



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Organización Panamericana de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0054.php>

24

La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI

Elaborado en noviembre de 2001

Impreso en octubre de 2002

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
1. INTRODUCCIÓN	3
2. CONTEXTO HISTÓRICO	5
3. FUNCIONES CENTRALES Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA	9
4. LA EXPERIENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS	13
5. ENFERMERÍA Y SERVICIOS ESENCIALES.....	17
6. CONCLUSIONES Y LINEAMIENTOS PARA EL FUTURO	21
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXO A: AGENDA	29
ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES	31
ANEXO C: SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA	33
ANEXO D: MODELO DE PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA DE ASTDN.....	35

AGRADECIMIENTOS

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia, colaboró con sumo agrado con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para analizar las funciones que desempeña la enfermería en la prestación de servicios de salud pública desde la perspectiva de las enfermeras salubristas del continente americano. El profesorado del Centro de Política de Salud y del Centro Colaborador para el Ejercicio Profesional Avanzado de la Enfermería, situado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia (CUSON), preparó el documento de posición sobre la base de los debates realizados durante una conferencia en CUSON los días 13 y 14 de julio de 2000, así como el de la continuación de los debates en Washington, D.C., el 29 de junio de 2001. Entre los invitados a estas reuniones se encontraban líderes de la enfermería de salud pública de los ocho países participantes. Cada invitado presentó un estudio de caso de los servicios esenciales y de la enfermería de salud pública. Los estudios de caso pueden consultarse en la página de CUSON en la Web.

La realización de la conferencia y la preparación del documento de posición fueron posibles gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

*Kristine M. Gebbie, Dra. en Salud Pública, Enfermera Titulada
Centro de Política de Salud*

*Richard Garfield, Dr. en Salud Pública, Enfermero Titulado
Centro Colaborador Internacional Para el Ejercicio Profesional Avanzado de la Enfermería*

1. INTRODUCCIÓN

“Mejorar la salud de la población” es la meta del ministerio o secretaría de salud en la mayoría de las naciones. En los últimos años, los debates de política acerca de cómo alcanzar esta meta se han ampliado para incluir el tema de las funciones esenciales de salud pública o los servicios esenciales de salud pública como los cimientos que permitirán alcanzar metas concretas. Los responsables de las políticas sanitarias han entendido que, sin una infraestructura adecuada como la que se requiere para la prestación de estos servicios, ninguna administración podrá avanzar eficientemente hacia el mejoramiento de la salud para todos. Si bien los tratamientos para enfermedades concretas y las actividades para reducir al mínimo los riesgos individuales, pueden proporcionarse con éxito uno por uno, no es posible que sean sostenibles sin una estructura de salud pública organizada. Más aun, las necesidades de una ciudad, región o nación cambiarán con el transcurso del tiempo. La presencia de una red bien desarrollada de funciones y servicios esenciales de salud pública permite la flexibilidad y el crecimiento de la programación con el correr de los años.

El tema de las funciones esenciales ha recibido atención en muchos países pero solo de manera individual. A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han encabezado actividades conjuntas para facilitar la cooperación y el aprendizaje mutuo. Aunque gran parte del trabajo realizado ha sido genérico para todo el ámbito de la salud pública, también se han emprendido iniciativas para determinar los aportes de profesiones individuales relacionadas con la salud a la actividad general. Por ejemplo, las enfermeras salubristas en los Estados Unidos han logrado especificar en qué forma un mejor ejercicio de la salud pública dentro de la disciplina puede fortalecer la infraestructura de salud pública de una comunidad o nación.²

Muchas enfermeras que están contribuyendo a definir las funciones esenciales no piensan en realidad que lo hacen, ya que están poco familiarizadas con el nuevo lenguaje de la salud pública. Un mayor número de enfermeras podrían convertirse en colaboradores activos de la empresa de salud pública si vieran más claramente cómo la práctica de la enfermería forma parte integral del proceso. El grupo de enfermeras que trabaja tanto en enfermería de salud pública como en funciones esenciales, cree que, si bien gran parte de la formación de la fuerza de trabajo relacionada con las funciones esenciales de salud pública debería hacerse con grupos interdisciplinarios, se justifica prestar especial atención a la enfermería ya que esta profesión cumple funciones claves en materia de salud pública en las Américas. También consideran que las enfermeras necesitan cierta formación profesional concreta y las herramientas que las preparen para el ejercicio profesional interdisciplinario, especialmente porque muchas de ellas no han estudiado a nivel de bachillerato o superior. Para fines de este análisis, se considerará principalmente como enfermeras salubristas a las que han realizado estudios de enfermería superiores al nivel de secundaria, que trabajan en un programa o actividad destinado a la población en un organismo de salud pública oficial o en una entidad contratada por el gobierno. Hay algunas enfermeras que ejercen en otras organizaciones (organizaciones voluntarias de salud, programas no gubernamentales o sistemas de servicios de salud) y que tal vez estén trabajando en el ámbito de la salud pública, pero en esta oportunidad no se incluyen en este análisis.

En el presente documento se examina la teoría actual sobre las funciones esenciales de salud pública y las contribuciones particulares de las enfermeras salubristas a estos servicios en los Estados Miembros de la OPS, basados en la revisión de la bibliografía disponible, los modelos publicados y los estudios de casos referentes al trabajo de enfermería de salud pública en dichos países. Además de describir lo que sucede actualmente, se presentan esferas para la investigación y desarrollo futuros. Estas esferas incluyen cambios potenciales en el ejercicio de la profesión, así como formas en que las enfermeras de los Estados Miembros de la OPS pueden mejorar la educación de enfermería en materia del ejercicio de la salud pública y sus funciones esenciales, además de prestar apoyo continuo al mejoramiento profesional.

2. CONTEXTO HISTÓRICO

Aunque por separado, las diversas actividades de salud pública tienen una larga historia. La organización de los departamentos de salud por jurisdicciones gubernamentales (ciudades, condados, distritos, naciones) empezó realmente en el siglo XIX y se centraba inicialmente en el saneamiento. Al comienzo, se prestó atención sobre todo al abastecimiento de agua potable limpia y a la eliminación inocua de desechos humanos y de otro tipo, en particular en los medios urbanos. Seguidamente, se emprendieron iniciativas para el control de las enfermedades transmisibles por otros medios, tal como la tuberculosis. A medida que se ha avanzado en el conocimiento de los factores determinantes de la salud y de las causas de enfermedad, se han ampliado los esfuerzos en materia de salud pública.³ El interés en el desarrollo de niños sanos se ha traducido en programas de nutrición materno infantil, así como en programas de vacunación y de seguridad del niño. Los programas de seguridad y salud ocupacional se han introducido en una amplia gama de lugares de trabajo. Entre las esferas que recientemente han suscitado interés se encuentran: prevención del cáncer asociado con consumo del tabaco, promoción de la salud mental y reducción de la violencia y el suicidio. La prestación de servicios clínicos a quienes padecen enfermedades concretas tiene mayores probabilidades de asociarse con la salud pública cuando hay pocos servicios de atención médica personal en la comunidad. La salud pública también colabora activamente en caso de desastres naturales o causados por el hombre y vela para que la exposición al riesgo sea limitada y para que los servicios básicos de salud pública se restauren lo más rápido posible.

Hay diversos tipos de organismos oficiales, grupos voluntarios y organizaciones privadas que participan en cierto grado en la salud pública. La mayoría de las comunidades se benefician del interés y la participación de los ciudadanos en la promoción de su propia salud mediante la educación y el cambio de comportamientos. Hasta los programas normativos tradicionales se benefician de la colaboración voluntaria de asociaciones que representan a los que deberán acatar las normas. Este documento se centra principalmente en los organismos gubernamentales que son responsables de la salud de las personas de una comunidad, y principalmente en las enfermeras empleadas directamente o contratadas por esos organismos.

