

FUNCIONES DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN SERVICIOS INTEGRALES DE SALUBRIDAD, URBANOS Y RURALES* †

DR. ROBERTO ACOSTA BAYARDO

Jefe de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Nayarit, México

Se me decía en la atenta invitación recibida para sustentar plática en este seminario de enfermería, que de éste se obtendrían las conclusiones sobre la solución de los problemas de enfermería, especialmente los que se refieren a preparación técnica, a demanda, calidad del personal, etc., que son necesarias en México y en los países latinoamericanos, de acuerdo con las nuevas orientaciones, recursos e idiosincrasia de los países.

Cito lo anterior para tener una oportunidad más de ratificar mi aserto de que para proyectos de esa índole, el elemento inestimable e indispensable lo constituye la enfermera, tanto en unidad como en pluralidad considerada, y que a ese reconocimiento va aparejada la comunidad de ideales de los médicos sanitarios que represento. Ya colocados en esta tesitura sírvanse ustedes escuchar el relato sencillo de nuestras ideas, nuestros programas y nuestras realizaciones.

Casi todos somos trabajadores desde la época en que la enfermera y el médico sanitario tenían que realizar su labor, quisieranlo o no, con tintes de misioneros en cruzada pro higiene y salubridad públicas. De esa época ardua de abrir surcos datan las enseñanzas más difíciles de comprender, pero también las más remunerativas. Pronto aprendimos que, como en tantos otros fenómenos sociales, las características de lucha, competencia y superación eran indispensables en el elemento base: la enfermera. Entonces se plantearon las siguientes cuestiones:

- a) De dónde y cómo la obtendríamos.
- b) Cómo y dónde la prepararíamos.

* Trabajo presentado en el Seminario de Educación de Enfermería celebrado en Zimapán, Hidalgo, México, del 3 de noviembre al 14 de diciembre, 1954.

† Manuscrito recibido en diciembre de 1955.

- c) Con qué y cómo la dotaríamos para su trabajo, y
- d) Qué estaríamos en condiciones de esperar entonces, como rendimiento mínimo normal.

Fué el Dr. José Joaquín Herrera, quien encontró la solución de las dos primeras cuestiones y lo que es más meritorio, llevó a la práctica las soluciones pertinentes. Ideó ofrecer una beca en cada uno de los 18 municipios a la joven mejor calificada al terminar su instrucción primaria superior. De la vocación hacia la enfermería no se preocupaba grandemente, porque afirmaba que la mujer posee junto a su instinto maternal una innata tendencia a ser magnífica enfermera. De ahí pasó a los Ayuntamientos a obtener que gravaran con un 5% cierto tipo de impuestos fijos. De lo anterior al establecimiento, hace 15 años, de la Escuela Estatal de Enfermería, fué un paso obligado. Elaboró programas educativos e integró la planilla docente con los médicos sanitarios y hospitalarios para que atendieran los aspectos teóricos de la enseñanza, y organizó un sistema de trabajos de campo y de prácticas por el cual las educandas deberían pasar forzosamente por todas y cada una de las dependencias de la unidad sanitaria y del hospital. Hasta 1944 el plan de estudios comprendía dos años; a partir de 1945 se implantó de tres, y desde el año en curso se exige como requisito esencial la educación secundaria. A la fecha doce generaciones de enfermeras han salido de sus aulas, ocupan el 90% de las plazas de la Coordinación y trabajan satisfactoriamente en los municipios de que proceden, con las ventajas de conocer el medio y a sus habitantes, e incluso con lazos afectivos al terruño y a sus pobladores.

En resumen; en estos dos primeros

aspectos debe estimarse como un progreso evidente el establecimiento de escuelas regionales de enfermería, y si bien se consideran como centros de primeras letras y primeras armas en materia sanitario-asistencial, no se deja de considerar la conveniencia de enviar a las graduadas a cursos de especialización para así capacitarlas mejor para el ejercicio de sus funciones.

