de la formación permanente sea la salud de la comunidad. Esto se podría hacer mediante :

- a) la organización de programas para la formación de enfermeras fuera de centros académicos y en el seno de la comunidad ;
- b) un plan de estudios basado en los procesos vitales y en el que se dé especial importancia a la salud, al desarrollo físico y mental y a la enfermedad, a la satisfacción de las necesidades y deseos de la población y a los principios de la modificación del comportamiento ;

- c) la preparación de las enfermeras en las ciencias biológicas y del comportamiento y en los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico, que es indispensable para enseñar y orientar al personal de asistencia primaria ;
- d) la preparación de personal de asistencia primaria seleccionado por la comunidad mediante ciclos de enseñanza adaptados a sus posibilidades y relacionados con las necesidades sanitarias de la comunidad ;
- e) la incorporación de alumnos y profesores de la zona en que hayan de trabajar. Los profesores elegidos en la comunidad debieran reunir una variada gama de aptitudes, conocimientos y experiencia ;
- f) la preparación de enfermeras y otras categorías de personal para adiestrar y orientar al personal de asistencia primaria ;
- g) una formación idónea, dinámica y permanente para todas las categorías de personal sanitario que participan en las actividades de enfermería de la comunidad.

3) El personal sanitario, del que forma parte el de enfermería, debiera ser organizado en el marco de los planes nacionales de desarrollo general. En estos planes se debiera buscar una racional distribución y utilización del personal para asegurar asistencia sanitaria a toda la comunidad y disponer de los sistemas de apoyo indispensables para satisfacer las necesidades presentes y futuras.

4) La asistencia sanitaria es parte integrante de la política social. Por consiguiente :

- a) las comunidades y su personal de salud debieran revisar sus políticas sanitarias y las restricciones de orden legal y profesional que representen una traba para la asistencia sanitaria, y adoptar medidas para eliminar esas restricciones ;
- b) la política y los objetivos asistenciales y educativos debieran ser orientados mediante relaciones permanentes de colaboración entre representantes de la comunidad, de las instituciones de asistencia, de los programas educativos y de los grupos profesionales.

5) La OMS debiera :

- a) tratar de promover la aceptación por los Estados Miembros de los conceptos de enfermería de salud de la comunidad y estimular y colaborar en la elaboración de programas de formación de personal de asistencia primaria para satisfacer las necesidades de los distintos países. Corresponde a las enfermeras una función relevante en esas actividades ;

- b) fomentar y colaborar en programas educativos para la organización de un cuerpo de enfermeras y de otro personal que organice y oriente a todas las categorías de personal de salud de la comunidad ;
- c) facilitar información sobre nuevos métodos aplicables a los programas comunitarios y sobre sus efectos en la salud y proponer las adaptaciones que exijan las necesidades nacionales ;
- d) favorecer la continuación de la labor iniciada por el Comité de Expertos en Enfermería y Salud de la Comunidad para la eficaz realización y aplicación de los nuevos conceptos, ideas y orientaciones, con la participación de las distintas categorías del personal de salud y del sistema sanitario.

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
SERIE DE INFORMES TECNICOS**

*Informes recientes y en preparación :*

Nº		Fr. s.
510	<b>(1972) Principios estadísticos aplicables a los estudios prácticos de salud pública</b> 15º informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria (35 páginas) . . . . .	4,—
511	<b>(1972) Criterios de higiene del medio aplicables a la ordenación urbana</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (39 páginas) . . . . .	4,—
512	<b>(1973) Hepatitis vírica</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (57 páginas) . . . . .	4,—
513	<b>(1973) El empleo inocuo de plaguicidas</b> 20º informe del Comité de Expertos de la OMS en Insecticidas (59 páginas) . . . . .	4,—
514	<b>(1973) Estimulantes de la función gonadal humana</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (32 páginas) . . . . .	4,—
515	<b>(1973) Lucha contra la esquistosomiasis</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (52 páginas) . . . . .	4,—
516	<b>(1973) La juventud y las drogas</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (48 páginas) . . . . .	4,—
517	<b>(1973) Aprovechamiento de efluentes : métodos y medidas de protección en el tratamiento de aguas servidas</b> Informe de una reunión de expertos de la OMS (69 páginas) . . . . .	5,—
518	<b>(1973) Prevención de la ceguera</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (21 páginas) . . . . .	3,—
519	<b>(1973) Inmunidad celular y resistencia a las infecciones</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (63 páginas) . . . . .	5,—
520	<b>(1973) La función reproductiva en el varón</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (37 páginas) . . . . .	4,—
521	<b>(1973) Formación teórica y práctica del personal docente de las escuelas de medicina y de ciencias de la salud</b> Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (35 páginas) . . . . .	4,—
522	<b>(1973) Necesidades en energía y en proteínas</b> Informe de un Comité Especial Mixto FAO/OMS de Expertos (130 páginas) <i>(en preparación)</i> . . . . .	7,—
523	<b>(1973) Rabia</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (61 páginas) . . . . .	4,—
524	<b>(1973) Farmacogenética</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (45 páginas) . . . . .	4,—
525	<b>(1973) Residuos de plaguicidas en los alimentos</b> Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1972 (65 páginas) . . . . .	4,—
526	<b>(1973) Farmacodependencia</b> Informe de un Comité de Expertos de la OMS (44 páginas) . . . . .	4,—
527	<b>(1973) Progresos en los métodos de regulación de la fecundidad</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (44 páginas) . . . . .	4,—
528	<b>(1973) Evaluación de programas de higiene del medio</b> Informe de un Grupo Científico de la OMS (71 páginas) . . . . .	5,—