La actividad de salud pública, al igual que cualquier otra actividad, está influenciada por la forma en que se percibe el mundo. La forma de pensar de un trabajador de salud pública hace que su trabajo esté destinado principalmente a grupos o a poblaciones y no a individuos. Por ejemplo, un médico o una enfermera dedicados a la salud pública enfocan la planificación de la vacunación haciéndose la pregunta ¿qué proporción de la gente de este pueblo (o país o vecindario) está vacunada? e identifica los vecindarios o los subgrupos con tasas bajas de vacunación antes de comenzar a preguntar a los niños, uno por uno ¿ya te vacunaron? Esto contrasta con el clínico, cuya reflexión empieza cuando las personas se presentan a solicitar atención médica. Los profesionales de salud pública se preocupan infinitamente de que las personas reciban la atención básica de salud y la atención de urgencia que necesiten. Pero la atención se centra en el establecimiento de sistemas donde las personas puedan estar sanas: agua potable inocua, eliminación sin riesgos de los desechos de todo tipo, suministro de alimentos inocuos y nutritivos, lugares de trabajo seguros, educación sanitaria como parte de la educación básica, etc. Independientemente de la organización de los servicios relacionados

con la salud en un país y de la formación recibida por médicos, enfermeras y otros profesionales afines, a menudo las líneas divisorias entre la salud pública y la atención individual se tornan borrosas a nivel local.

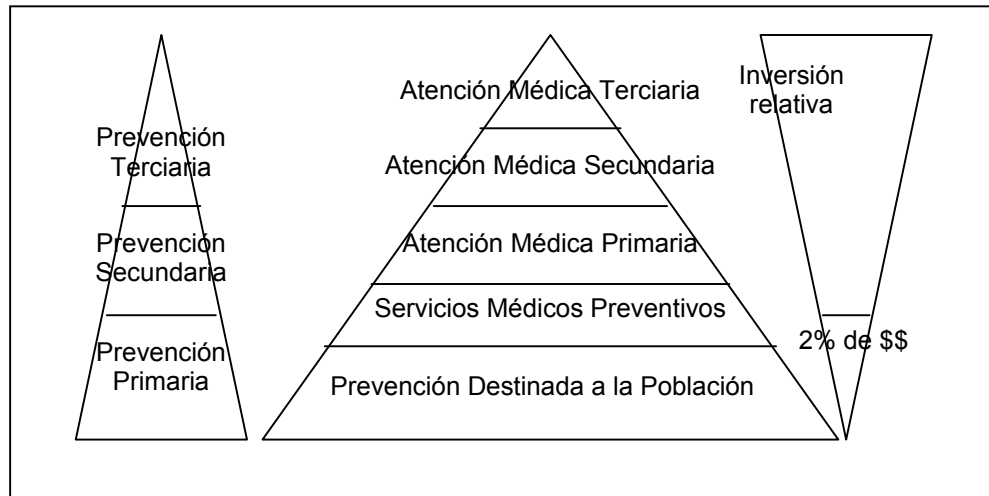
Para ilustrar las diferencias entre la salud pública y los otros aspectos de todo el sistema de servicios de salud suele usarse una pirámide (figura 1). La pirámide central incluye:

- Prevención primaria, o medidas tomadas para prevenir la aparición de enfermedades.
- Prevención secundaria, o medidas tomadas para detectar la enfermedad tempranamente y ofrecer la cura definitiva.
- Prevención terciaria, o medidas tomadas para tratar la enfermedad en curso y limitar sus efectos en el individuo.

Si bien todos estos servicios son importantes para quienes los reciben, los servicios más cercanos a la base de la pirámide tienen una mayor repercusión sobre un mayor número de personas y durante un período más largo que los servicios a nivel secundario o terciario. El estrato denominado “servicios clínicos de prevención” se sitúa entre el nivel primario y el secundario de prevención, o se superpone a la línea que separa estos dos niveles. Este nivel de servicios abarca las medidas destinadas a prevenir las enfermedades (por ejemplo, vacunación) y a las que procuran lograr la detección temprana (por ejemplo, tamizado de la presión arterial o exámenes de la vista). Estos servicios podrían organizarse como servicios dirigidos a la población, tales como jornadas de vacunación a nivel nacional, o incorporarlos a la atención médica primaria personal.

La pirámide de la izquierda es una pirámide de servicios opcionales de salud que abarca lo siguiente:

- Atención primaria, equivalente a la parte básica de la prevención secundaria.
- Atención secundaria, que incluye las partes más complejas de la prevención secundaria
- Atención terciaria, que es la atención especializada de quienes padecen afecciones crónicas o necesitan intervenciones complejas que exigen el uso de alta tecnología.

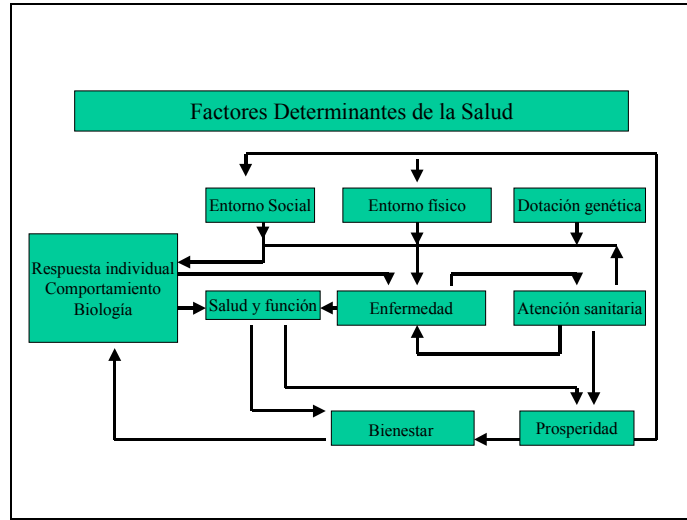
Figura 1. Triángulos de prevención

La pirámide de la derecha ilustra cómo, a nivel mundial, la inversión se hace al revés, ya que la mayoría de los recursos se destinan a las intervenciones después de que las enfermedades han ocurrido y no a los programas que podrían prevenirlas. Aunque la información al alcance dificulta la especificación exacta del nivel del gasto, el cálculo aproximado que se obtuvo (basado en estudios realizados en los Estados Unidos) es revelador. Se ha utilizado un modelo piramidal equivalente para describir el sistema de salud en Guyana.⁴ Éste muestra en la base los puestos de salud y asciende por los centros de salud, los hospitales de distrito y los hospitales regionales, hasta llegar al hospital de referencia nacional.

Otro modelo que se utiliza comúnmente en la reflexión actual sobre salud pública es el de los factores determinantes de la salud⁵ (figura 2). Este modelo, bastante complejo, determina la función que desempeña el entorno físico y social, así como los comportamientos individuales, tanto en la aparición de la enfermedad como en el logro de una sensación de bienestar. Este modelo es muy común entre quienes trabajan en salud pública porque pone de relieve las limitaciones de un modelo basado estrictamente en el agente causal y la enfermedad e identifica un sinnúmero de puntos potenciales de intervención para las medidas de salud pública. Este modelo es compatible con el marco conceptual usado en documentos como el elaborado en un taller de la OPS sobre los pueblos indígenas y la salud⁶ que aún hoy en día se emplea. Por ejemplo, es compatible con la identificación de cuatro prácticas sociales que expresan los esfuerzos de la sociedad en pro de la salud de la población:

- Promoción y fortalecimiento de una cultura de vida y de la salud pública.
- Construcción de entornos sanos y “control” de los riesgos y los trastornos de la salud colectiva.
- Forjamiento de la ciudadanía y la capacidad de participación.
- Atención a las necesidades y exigencias de la población en cuanto a servicios de salud.

Figura 2. modelo basado en los factores determinantes de la salud



3. FUNCIONES CENTRALES Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Si se quiere que los programas estén bien sustentados y se adapten a las necesidades reales, es esencial ir más allá de un enunciado general acerca de la importancia de la salud de la población y elaborar listas más concretas relativas a las funciones o los servicios. El término “funciones esenciales de salud pública” fue introducido en el vocabulario especializado gracias al proyecto que resultó en un informe sobre el futuro de la salud pública elaborado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Las funciones básicas de la salud pública se definieron como evaluación, formulación de políticas y aseguramiento. Los términos han pasado a ser de uso común en las escuelas y muchos otros organismos de salud pública, pero han resultado ser conceptos a tan alto nivel de abstracción que requieren mayor definición.

La Organización Mundial de la Salud utilizó la técnica de investigación Delfos⁷ para identificar las funciones esenciales, es decir, las que previenen las epidemias y la propagación de las enfermedades, las que protegen a la población contra los riesgos ambientales, las que previenen las lesiones y las que promueven el comportamiento favorable a la salud y dan respuesta a los desastres.