El programa actual vigente comprende:

Primer año

Inglés
Prácticas y trabajos de campo
Primer curso de higiene y administración sanitaria
Taquimecanografía
Física y química
Anatomía y fisiología
Economía doméstica
Cultura física

Segundo año

Inglés
Enfermería hospitalaria y administración de hospitales
Prácticas y trabajos de campo
Segundo curso de higiene y administración sanitaria
Taquimecanografía
Patología médica y quirúrgica
Economía doméstica
Trabajo social, psicología y ética
Cultura física

Tercer año

Técnica quirúrgica
Inglés
Lengua castellana y pedagogía
Obstetricia
Prácticas y trabajos de campo
Matemáticas y bioestadística
Economía doméstica
Patología infantil y puericultura
Dietología
Inmunología y epidemiología de las enfermedades transmisibles
Cultura física

En referencia a la tercera cuestión acerca de con qué y cómo las dotaríamos para su trabajo, debemos señalar que años ha, al planear con miras más amplias y definitivas las cuestiones sanitario-asistenciales, dos

considerandos condicionaron nuestra conducta:

(1) Las actividades sanitario-asistenciales debieran encaminarse a prevenir, a curar, a educar, a preparar pedagógicamente al personal para su trabajo y, en un sentido social lo más amplio posible, en las disciplinas de investigación científica para lo que respecta a los estados de salud y de enfermedad de los seres humanos. Con las anteriores premisas teníamos en mente el principio fundamental de la Organización Mundial de la Salud, que afirma: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o de enfermedades".

El segundo considerando lo constituía el imperativo económico, por lo precario de los fondos habitualmente disponibles, que nos incapacitaban, tan siquiera a soñar, en contar con dualidad de edificios, equipos, mobiliarios, personal y presupuestos de sostenimiento para los dos aspectos básicos de asistencia social con fines curativos y de higiene y medicina preventiva, más los coadyuvantes indispensables de carácter social más complejo, como trabajo social, educación higiénica, capacitación, etc. Obvio resultó entonces que lo aconsejable era la fusión de los servicios de salubridad y asistencia pública de nuestro pueblo.

Pues bien, necesitábamos contar con centros de salud adecuados, y nos es satisfactorio decir que el de Tepic es el engarce final de una serie de eslabones de la cadena de institutos sanitario-asistenciales que cubre satisfactoriamente el Estado y que comprende los establecidos en Amatlán de Cañas, Ixtlán, Compostela, Tuxpan, Teacuala y Acajoneta, con centros de salud que, a su vez, cuentan cada uno con unidad sanitaria y hospital rural, además el de Santiago Ixcuintla con unidad sanitaria y hospital regional y que culmina ahora con el centro de salud más importante, que es el de Tepic y que comprende el Hospital Central, la Unidad Sanitaria Tipo y la Escuela de Enfermería "Dr. José Joaquín Herrera". El programa sanitario-asistencial conjunto que rige en

Nayarit se completa con el último citado, desde el punto de vista de construcciones materiales, puesto que en lo que se refiere a funcionamiento están con de tres a cinco años los de Tecuala, Acaponeta, Tuxpan, Compostela y Santiago Ixcuintla, y con uno y dos años los de Amatlán de Cañas e Ixtlán. Así es, que éste es un programa estatal en pleno funcionamiento y de planeación y ejecución exclusivamente nayaritas.

Con cinco años de experiencia en este programa podemos afirmar que, para el medio rural y pequeñas ciudades, constituye todo un acierto; incluso con el reconocimiento de que en algunos lugares y en ciertos renglones de trabajo lejos estamos de haber obtenido lo esperado; sin embargo, eso es más achacable a lo que sucede con la palma coquera de nuestras costas, que si es atendida en forma debida rinde fruto normal y abundante a los cuatro años, y si no lo es, el fruto tarda uno o dos años más.

Con firme llaneza hemos establecido la bondad de nuestro programa, y esa opinión que probablemente puede tacharse de unilateral la vamos a apoyar con hechos, hechos de fácil y tangible corroboración. (1) Como los centros de salud cuentan con el equipo elemental tienen pequeño laboratorio, gabinete de rayos X y elementos de esterilización y asepsia, etc., que lo mismo son utilizados para labores netamente sanitarias que para fines de investigación paraclínica y de atención asistencial. (2) En referencia a higiene pre y postnatal, más se ha logrado en dos años con estos centros de salud que en quince anteriores de pláticas de preparación y educación higiénicas a parteras empíricas. Es natural que esas parteras típicamente llamadas "rinconeras" hayan desaparecido cuando se ha puesto a disposición de gestantes y parturientas verdaderos servicios de higiene prenatal y de atención sanatorial completa en el desenlace, sin costo alguno a las indigentes, y a las demás mediante una pequeña cuota de recuperación. Natural resulta que las complicaciones postpartum, el tétanos umbilical y las oftalmías vayan desapareciendo

de esos lugares. (3) El público en general justiprecia con mayor facilidad y rapidez los servicios de tipo asistencial que recibe; sin embargo, ahora que los obtiene en forma conjunta con los de prevención y de educación higiénica, que en general son de rendimiento más tardío, se ha logrado una mejoría en la estimación de estos últimos, mejoría demostrable con las aportaciones espontáneas de fuentes privadas, de un monto considerable, y que han sido ofrecidas por los donantes para equipar debidamente esos centros.

