





Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto Mexicano del Seguro Social

Fabiana Maribel Zepeda Arias

COLECCIÓN MEDICINA DE EXCELENCIA

IX



GOBIERNO DE
MÉXICO





Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Primera edición, 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma #476, Colonia Juárez,
C.P. 06600, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-9464-84-4

Autores:

Fabiana Maribel Zepeda Arias
Hilda Gamboa Rochín
Sandra Beatriz González Mota
María Isabel López López
Gehazul Palacios Torres
Martha Raquel Pulido Gómez

Compiladora:

Fabiana Maribel Zepeda Arias

Coordinador editorial:

Felipe Cruz Vega

Coordinación Técnica de Difusión

Edición y corrección de estilo:

Jorge Carlos Lizcano Arias
Germán Romero Pérez
Gustavo Marcos Cazarín
Editorial Alfíl, S. A. de C. V.
Berenice Flores López

Diseño:

Rosaura Nieto
Editorial Alfíl, S. A. de C. V.
José Paiz Tejada
Luz del Carmen Granados Lince

Tipografías:

Monserrat y Constantia

Derechos reservados: ©

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
sin autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

El lenguaje empleado en esta publicación es conforme
a la Real Academia de la Lengua Española y no pretende discriminar
o marcar diferencias entre mujeres y hombres. Las referencias o
alusiones hechas en género masculino abarcan a ambos sexos.

Impreso y hecho en México.

DIRECTORIO

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
Dirección General

LIC. MARCOS BUCIO MÚJICA
Secretaría General

DRA. CÉLIDA DUQUE MOLINA
Dirección de Prestaciones Médicas

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

MTRO. BORSALINO GONZÁLEZ ANDRADE
Dirección de Administración

MTRA. NORMA GABRIELA LÓPEZ CASTAÑEDA
Dirección de Incorporación y Recaudación

LIC. ANTONIO PÉREZ FONTICOBA
Dirección Jurídica

MTRA. CLAUDIA LAURA VÁZQUEZ ESPINOZA
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico

MTRO. MARCO AURELIO RAMÍREZ CORZO
Dirección de Finanzas

LIC. JAVIER GUERRERO GARCÍA
Dirección de Operación y Evaluación

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL
Dirección de Planeación para la Transformación Institucional

LIC. SALIM ARTURO ORCÍ MAGAÑA
Órgano Interno de Control

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO
Programa IMSS-Bienestar

LIC. AMADEO DÍAZ MOGUEL
Unidad de Comunicación Social

MTRO. JORGE ARMANDO MARENGO CAMACHO
Secretaría Técnica para los 80 Años del IMSS

LIC. JORGE CARLOS LIZCANO ARIAS
Coordinación del Comité de Publicaciones de la Colección Medicina de Excelencia



AUTORES Y COLABORADORES

LIC. ENF. OBST. MARGARITA ÁLVAREZ GARCÍA

Egresada de la Escuela de Enfermería Naval de la Secretaría de Marina. Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la ENEO-UNAM. Enfermera especialista en Pediatría. Coordinadora de Programas de Enfermería, adscrita a la División de Evaluación de Equipamiento.

Capítulo 3

LIC. ENF. OBST. EDITH BERMÚDEZ ALONZO

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Doctorado en Administración y Doctorado en Educación. Titular del OOAD en el estado de Morelos.

Capítulo 2

LIC. ENF. GERARDO CAMPUZANO LUJANO

Maestría en Educación con Área en Administración y Gestión Educativa. Licenciado en Enfermería. Especialidad en Administración de los Servicios de Enfermería. Enfermero con especialidad en Enfermería del Adulto en Estado Crítico. Actualmente cursando el Doctorado en Alta Dirección de los Servicios de Salud. Director de Enfermería de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”, Centro Médico Nacional “La Raza”.

Capítulo 3

ENF. ABEL CASTAÑEDA CORDERO

Maestro en Gestión de Salud. Enfermero especialista en Cuidados Intensivos. Jubilado como Coordinador de Programas de Enfermería de la Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel.

Capítulo 4

LIC. ENF. MARÍA ANTONIETA CASTAÑEDA HERNÁNDEZ

Licenciada en Enfermería. Maestra en Educación, Innovación y Tecnología Educativa. Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación de Educación en Salud, División de Formación de Recursos Humanos para la Salud.

Capítulo 3

LIC. ENF. ÉRIKA NOEMÍ CASTRO MORALES

Licenciada en Enfermería. Curso Posbásico en Enfermería en Nefrología y en Enfermería en Cuidados Intensivos. Maestra en Ciencias de la Educación. Maestra en Gestión Directiva en Salud. Directora de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara.

Capítulo 5

LIC. ENF. BEATRIZ ADRIANA CORTÉS RODRÍGUEZ

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Infantil. Curso Postécnico en Administración de los Servicios de Enfermería. Maestra en Educación en Enfermería. Directora de la Escuela de Enfermería del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, Ciudad de México.