Las categorías clave de las funciones esenciales que se consideraron necesarias para cumplir con esta norma son:

- Monitoreo de la situación sanitaria (morbilidad y mortalidad, factores determinantes de la salud, y eficiencia de las funciones de salud pública).
- Protección del medio ambiente (agua potable, calidad e inocuidad de los alimentos, dotación de drenajes, alcantarillado y eliminación de desechos, control de sustancias peligrosas).
- Promoción de la salud (participación de la comunidad en la salud, información y educación para la salud y mejoramiento de la calidad de vida).
- Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles (vacunación, control de epidemias, vigilancia de enfermedades).
- Legislación y regulación en salud pública.
- Salud ocupacional.
- Servicios de salud pública (salud escolar, servicios de emergencia en casos de desastres, servicios de laboratorio).
- Gestión en salud pública (política sanitaria, planificación y gestión, utilización de pruebas científicas, investigación, colaboración internacional).

- Atención sanitaria a las poblaciones vulnerables y de alto riesgo (atención de salud materna, planificación familiar, atención al niño y al recién nacido).

En referencia a estas funciones, no se ha logrado consenso acerca de si debe incluirse la atención individual de pacientes.

La conclusión de la segunda ronda del estudio Delfos fue que la asistencia al enfermo individual debe considerarse una función de salud pública solo cuando la atención aporta beneficios a una población más grande, aunque no se especificó la manera de medir tales "efectos indirectos". Este tema sigue siendo parte del debate en numerosas reuniones sobre salud pública.

La OPS también ha apoyado una iniciativa en curso para determinar las funciones esenciales como un marco de trabajo para la comunicación entre los países. Se trata de la iniciativa "La salud pública en las Américas",⁸ cuyo objetivo es definir y después medir el desempeño de las funciones esenciales de salud pública como base para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado. La OPS describe las funciones esenciales como las condiciones que permiten mejorar los métodos de la salud pública.

El alcance concreto del proyecto abarca:

- Divulgar el significado de la salud pública y las funciones esenciales en las Américas.
- Elaborar un marco de trabajo que permita evaluar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y que además pueda aplicarse a todos los países del continente.
- Evaluar la práctica de la salud pública en cada uno de los países mediante la medición del grado en que se desempeñan allí las funciones esenciales.
- Elaborar un plan continental de acción para fortalecer la infraestructura de salud pública y mejorar su práctica.
- Publicar "La Situación de la Salud Pública en las Américas" en la primera mitad de 2002.

La versión más reciente de las funciones esenciales se presenta en la figura 3. Ésta varía solo levemente con respecto a la que se utiliza comúnmente en los Estados Unidos (*Public Health in America*, anexo C).

Figura 3. Funciones esenciales de salud pública (FESP) según la OPS

Funciones esenciales de salud pública	
FESP 1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
FESP 2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública.
FESP 3	Promoción de la salud.
FESP 4	Participación social en la salud.
FESP 5	Formulación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en salud pública.
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios básicos de salud.
FESP 8	Formación de recursos humanos y capacitación en salud pública.
FESP 9	Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.
FESP 10	Investigación en salud pública.
FESP 11	Reducción de emergencias y desastres en salud, lo que abarca prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación.

Cualquiera de estas funciones puede ampliarse agregando otras especificaciones. Por ejemplo, una descripción más completa de la función esencial 1: monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, en realidad abarca:

- Evaluación actualizada de la situación sanitaria, sus tendencias y factores determinantes en un país dado.
- Identificación de las necesidades de salud de la población, en especial, evaluación de los riesgos y demanda por servicios de salud.
- Gestión de las estadísticas vitales y de la situación concreta de grupos de interés especial.
- Producción de información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud.
- Identificación de recursos provenientes de otros sectores que apoyen la promoción de la salud.

- Creación de tecnología, experiencia y metodología para gestión, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública.
- Creación y consolidación de organismos para que evalúen la calidad de los datos recogidos, además de analizarlos correctamente.

Aunque las funciones esenciales no son en sí mismas programas de salud pública, constituyen la base para crear o mejorar los programas. En la resolución aprobada por el 42avo Consejo Directivo de la OPS que se refiere a las funciones esenciales de salud pública, se expone la forma en que los Estados Miembros de la OPS entienden estas funciones esenciales. Dicha resolución puede consultarse en la página Web de la OPS.

La iniciativa ha avanzado hasta el punto de que se ha creado un instrumento para la evaluación de estas funciones en cada país. En Bolivia, Colombia y Jamaica, se efectuaron estudios piloto con la participación de personal de diferentes niveles de la autoridad sanitaria, académicos y representantes de las asociaciones de profesionales de salud pública. La información sobre los instrumentos actuales se consigue en la página Web de la OPS, que abarca la norma para cada uno de los componentes de las funciones esenciales. La planificación para el mejoramiento de la salud pública puede empezar una vez que cada país haya finalizado su autoevaluación por medio del instrumento común.

4. LA EXPERIENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

La reflexión actual sobre salud pública en los Estados Unidos ha recibido una marcada influencia del informe de 1988 ya mencionado. Dicho documento fue emitido por el Instituto de Medicina (IOM).⁹ Al describir la responsabilidad de la salud pública para crear las condiciones para que las personas sean sanas, el IOM concluyó que era necesario contar con una presencia gubernamental a todos los niveles, con un entorno de política nacional, una organización estatal y servicios orientados y administrados a nivel local. Las tres funciones básicas se han utilizado ampliamente en los círculos de salud pública como una descripción resumida de la salud pública:

- La evaluación abarca todas las actividades en las cuales se recopila y se interpreta la información para comprender la salud de la comunidad en cuestión. Esto debe incluir no solo el estado de salud de los individuos, sino también las amenazas potenciales para la salud provenientes del medio ambiente y los posibles recursos para hacer frente a los asuntos relativos a la salud.
- La formulación de políticas es el proceso por el cual los encargados de adoptar las decisiones, formal o informalmente, determinan la inversión de los recursos (lo que abarca personal y tiempo) en respuesta a la información generada mediante la función de evaluación. Esto incluye sancionar (o decidir no sancionar) leyes de salud pública, crear y financiar (o no hacerlo) programas de salud pública, además de sensibilizar a la opinión pública en asuntos de salud pública.
- La seguridad abarca todas las actividades emprendidas para garantizar que las políticas elegidas se traduzcan en acciones. En algunos casos, puede significar que los organismos de salud pública velen por los programas llevados a cabo en el sector privado y el voluntario; en otras comunidades o áreas programáticas, esto se traducirá en la prestación directa de algún servicio o actividad por el personal del organismo sanitario.

Si bien esta trilogía de términos ha sido muy útil en el seno de la comunidad de salud pública, ha resultado lo suficientemente abstracta como para requerir más explicación y ser útil en el entorno de la práctica de salud pública. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades¹⁰ (CDC) y las organizaciones locales de trabajadores de salud¹¹ produjeron listas más detalladas que las elaboradas por las entidades de salud pública a principios de los años noventa, pero la falta de un vocabulario común creó confusión. Por ese motivo, un grupo que representaba a los líderes de los organismos federales de salud pública y a las principales asociaciones nacionales preparó la declaración mencionada anteriormente, titulada *Public Health in America (PHA)*.¹² Esta declaración incluye la visión general de “personas sanas en comunidades saludables”, un enunciado de misión (promover la salud física y mental y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad) y seis planteamientos sobre las responsabilidades de la salud pública relacionados con el trabajo de la OMS descrito anteriormente, a saber:

- Prevenir las epidemias y la propagación de enfermedades.
- Proteger la salud contra los riesgos ambientales.
- Prevenir las lesiones.
- Promover el comportamiento saludable.
- Responder en caso de desastre y ayudar a las comunidades en su recuperación;
- Velar por la accesibilidad a servicios de salud de calidad.

La declaración estipula además que estas responsabilidades se llevan a cabo al prestar los servicios esenciales de salud pública, o sea, las actividades genéricas de la salud pública. Al igual que las funciones esenciales se describen como condiciones que permiten a los programas de salud pública funcionar mejor, los servicios esenciales se han concebido para combinarse de diversas maneras en la gestión y la ejecución de cualquier programa, ya sea la protección del agua potable o el control de la tuberculosis. Para ilustrar cómo los servicios esenciales identificados amplían la explicación sobre las funciones básicas y se administran en conjunto como parte del sistema de salud pública, a menudo se utiliza el gráfico de la rueda (véase figura 4).