En cuanto a la última cuestión acerca de qué estaríamos en condiciones de esperar entonces como rendimiento mínimo normal, nos coloca en situación de tocar un poco más directamente el tema de "Funciones de Enfermería y Obstetricia en Servicios Integrales de Salubridad, Urbanos y Rurales". Para ambos aspectos quizá nos convendría exponer nuestro programa, que comprende: (1) Orientación general; (2) Recursos; (3) Demanda de personal de enfermería—Características cualitativas y cuantitativas.

Orientación general: Nuestros objetivos conjuntos implican una verdadera coordinación de labores en todo aquello en lo que la unidad de institutos y equipo establece interdependencia sanitario-asistencial; quedando un margen amplio de respectivas autonomías en lo que por naturaleza propia no hay la menor interferencia. Además, las prestaciones sanitarias y asistenciales deben tener una fuerte característica familiar, y al decirlo, no nos referimos exclusivamente al núcleo demográfico a trabajar de preferencia, sino a que tanto la oferta como la demanda de los servicios, ya sean generales o específicos de enfermería, deben poseer esa fuerte característica familiar a que hacemos referencia. Por último, madres y niños, constituyen los grupos de elección preferente a trabajar, por simples razones de siembra y cosecha, de presente y futuro.

Recursos: En una extensión geográfica de 29.378,8 kilómetros cuadrados tenemos una población de 300.000 habitantes; por habi-

tante y por año corresponde una cuota de \$3,00. Contamos con un Centro de Salud que podríamos calificar de centro matriz; otro regional y seis rurales; además siete puestos auxiliares; todos con las características de equipo y mobiliario citadas. En el aspecto asistencial ofrecen 300 camas, es decir una por cada 1.000 habitantes. En referencia al personal básico contamos con un médico por cada 15.000 habitantes y una enfermera por cada 5.000. Una buena red de carreteras en donde es más necesaria por la densidad de población, nos facilita medios adecuados y rápidos de transporte. Por último, lo más valioso es que las funciones de salubridad y asistencia tienen amplio crédito y cuentan con la colaboración de la población servida.

Demanda de personal de enfermería: Características cualitativas y cuantitativas: Hasta la terminación del párrafo anterior hemos relatado nuestras posibilidades y nuestras realidades; hemos dejado para este punto de la plática el idealizar un poco para un futuro cercano.

Cualitativamente, deseamos preparar enfermeras originarias de la región, sin discriminar de otras procedencias, ya que las recibimos según nuestras posibilidades; les exigimos enseñanza secundaria y una residencia de internación por tres años en el Centro de Salud de Tepic, dejando a cargo

del personal docente que las impregnen del conocimiento de nuestros institutos y de sus posibilidades de trabajo, así como la orientación general que rige en esta entidad.

Cuantitativamente, deseáramos una enfermera por cada 2.500 habitantes, con una atención de 25 personas por día laborable, significando trabajar su población de 2.500 tres veces al año en labores polivalentes, según demanda sanitaria o asistencial, comprendiendo, por ejemplo, la inmunización o inmunizaciones pertinentes; higiene infantil y escolar; higiene pre y postnatal; clínicas de diversa índole; trabajos en compañía del médico sanitario, ya sea en el campo o en el Centro de Salud; además las prestaciones necesarias de trabajo social y de asistencia social con fines curativos que se requieran entre los miembros indigentes de su grupo.

Lo expuesto a grandes trazos en los párrafos anteriores es lo que, en nuestro concepto, es más razonable para nuestros países latinoamericanos, tomando en consideración su idiosincrasia y sus recursos. Motivo de especial alegría tendríamos si una delegación de este Seminario Internacional de Enfermería aceptara visitar nuestra zona de trabajo. Por último, reciban ustedes mi más profundo agradecimiento por su audiencia paciente y cordial.