Capítulo 5

ENF. BLANCA ESTELA DE LA ROSA GARCÍA

MAHySP. Administración y Docencia. Enfermera especialista en cuidados intensivos. Coordinadora de Programas de Enfermería.

Capítulo 1

LIC. ENF. MARÍA ELENA DEL ÁNGEL MENDOZA

Licenciada en Enfermería. Curso Postécnico en Salud Pública y Administración. Jubilada de la Coordinación Delegacional de Enfermería en Salud Pública, IMSS OOAD de Tabasco.

Capítulo 3

MTRA. EDUC. MARCELA DÍAZ MENDOZA

Maestría en Educación. Especialista en Cuidados Críticos y Administración en los Servicios de Enfermería. Coordinadora del Programa Único de Especializaciones de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Capítulo 3

ENF. JULIA ECHEVERRÍA MARTÍNEZ

Enfermera especialista en Pediatría y en Administración de los Servicios de Enfermería. Extitular de la División de Programas de Enfermería en el IMSS.

Capítulo 1

LIC. ENF. OBST. SILVIA ELIOSA CENTENO

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Subjefe de Educación en Enfermería y Cursos Técnicos, Hospital General de Zona N° 24 de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz.

Capítulo 5

LIC. ENF. OBST. JOSEFINA ESTRADA MARTÍNEZ

Doctora en Alta Dirección. Maestría en Administración de Organizaciones de Salud. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Curso Postécnico Enfermera Médico Quirúrgica. Postécnico en Administración de los Servicios de Enfermería. Representante del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado del IMSS en Guerrero.

Capítulo 2

LIC. ENF. GUADALUPE ESTRADA ZARAZÚA

Licenciada en Enfermería. Líder de Proyecto, Coordinación de Innovación en Salud, División de Excelencia Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Capítulo 3

ENF. LORENA FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

AHySP. Enfermera especialista en Cuidados Intensivos. Coordinadora de Programas de Enfermería.
Capítulo 3

LIC. ENF. MIGUEL ÁNGEL FLORES ROLÓN

Licenciado en Enfermería. Jefe de Enfermeras del Centro de Atención Temporal Tlatelolco.
Capítulo 2

LIC. ENF. ENFER. ADRIANA GALEANA GUDIÑO

Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública. Licenciatura en Enfermería. Curso Posttécnico de Enfermería en Administración y Docencia. Curso Posttécnico de Enfermería Quirúrgica. Coordinadora de Programas de Enfermería.
Capítulo 5

LIC. ENF. HILDA GAMBOA ROCHÍN

Maestría en Educación. Licenciada en Enfermería. Especialidad en Administración de los Servicios de Enfermería. Enfermera especialista en Enfermería del Adulto en Estado Crítico y Jefa de Áreas de la Coordinación Técnica de Enfermería.
Capítulos 2, 3

LIC. ENF. VEANEY GÓMEZ GUTIÉRREZ

Doctorado en Alta Dirección. Enfermera especialista en Cuidados Intensivos. Coordinadora de Programas de Enfermería, División de Evaluación de Tecnologías en Salud, Coordinación de Innovación en Salud dependiente de la Unidad de Planeación e Innovación en Salud.
Capítulo 3

LIC. ENF. ISABEL GÓMEZ TEPOLÉ

Maestría en Educación. Administración en los Servicios de Enfermería. Enfermera especialista en Salud Pública. Licenciada en Enfermería. Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación Técnica de Enfermería.
Capítulo 1

LIC. ENF. SANDRA BEATRIZ GONZÁLEZ MOTA

Maestra en Ciencias de la Educación. Doctoranda en Alta Dirección. Coordinadora de Programas de Enfermería CTE.
Capítulos 2, 5

LIC. ENF. CYNTHIA SOLEDAD GONZÁLEZ RAMOS

Doctorado en Alta Dirección. Enfermera especialista quirúrgica. Jefe de Área, Unidad de Planeación e Innovación en Salud.
Capítulo 2

LIC. ENF. OBST. JULIO GUTIÉRREZ MÉNDEZ

Ex Doctor en Alta Dirección. Maestro en Administración de Sistemas de Salud. Licenciado en Administración de Empresas. Licenciado en Enfermería y Obstetricia, así como los cursos de Enfermería en Cuidados Intensivos y de Administración y Docencia, Titularidad del IMSS en el estado de Tlaxcala.
Capítulo 2

ENF. ANA MARÍA GUTIÉRREZ NAVA

Enfermera especialista pediatra. Coordinadora de Cursos Postécnicos de Enfermería.

Capítulo 1

ENF. SINUETH HERNÁNDEZ ACOSTA

Enfermero especialista en Cuidados Intensivos. Maestro en Administración de los Servicios de Salud, Coordinador de Programas de Enfermería.

Capítulo 2

LIC. BEATRIZ HERNÁNDEZ LEÓN

Licenciada en Economía. Enfermera en Salud Pública. Jubilada IMSS.