Figura 4. Rueda de salud pública



[de izquierda a derecha –primera sección de la rueda]

Aseguramiento – Evaluación – Formulación de políticas

[segunda sección de la rueda]

Fiscalización – Vínculo con/Prestación de servicios

Velar por fuerza laboral competente – Evaluar – Monitorear salud

Diagnosticar e investigar – Informar, educar, empoderar

Mobilizar alianzas en la comunidad – Formular políticas

[centro de la rueda]

Gestión del sistema – Investigación

Este marco teórico de la salud pública ha influido en varias actividades posteriores en este campo realizadas en los Estados Unidos, entre otras, la formulación de las normas vigentes de desempeño para los sistemas de salud pública¹³ y los objetivos de la infraestructura de salud pública estipulados en *Healthy People 2010*¹⁴ (HP2010). *Healthy People* es la declaración de los Estados Unidos relativa a las metas de salud a nivel nacional, ahora en su tercera versión decenal. En el caso de los objetivos HP2010, la infraestructura de salud pública se define como la información, la fuerza laboral y los sistemas necesarios para prestar los servicios esenciales de salud pública descritos en *La Salud Pública en las Américas*. Esto, además, se utilizó como marco conceptual para la realización de estudios sobre la fuerza laboral y los gastos en los servicios de salud pública.

La Oficina de Práctica de Salud Pública de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EUA, ha emprendido una iniciativa conjunta con las principales asociaciones de salud pública de este país para crear instrumentos que midan el desempeño de los organismos de salud pública, sobre la base de los servicios esenciales estipulados en PHA. Este programa nacional de normas de desempeño de la salud pública tiene como misión mejorar la práctica de la salud pública al proporcionar liderazgo en materia de investigación y desarrollo, así como en la adopción de normas de desempeño fundamentadas en las ciencias. Sus objetivos son el mejoramiento de la calidad y el desempeño, aumentar la responsabilidad administrativa y la base de conocimientos científicos para la práctica de la salud pública. Los esquemas de estos instrumentos pueden utilizarlos los organismos de salud pública de todos los Estados Unidos por conducto de la World Wide Web,¹⁵ se insta a las comunidades a someter a prueba su aplicación. La Asociación Nacional de Funcionarios Sanitarios de Condados y Ciudades también ha preparado una herramienta para facilitar la aplicación de las normas a nivel local. La versión inicial de la herramienta fue genérica para todo el campo de la salud pública; entre las actividades actuales se encuentran la especificación de las normas de desempeño en preparativos para situaciones de emergencia y la respuesta al bioterrorismo, como ejemplos de normas de desempeño de programas concretos.

5. ENFERMERÍA Y SERVICIOS ESENCIALES

Las enfermeras salubristas ya formaban parte del equipo de salud pública a comienzos del siglo XX. Se atribuye a Lillian Wald haber acuñado el término “enfermera sanitarista” como una descripción de las enfermeras que trabajaban para promover la salud y prevenir las enfermedades en grandes concentraciones de inmigrantes pobres en la ciudad de Nueva York. Muy poco tiempo después, las publicaciones que mencionaban a las enfermeras como parte del personal imprescindible para un organismo sanitario las consideraban esenciales. Por ejemplo, en 1922, el comité relativo al ejercicio profesional del Departamento de Salud Municipal, determinó cuál era la fuerza laboral necesaria en un departamento de este tipo que atendía a una población de 100.000 habitantes.¹⁶ Como jefe de cada departamento estaría un oficial de salud, apoyado por un auxiliar administrativo y dos taquígrafos. Las enfermeras se destacaron y se recomendó que 30 de ellas llevaran a cabo las funciones preventivas en salud pública. También se sugirió dotar de más enfermeras a los centros clínicos, a razón de una enfermera por cada 2.000 a 2.500 personas de población atendida. Aunque muy pocos departamentos llegaron a tener el personal necesario, esta proporción muestra la dirección que tomaba la salud pública.

En las Américas, no se conoce la supuesta proporción de enfermeras salubristas con respecto a la población. Sin embargo, la proporción de enfermeras por número de habitantes varía considerablemente, desde el mínimo de 1,7 enfermeras por 10.000 habitantes en Honduras, hasta 98 por 10.000 en Canadá;¹⁷ por ende, es razonable suponer que la proporción de enfermeras salubristas también varía ampliamente. Durante muchos años, las enfermeras de los Gobiernos Miembros de la OPS han colaborado para divulgar la función que desempeñan en la salud pública. Aunque estas actividades son anteriores al trabajo actual sobre las funciones esenciales, son perfectamente compatibles con las actuales. Por ejemplo, la labor de las enfermeras salubristas de las áreas rurales en Chile hacen hincapié en el trabajo en equipo, en el diagnóstico de la situación sanitaria general de una comunidad, en la atención especial a la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, la educación de la comunidad y la coordinación con las instituciones locales.¹⁸ En una reunión celebrada en 1998, el funcionario principal de enfermería de Dominica informó acerca de los debates relacionados con la enfermería de salud pública en las comunidades sanas.¹⁹ Las metas de esta iniciativa para fortalecer las comunidades exigen un modelo de alianza para la promoción de la salud basada en las funciones de salud pública de evaluación, formulación de políticas y aseguramiento. Las enfermeras brasileñas han venido elaborando una clasificación internacional del ejercicio de la enfermería en salud pública, que vincula las prácticas de enfermería de salud pública con una gama de teorías actuales acerca de la práctica de la enfermería y la salud comunitaria.²⁰

Un trabajo realizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia consistió en calcular el número de miembros de la fuerza laboral de salud pública en los Estados Unidos; las aproximadamente 65.000 enfermeras identificadas hasta la fecha surgen como el mayor grupo profesional que trabaja en los organismos de salud pública. Todas las jurisdicciones que figuran en el informe emplean a enfermeras, sin embargo, este estudio no abarcó la descripción exacta de sus responsabilidades. Muchas de ellas son generalistas, es

decir, al menos conocen algo acerca de la amplia gama de la salud y la enfermedad de los seres humanos, así como de los servicios de salud pública, desde la epidemiología pasando por la evaluación. En particular, en las comunidades o los vecindarios pequeños, una enfermera sanitaria quizás sea el único componente visible del sistema de salud pública. Esta enfermera puede manejar muchos de los servicios cotidianos de salud pública y dar una respuesta de salud pública de primera línea en caso de un desastre natural o una epidemia. Estas profesionales no pueden profundizar en ciertos problemas, ya que sus múltiples funciones diarias lo impiden. Por ejemplo, una enfermera puede, en el curso de unos pocos días, pasar de las vacunas para ancianos a la educación prenatal, de la supervisión del tratamiento antituberculoso (DOTS) a labores de consejo y pruebas relacionadas con el VIH, además de interpretar el resumen mensual de las estadísticas vitales /enfermedades de notificación obligatoria para el Estado.

La organización tradicional de las enfermeras en una unidad de enfermería de salud pública separada, está cayendo en desuso debido a que los organismos interesados en resultados programáticos asignan particular importancia a las áreas temáticas, como la salud materno infantil o las vacunas. Los cargos de enfermería de salud pública se están eliminando de los presupuestos y, aunque la investigación ha revelado que las enfermeras son eficaces en el trabajo con madres adolescentes, ancianos y otros, la contribución de la enfermería generalista dentro de las áreas programáticas no se ha descrito adecuadamente a los gerentes de programas o éstos no la han comprendido. Esto quizás se deba a que los indicadores establecidos actualmente para la medición del desempeño en la salud pública no captan la contribución de la enfermería. Las enfermeras salubristas también se encuentran confundidas ante la conclusión de que la atención a las personas tal vez no sea una función esencial de salud pública, como lo es la mayor parte del trabajo de enfermería, aun cuando los programas dirigidos a la población suponen el contacto con el individuo.

En los Estados Unidos varias organizaciones de enfermería han emitido declaraciones para describir la enfermería de salud pública²¹ las cuáles, en general, resultan de la colaboración entre las principales asociaciones nacionales que representan a la enfermería de salud pública, entre otras, la Asociación de Enfermeras Estadounidenses, la Asociación Estadounidense de Salud Pública, la Asociación de Educadores de Enfermería de Salud Comunitaria y la Asociación de Directores Estatales y Territoriales de Enfermería (ASTDN). La declaración más reciente es la de *Scope and Standards of Public Health Nursing Practice* (Alcance y normas para el ejercicio de la enfermería de salud pública),²² que describe a la enfermería de salud pública como la práctica para la promoción y la protección de la salud de las poblaciones utilizando conocimientos tanto de las ciencias de enfermería como de las sociales y las de salud pública. En el Anexo D figura el gráfico de ASTDN, preparado para ilustrar la interrelación del trabajo de enfermería básica con el nuevo modelo de las actividades de salud pública. El gráfico ha resultado eficaz para ayudar a las enfermeras salubristas a comprender cómo se inserta su labor dentro del campo de la salud pública.

En los Estados Unidos, como en cualquier otra parte, el personal de enfermería no cuenta con todas las competencias necesarias para organizar, administrar y prestar los servicios esenciales de salud pública. Ha habido poco acceso a la educación continua, al bachillerato o a los programas de maestría que pudieran seguirse sin descuidar el empleo o los compromisos familiares. Un proyecto²³ de los EUA está definiendo las necesidades en cuanto a educación de

las enfermeras salubristas empleadas actualmente, para así poder instaurar los mecanismos que permitan impartir eficazmente los contenidos educativos necesarios a la tan dispersa fuerza laboral de enfermería.

El trabajo sobre un programa de estudios para las enfermeras salubristas empleadas actualmente²⁴ estipuló como metas que las enfermeras deberían poder:

- Establecer con claridad las diferencias y las similitudes entre la atención individual al paciente y la enfermería dirigida a la población.
- Describir la historia y las perspectivas actuales del ejercicio de la enfermería de salud pública.
- Demostrar aptitudes aplicando conocimientos claves de enfermería a la práctica de salud pública (funciones básicas y servicios esenciales de salud pública) en una comunidad.
- Aplicar principios y destrezas de salud poblacional a su práctica diaria en los organismos de salud pública.
- Utilizar la informática y la tecnología actual de las comunicaciones en toda la práctica de salud pública.
- Divulgar los beneficios de la salud pública y de la enfermería de salud pública.

El programa de estudios propuesto incluye epidemiología; aptitudes para adaptarse al cambio en las organizaciones; evaluación de la situación de salud y del cambio institucional; relación de las personas con las organizaciones; salud ambiental; políticas; negociación, colaboración, comunicación, promoción de la causa; análisis de datos y estadística; economía de la salud; equipos interdisciplinarios; evaluación de programas; formación de coaliciones; principios e intervenciones para la población; política sanitaria; cómo sacarle partido a las diferencias y a la diversidad, y un enfoque para el mejoramiento de la calidad.

Muchos de éstos, son conceptos comunes a todas las disciplinas de salud pública y pueden divulgarse en entornos interdisciplinarios, si los estudiantes están preparados para trabajar en colaboración y respetando tanto las diferencias como las semejanzas. Sin embargo, los modelos interdisciplinarios para la prestación de servicios esenciales de salud pública están mal concebidos y carecen de una comprensión clara de la división del trabajo potencial. Aun más, cuando se aplican, a menudo no funcionan eficazmente debido a la tensión que generan entre las diferentes disciplinas participantes. Los líderes de cinco disciplinas de salud pública de los EUA han preparado un programa básico de estudios que debería entregarse a todos los administradores de salud pública, profesionales de salud ambiental, educadores sanitarios, enfermeras y médicos. Este programa incluye muchos de los temas estipulados en el programa de estudios de enfermería descrito anteriormente, a saber:

- Valores de salud pública y aculturación: conocimientos básicos de salud pública, su historia, sus héroes, sus valores y sus métodos.

- Epidemiología, garantía de la calidad, economía: epidemiología, ciencia evaluativa y conceptos analíticos y su aplicación a la salud pública.
- Informática: el uso de la tecnología para comunicar la información eficazmente.
- Comunicación: principios de comunicación eficaz y la importancia de la comunicación, educación, comercialización y colaboración multidisciplinaria necesarias en la práctica de salud pública.
- Competencia cultural: la importancia fundamental de la competencia cultural en la práctica de salud pública en comunidades heterogéneas.
- Integración de equipos: eficiencia en la formación de equipos de trabajo; principios asociados con organizaciones eficaces y la importancia que estas tienen en la práctica de salud pública.
- Reflexión estratégica y planificación/visión de las herramientas: valores de la reflexión y la visión estratégicas en la práctica de salud pública.
- Defensa de la causa, políticas, formulación de políticas: cómo se formula y cambia una política de salud pública; entender quién formula las políticas, cómo se hace, en que se basan y cómo se implementan.
- Formación y movilización de coaliciones externas: aptitudes necesarias para forjar y mantener las relaciones necesarias con la comunidad.²⁵

Si estos temas se enseñaran realmente a todo el personal clave de salud pública, especialmente a las enfermeras, la prestación de servicios esenciales de salud pública y la calidad de las funciones esenciales de salud pública aumentarían considerablemente.

6. CONCLUSIONES Y LINEAMIENTOS PARA EL FUTURO

La gama de ejemplos de la participación de la enfermería en la salud pública en los países de las Américas es, en verdad, muy amplia. Tal como demostraron los participantes en la conferencia, las enfermeras participan en todas las funciones esenciales descritas por la OPS, sin embargo, estas tareas se conocen bajo otros nombres y se cumplen de manera distinta de un país a otro. En el Brasil, por ejemplo, la enfermería de salud pública se ha concentrado en grupos necesitados de niños, en especial, los de edad escolar, los discapacitados y los aquejados por la hipertensión. En Puerto Rico, Belice y Dominica, las consideraciones son de carácter geográfico, ya que las enfermeras son las principales proveedoras de atención primaria en centros de salud administrados por el gobierno. En Cuba, dada la presencia de médicos, gracias a una importante red de consultorios, la participación de las enfermeras va más allá de los centros de salud, promoviendo la salud de la comunidad en los lugares de trabajo y los vecindarios.

El posible centro de interés de las actividades para aumentar la participación de la enfermería seguramente variará de un país a otro, ya que la cultura, la historia o la política de la organización de los servicios de salud, surgen de bases distintas en cada país. En Canadá, por ejemplo, se incluye un proceso formal de evaluación de las comunidades de la llamada "primera nación" que va más allá de la necesidad de prestación directa de asistencia sanitaria. Se determinaron pocos ejemplos con este nivel de participación en la formulación de políticas, aparte de la supervisión y la evaluación de los servicios prestados.

Las enfermeras que han examinado este tema con más detalle determinaron que sus metas son que todas las enfermeras que trabajan en el ámbito de la salud pública en las Américas, deben ser competentes en las funciones esenciales de salud pública estipuladas por la autoridad sanitaria nacional, regional o local y contribuir eficazmente a lograr las metas sanitarias. Estas enfermeras salubristas deben recibir el apoyo de todos sus colegas de enfermería, quienes deberían tener al menos una orientación básica en salud pública. Para que esto pueda ocurrir, las enfermeras salubristas que cumplen funciones de liderazgo (las que trabajan en ministerios de salud a nivel nacional, regional/provincial o municipal/distrital como administradoras, gerentes o consultoras técnicas superiores) en los Estados Miembros de la OPS estarán capacitadas para insertar las contribuciones de la enfermería en las funciones esenciales de salud pública y contribuir activamente con los equipos multidisciplinarios de salud pública. Por lo tanto, será necesario que todos los educadores de enfermería de salud pública (profesorado en cualquier programa de educación superior en enfermería) sean competentes en la enseñanza de las funciones de salud pública y las funciones esenciales de enfermería para alcanzar las metas de salud pública.

En Dominica, las enfermeras dirigieron el proceso de reuniones de consulta con la comunidad para elaborar un plan de salud quinquenal. En este proceso, se consolidaron la función de la educación sanitaria y la coordinación con grupos de la comunidad para poner en práctica esos planes y, como parte de las tareas de las enfermeras de atención primaria, se llevó a cabo la promoción de un plan para aumentar los niveles de vacunación.

Las enfermeras de Belice ya daban asesoramiento constante a las comunidades como parte de sus funciones de directoras de los programas de salud rural. Recientemente, han emprendido actividades para la promoción de la educación sanitaria mediante la selección (entre los residentes de la comunidad) y supervisión de auxiliares de salud comunitaria. Una mayor responsabilidad en sus tareas de supervisión ha creado la necesidad de mejorar las aptitudes de las enfermeras; esto motivó la elaboración de un programa educativo de enfermería a nivel universitario en el país.

En Colombia, donde la educación universitaria ha sido la norma por muchos años, las enfermeras han encabezado las iniciativas para reducir la violencia y atender las necesidades humanitarias entre las poblaciones afectadas por el conflicto militar del país. Las enfermeras están en cargos de liderazgo de políticas en las universidades y en el ministerio de salud.

En México, aunque solo 7% de las enfermeras poseen formación especializada en salud pública, recientemente han entrado al campo de la investigación sobre salud de la comunidad. De esta forma, están ayudando a reorganizar los programas de salud pública del gobierno, especialmente al programa de salud rural, mediante una herramienta de evaluación de salud de la comunidad, basada en la investigación.

En Puerto Rico, las enfermeras están dirigiendo con éxito programas en materia de salud de la mujer y vacunación, que abarcan toda la isla.

En Cuba, las enfermeras están presentes en cada equipo de salud comunitaria y dan cobertura a casi toda la población. La formación en salud pública y la integración de las actividades curativas con las de salud pública son avanzadas, predominando los estudios universitarios y de postgrado entre las enfermeras. En Canadá y los Estados Unidos, es común que las enfermeras con estudios de postgrado dirijan centros de salud situados en remotas zonas rurales en las cuales se encuentran poblaciones indígenas y migratorias, o centros que atienden a las comunidades pobres de las zonas urbanas.

En general, las enfermeras de las Américas han participado más y con mayor eficacia en los aspectos de la salud pública que se realizan durante el contacto directo, cara a cara con el cliente y los miembros de la comunidad. Por lo tanto, independientemente de que presten servicios curativos en los hospitales o como funcionarias distritales, las enfermeras están acostumbradas, y se les acepta desempeñar las funciones de educación de los pacientes, fomentar conductas saludables, trabajar con grupos comunitarios, promocionar acuerdos entre esos grupos y organizar las principales actividades de salud preventiva. En otras palabras, las funciones de las enfermeras salubristas están concentradas tanto en el aseguramiento (mediante la prestación directa de atención y preparación de una fuerza laboral competente) como en la evaluación (mediante la participación en el monitoreo y el diagnóstico). Sin embargo, el papel de las enfermeras en las funciones de formulación de políticas está menos desarrollado. En efecto, lo que caracteriza a la función de enfermería en todas las sociedades es la identificación cercana, la comprensión y la confianza de las enfermeras con sus clientes. Las enfermeras tal vez tengan menos distancia social con respecto a sus clientes que los médicos u otras autoridades. Su capacidad para comunicarse y sus aptitudes para entender los aspectos culturales están generalmente muy desarrolladas.

Estas aptitudes facilitan tanto la prestación de servicios de salud individuales como las funciones de salud pública dirigidas a la población. Una enfermera puede participar en ambas actividades con individuos o grupos. Estas funciones de las enfermeras han resultado particularmente difíciles de separar y especificar, lo que hace que la contribución de la enfermería a la salud y a la asistencia sanitaria sea difícil de determinar.

La naturaleza integrada de las contribuciones de las enfermeras, es aun más difícil de especificar en el ámbito de los servicios esenciales de salud pública, y nos lleva directamente al debate sobre los puntos de contacto entre las actividades individuales y las dirigidas a la población en la esfera de la salud pública.

¿Cumple una enfermera de un centro de salud que diagnostica y trata a un niño intoxicado por plomo proveniente de una fábrica local de baterías con una función de salud pública? ¿Está ejerciendo funciones de salud pública una enfermera que llama la atención de los médicos para que detecten y documenten la violencia en el hogar entre las mujeres que acuden a las salas de urgencias? Según el consenso actual, estas labores solo serán consideradas funciones de salud pública si conducen a actividades destinadas a grupos de pacientes, a la modificación de políticas públicas, a la educación preventiva, o al diseño de campañas de prevención. No obstante, las medidas que tome la enfermera al determinar la fuente de contaminación ambiental, o los sucesos fundamentales que conducen a la violencia en el hogar respecto a un paciente determinado, son esenciales para que las otras medidas, destinadas a un grupo, puedan adoptarse con éxito. En realidad, la respuesta es sí a ambas preguntas, porque cualquier actividad puede tener repercusión directa en el individuo y, además, estar inscrita en un marco concebido para mejorar la salud general de la comunidad.

Es evidente que la función de la enfermera supone un proceso continuo, donde los servicios de salud individuales proporcionan el contacto necesario para la evaluación y el establecimiento de la confianza, a objeto de que ocurra luego una actividad más amplia de salud pública. El reembolso de los servicios de salud individuales y la formación de las enfermeras para trabajar en atención de salud curativa, ha opacado las funciones de salud pública de éstas en todo el sistema de salud. Las funciones de las escuelas de enfermería, hasta ahora basadas en la formación en salud curativa y dirigida a la atención individual, tendrán como tarea fundamental aclarar, especificar y promover las funciones esenciales de salud pública que siempre han estado presentes en el trabajo de las enfermeras.

Compete a las escuelas de enfermería tener un papel especial en la promoción de la educación en aspectos más cuantitativos de las funciones esenciales de salud pública. A lo largo de su historia, la formación de enfermería ha puesto de relieve la atención curativa en la educación de las enfermeras para el trabajo en los hospitales, pero las enfermeras en toda América son cada vez más importantes para la atención primaria, la salud comunitaria y otras funciones no hospitalarias. Al pasar de la esfera del paciente individual a las tareas relacionadas con la población y la acción comunitaria, sus aptitudes para recopilar, analizar y presentar datos serán de suma importancia. Se necesitan cursos en las escuelas de enfermería para desarrollar estas aptitudes cuantitativas que abarquen temas como la epidemiología, la economía, la evaluación de las comunidades y la informática. Sin embargo, hoy en día hasta el profesorado de enfermería tiene que ser capacitado en estos temas; por consiguiente, deberá prestarse particular atención a esta situación en los años venideros.

Los otros temas de estudio relacionados con las funciones esenciales de salud pública también son vitales, pero ya se encuentran presentes en mayor o menor grado en los programas de estudios en toda América. La presentación de la comunicación, la competencia cultural y las funciones interdisciplinarias al trabajar con grupos vulnerables generalmente son fuertes. En muchos países, las enfermeras se consideran como los miembros más competentes de los equipos de salud en estas esferas. Muchas de estas aptitudes se aprenden en el enfoque a los pacientes individuales, no obstante, muchas enfermeras participan en la atención a grupos de personas, bien sea como apoyo a grupos con enfermedades crónicas o en los programas dirigidos a las comunidades, como en el caso de las vacunas. Las aptitudes tradicionales en las esferas de promoción de la salud para los pacientes individuales deben revisarse para que también traten explícitamente la promoción de la salud a nivel de la comunidad.

Las aptitudes de las enfermeras en materia de planificación estratégica, formulación de políticas, promoción de la causa de la salud pública y formación de coaliciones ya están presentes en algunos de países, pero tienen que reforzarse para modificar su papel allí. Estas aptitudes y las cuantitativas mencionadas anteriormente están, con pocas excepciones, ausentes de los programas de estudios en las escuelas de enfermería.

Se ha dicho desde hace algún tiempo que, para mejorar las especificaciones de las funciones esenciales de salud pública, se requieren herramientas de medición. Una versión de estas herramientas se ha elaborado recientemente bajo el nombre de "Instrumentos para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública".

Dada la función clave de las instituciones educativas para determinar y promover la participación de la enfermería en la salud pública, se propone que se realice una actividad similar para la creación de herramientas destinadas a la evaluación de la capacidad y las iniciativas de las escuelas de enfermería en materia de preparación de estudiantes que participarán en la salud pública. Tales herramientas de diagnóstico podrían ser un extraordinario catalizador que ayudaría a las escuelas a identificar sus puntos fuertes, corregir sus puntos débiles y hacer que las funciones de enfermería para las cuales se están capacitando, y las funciones esenciales de salud pública que están enseñando, sean aun más explícitas. Éstas deben organizarse como una herramienta de autoevaluación, así las escuelas podrán dirigir sus propias actividades de reforma. Las organizaciones interescolares tendrán que participar de un modo u otro, por ejemplo, en el fortalecimiento del contenido sobre salud pública en los exámenes regionales para el otorgamiento de licencias, lo cual en el Caribe, ha sido un gran estímulo para la reforma de los programas de estudio en años recientes. Esta herramienta también podría ayudar a los gobiernos que apoyan la educación de enfermería a invertir más directamente en las funciones de salud pública, que serán necesarias como resultado de las reformas en la atención de salud.

Las ponencias de los países en la conferencia indicaron que en algunos de ellos, las enfermeras están preparadas para las funciones de gestión y coordinación de los servicios de salud, mientras que en otros, el modelo a seguir es el ejercicio de las funciones curativas en los centros de servicios de salud clínicos. Algunas de estas diferencias provienen de las situaciones dispares de los países americanos. En lugares donde el adiestramiento y los empleos para los médicos son escasos debido al pequeño número de habitantes (por ejemplo, Trinidad) o donde

la población está muy dispersa (por ejemplo, al norte de Canadá), o carece de recursos económicos (por ejemplo, zonas urbanas pobres de los Estados Unidos), las enfermeras son, a menudo, tanto administradoras como proveedoras de servicios de salud. La rapidez relativa para formar y emplear a las enfermeras en comparación con el tiempo que se necesita para formar a los médicos, a menudo hace que aquellas sean la punta de lanza de las iniciativas para mejorar la equidad en los servicios de salud.

Independientemente de las importantes variaciones en la proporción enfermeras/médicos o de las funciones que unas y otros cumplen en cada país, la integración de ambos grupos profesionales a los sistemas de salud continúa siendo un problema en América. En todo el continente, la formación y el ejercicio profesional de los médicos y las enfermeras ha ocurrido más a menudo en forma paralela y no en una combinación eficaz, esto ha dado lugar a una colaboración muy limitada y a la superposición y confusión de las funciones. Se necesitan proyectos capaces de examinar las funciones de los médicos y las enfermeras con respecto a las funciones esenciales de salud pública, especialmente donde se considera necesaria la colaboración interdisciplinaria. De igual manera, es necesario realizar estudios de casos mejor estructurados y comparativos de los programas donde las enfermeras encabezan las actividades de salud pública en las Américas. Tales programas existen en toda la Región bajo el patrocinio de las instituciones educativas, servicios de salud financiados por la seguridad social, instituciones regionales de investigación y organismos regionales de salud. Sus funciones de salud pública suelen ser menos evidentes que sus funciones curativas. La participación de la OPS en los estudios de caso utilizando las herramientas necesarias para el monitoreo de las actividades de salud pública serán claves para extraer de las experiencias locales, beneficios para todo el continente.

La OPS puede hacer mucho para fortalecer la función de las enfermeras en la esfera de la salud pública. La Organización puede promover y divulgar la elaboración de programas de estudio en el ámbito de la salud pública, además de propiciar la integración de aspectos curriculares y programas de adiestramiento entre los distintos países. Puede también promover la investigación de las actividades de las enfermeras en diversos ámbitos como un estímulo para la reforma de los programas de estudio. Como punto de partida, la OPS debe considerar la conveniencia de obtener mayor información acerca de la composición y distribución específica de la fuerza laboral de enfermería de salud pública. El liderazgo de la OPS también puede aplicarse eficazmente para crear, modificar y aplicar las herramientas de medición a los estudios de monitoreo descritos anteriormente y puede ayudar a dirigir la investigación hacia las preguntas pertinentes y hacia una mayor divulgación de los resultados, para así promover el monitoreo y el avance educativos necesarios para que la investigación se convierta en práctica. La investigación no siempre incide directamente sobre la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bettcher, D.W., S. Sapirie, E.H. T. Goon. 1998. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Statistical Quarterly*, 51: 44-55.
2. Association of State and Territorial Directors of Public Health Nursing. 2000. *Public Health Nursing: a partner for healthy populations*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
3. Amick, B.C., S. Levine, A.R. Tarlov, D.C. Walsh. 1995. *Societies and Health*. New York: Oxford University Press.
4. Noel, G. 2001. The challenge of nursing in Guyana. *Nursing Science Quarterly*, 14: 69-74.
5. Evans, R.G., Stoddard, G.L. 1990. Producing health, consuming health care, *Social Science and Medicine* 31:1359.
6. Stout MD, Coloma, C. 1993. *Indigenous peoples and health*. Pan American Health Organization.
7. Bettcher et al, op cit.
8. Pan American Health Organization. 2000. *Essential public health functions*. 126th Session of the Executive Committee, Washington, DC, June 26-30.
9. Institute of Medicine. 1988. *The Future of public health*. Washington, DC: National Academy Press.
10. Turnock, B.J., A. Handler, W.W. Dyal, G. Christenson, E.H Vaughn, L. Rowitz, J. W. Munson, T. Balderson, T.B. Richards. 1994. Implementing and assessing organizational practices in local health departments. *Public Health Reports* 109 (4): 478-484.
11. National Association of County Health Officials. 1994. *Blueprint for a healthy community: a guide to local health departments*. Washington, DC: NACHO.
12. Public Health Functions Project. 1994. *Public health in America*. (World Wide Web), Available from <http://web.health.gov/phfunctions>.
13. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *National Public Health Performance Standards Project*. <http://www.phppo.cdc.gov/dphs/nphpsp/>

14. U.S. Department of Health and Human Services. 2000. *Healthy People 2010*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
15. *Public Health in America*. 1994. (World Wide Web) Available from <http://www.phppo.cdc.gov/dphs/nphpsp/>.
16. Anonymous. 1922. An ideal health department for a city of 100.000 population. *American Journal of Public Health*, 12 (11): 891-907.
17. Land, S. 1998. Community nursing in Latin America and the Caribbean. *Home health care management and practice* 11(1): (1-9).
18. Ringeling, I, G. Herrera. 1992. Chile's rural nurses. *World Health* Sept-Oct: 8-9.
19. Jacob, J. 1998 *Report of meeting of the metropolitan Washington public health annual conference and public health nursing forum III*. Washington, DC: PAHO.
20. Albarracin, D.G.E., C. S. Bacon. 1999. *International classification of nursing practices in collective health in Brazil (CIPEC/Brazil)*. Brasilia: Brazilian Association of Nurses.
21. American Nurses Association. 1986. *Standards of community health nursing practice*. Washington, DC. (Pub# CH-2).
22. American Nurses Association. 1999. *Scope and standards of public health nursing practice* Washington, DC: (Pub# 9910PH).
23. Gebbie, K.M. and R. T. Rice. 1998. *Toward a practical curriculum for currently employed public health nurses*. New York: Columbia University School of Nursing.
24. Gebbie, K.M. and I. Hwang. 2000. Preparing currently employed public health nurses for changes in the health system. *American Journal of Public Health* 90:5 (716-21).
25. Gebbie, Kristine. 1999. The public health workforce: key to public health infrastructure. *American Journal of Public Health* 89:5 (660-1).

ANEXO A: AGENDA

LA ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Reunión co-patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad de Columbia, Escuela de Enfermería, del 13 al 14 de julio de 2000 en la ciudad de Nueva York.

13 de julio de 2000

9:00 a.m.	Ceremonia inicial	Richard Garfield, DrPH, RN
	Sumario de la conferencia	Sandra Land, Ph.D.
9:15 a.m.	Presentación de los participantes	Todos
10:00 a.m.	Iniciativa Funciones Esenciales de Salud Pública de la OPS.	Dr. José Luis Zeballos
10:30 a.m.	Funciones Esenciales y Enfermería	Kristine Gebbie, DrPH, RN
11:15 a.m.	Discusión de grupo: Claridad de conceptos	Todos
12:45 PM	Resumen de las discusiones	Dr. Richard Garfield y Dra. Kristine Gebbie
1:00 p.m.	Almuerzo y visita al Campus Médico	
3:00 p.m.	Bienvenida de la Escuela de Enfermería	Mary Mundinger, DrPH, RN, Dean
3:15 p.m.	Discusiones de grupo: ¿Cuáles son los temas claves para enfermería en las funciones esenciales?	Todos
5:00 p.m.	Informe de las discusiones	Todos
6:00 p.m.	Cierre	

14 de julio de 2000

9:00 a.m.	Análisis del propósito de la reunión y su progreso	Dr. Sandra Land
9:15 a.m.	Sumario de los estudios de caso	Todos
11:15 a.m.	Discusión: Aplicación de las funciones esenciales a los estudios de caso.	Todos
1:00 p.m.	Almuerzo	
2:30 p.m.	Discusión: ¿qué debe incluirse en el informe?	Todos
4:00 p.m.	Estudios de Caso: modificaciones y desarrollo	Todos
5:00 p.m.	Instrucciones de seguimiento	Dr. Richard Garfield
5:30 p.m.	Cierre	

15 de julio de 2000

9:00 a.m.	Continuación del trabajo de estudios de caso	Todos
12:00 mediodía	Cierre	

ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES

Bood Allen, Malva (Belice)	PO Box 273 Belize City, Belize	501-2-77176/77170 501-2-72234/77255 Fax	mboodallen@yahoo.com
Capistran-Ocampo, Berta (México)	Fresno 77 Teopanzolco Cuernavaca Morelos México	01-73-151517 Home 01-73-293090 Work	bcapistr@insp3.insp.mx
Carpio, Barbara (Canadá)	Faculty of Health Sciences McMaster University 1200 Main St W RM 3N25B Hamilton Ontario Canadá L7L4B2	905525-9140 x-22607 905-521-8834 Fax	carpio@fhs.csu.McMaster.CA
Feliu, Belkis (Cuba)	Dirección Nacional de Enfermería Ministerio de Salud Pública Calle 23 \ L y M, Vedado 10400 Ciudad Habana, Cuba	537-553401	direnf@infomed.sld.cu
Frioux, Toni	Oklahoma Department of Health 1000 NE 10 th Street Oklahoma City, OK 73117-1299	405-271-5183 405-271-1897 Fax	tonif@health.state.ok.us
Garfield, Dr. Richard	Columbia University School of Nursing 630 West 168 Street GB 6 New York, NY 10032	212-305-3248 212-305-6937 Fax	rmg3@columbia.edu
Gebbie, Dr. Kristine	Columbia University School of Nursing 630 West 168 Street GB 6 New York, NY 10032	212-302-1794 212-305-0722 Fax	kmg24@columbia.edu
Jacob, Jean (Dominica)	Ministry of Health Government Headquarters Roseau, Dominica	767-448-7559 767-448-6086 Fax	minhealth@cwdom.dm
Kelley, Gail	310 Clascock ST Raleigh, NC 27604	919-733-2040 919-733-1800 Fax	gail.kelley@ncmail.net
Land, Dr. Sandra (OPS)	OPS 525 23 ST NW Washington, D.C. 20037	202-974-3214 202-974-3641 Fax	landsand@paho.org
Otero-Medina, Nitza, (Puerto Rico)	Departamento de Salud División Madres, Niños, y Adolescentes PO Box 70184 San Juan, Puerto Rico 00936	787-274-5682	nimedina@salud.gov.pr
Pimentel, Gisela (Perú)	OPS Los Cedros 269 San Isidro Lima Perú	51-421-3030	gpimente@per.ops.oms.org
Velez Arango, Alba Lucia (Colombia)	Carrera 24 A No. 56-68 OF Carrera 25 + 48-57 Manizales, Colombia	57-68-811615 57-68-813494 Telefax	albalu@col2.telecom.com.co

Zeballos, José Luis (OPS)	OPS 525 23 ST NW Washington, D.C. 20037	202-974-3215 202-974-3641 Fax	zeballoj@paho.org
------------------------------	---	----------------------------------	-------------------

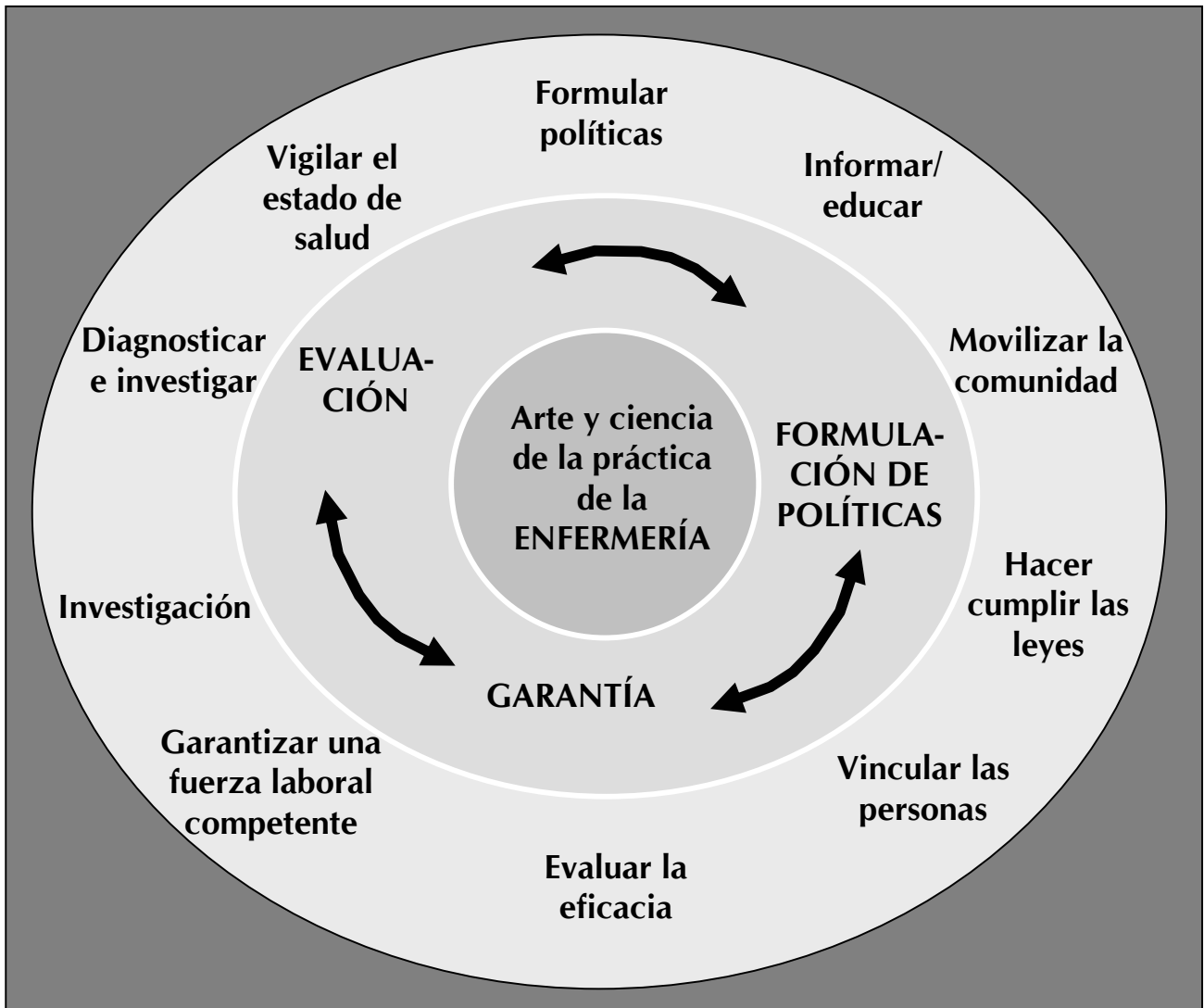
ANEXO C: SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA

Visión Personas sanas en Comunidades Sanas
Misión Promover la Salud Física y Mental y Prevenir las Enfermedades, Daños y Discapacidades
Salud Pública Prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades Protección contra los daños ambientales Prevención de daños Promoción y fomento de conductas saludables Respuesta a los desastres y asistencia a las comunidades damnificadas Aseguramiento de la calidad y accesibilidad a los servicios de salud
Funciones Esenciales de Salud Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad Información, educación, y empoderamiento de las personas en temas de salud Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no están disponibles Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud Evaluación de eficacia, accesibilidad, y calidad de los servicios de salud individual y colectivos Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud

Adoptada: Otoño 1994, Fuente: Comité Directivo de Funciones de Salud Pública, Miembros (julio 1995): Asociación de Salud Pública • Asociación de Escuelas de Salud Pública • Asociación de Oficiales de Salud Estatales y Territoriales • Consejo Ambiental de los Estados • Asociación Nacional de Oficiales de Salud del Condado y de la Ciudad • Asociación Nacional de Directores de Abuso del Alcohol y Drogas • Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental • Fundación de Salud Pública • Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América • Agencia de Investigación y de Políticas de Atención de Salud • Centros para el Control y Prevención de Enfermedad • Administración de Drogas y Alimentos •

Administración de Servicios y Recursos de Salud • Servicios de Salud Indígena • Instituto Nacional de Salud • Oficina del Vice-Secretario de Salud • Administración de Servicios de Abuso de Sustancia y Salud Mental.

**ANEXO D: MODELO DE PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA
DE SALUD PÚBLICA DE ASTDN**



Fuente: ASTDN