Capítulo 1

LIC. ENF. OBST. MARÍA DEL ROSARIO JAIME RODRÍGUEZ

Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la ENEO-UNAM. Enfermera en Atención al Paciente en Estado Crítico. Maestría en Administración de los Servicios de Salud. Coordinadora de Programas de Enfermería. Adscrita a la División de Evaluación de Equipamiento.

Capítulo 3

ENF. MAURA LARA MIGUEL

Enfermera pediátrica jubilada del IMSS. Maestría en Alta Dirección. Coordinadora de Programas de Enfermería.

Capítulo 2

ENF. MARÍA ISABEL LÓPEZ LÓPEZ

Maestría en Ciencias de la Enfermería. Maestría en Administración de Instituciones de Salud. Enfermera especialista en Salud Pública. Jefe de Área de Enfermería de la Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulos 2, 4

LIC. ENF. ANA BELÉM LÓPEZ MORALES

Licenciada en Enfermería. Licenciada en Psicopedagogía. Maestra en Administración de Hospitales y Salud Pública. Jefe de Área en jubilación, Unidad de Atención Primaria a la Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Capítulo 3

LIC. ENF. ROSA HERLINDA MADRIGAL MIRAMONTES

Licenciada en Enfermería con Doctorado en Psicología de la Salud. Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Tabasco.

Capítulo 2

LIC. ENF. OBST. GRACIELA MARTÍNEZ VELASCO

Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública. Actualmente cursando el Doctorado en Alta Dirección de los Servicios de Salud. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Administración de los Servicios de Enfermería. Enfermera especialista pediatra, Directora de Enfermería, UMAE Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 3

LIC. ENF. OBST. SELMA AMASIS MELÉNDEZ GÓMEZ

Doctorado en Alta Dirección. Maestría en Administración Pública. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialidad en Gestión y Educación en Medicina de Familia. Enfermera especialista en Medicina de Familia. Coordinadora de Programas de Enfermería de la Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulo 3

LIC. ENF. OBST. MARISELA MORENO MENDOZA

Maestra en Ciencias de la Educación. Maestrante en Gestión en Instituciones de Salud. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Postécnico en Enfermería Pediátrica. Postécnico en Administración de los Servicios de Enfermería. Diplomados en Investigación, en Profesionalización Docente, en Recursos Humanos, en Calidad. Docente en los niveles Técnico, Postécnico, Licenciatura y Maestría en Enfermería. Asesora metodológica en la EME-SEDENA. Autor y validador de GPC. Exjefe de Área de Enfermería en la División de Programas de Enfermería, IMSS.

Capítulo 5

ENF. SANDRA GUADALUPE MOYA SÁNCHEZ

Doctorado en Alta Dirección. Administración de los Servicios de Enfermería. Enfermería en Atención Primaria a la Salud, INSABI.

Capítulo 2

ENF. MARTHA VERÓNICA MURILLO GÓMEZ

Maestría en Administración de la Atención de Enfermería. Especialista en Cuidados Intensivos. Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulo 4

LIC. ENF. MARÍA NAVORA CAMARILLO RUIZ

Licenciada en Enfermería. Especialista en Cuidados Intensivos. Especialista en Salud Pública. Especialista en Administración y Docencia. Diplomada en Salud Mental. Jefe de Departamento de Gestión de Convenios en Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Capítulo 1

ENF. GUADALUPE NÚÑEZ SÁNCHEZ

Maestría en Alta Dirección, Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación de Innovación en Salud.

Capítulo 4

DRA. EVELYN ORTEGA GARCÍA

Doctorado en Alta Dirección. Coordinadora de Cursos de Enfermería en el IMSS. Enfermera especialista en Adulto en Estado Crítico y en Administración de los Servicios de Salud. Profesora de Enfermería, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente.

Capítulo 2

ENF. GEHAZUL PALACIOS TORRES

Maestría en Gestión y Administración en Salud Pública. Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulos 2, 4

ENF. LUZ MARÍA PAPAQUI CAMACHO

Enfermera en Cuidados Intensivos. Enfermera en Cardiología. Enfermera en Administración de los Servicios de Enfermería. Jubilada IMSS.

Capítulo 1

LIC. ENF. OBST. LUIS ALBERTO PÉREZ CAMARGO

Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Medicina de Familia. Coordinador de Programas de Enfermería, Coordinación de Innovación en Salud, División de Excelencia Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Capítulo 3

LIC. ENF. MIRIAM PÉREZ PERALTA

Doctora en Educación. Maestra en Ciencias de la Educación y Maestra en Administración de los Servicios de Enfermería. Licenciada en Enfermería por el IPN. Coordinadora de Programas de Enfermería, adscrita a la Coordinación Técnica de Infraestructura Médica.

Capítulo 3

ENF. NOÉ PÉREZ RAÍZ

Maestrante en Administración de los Servicios de Salud. Coordinador de Programas de Enfermería CTE.

Capítulo 2

LIC. ENF. GLADIS FAUSTINA PUCH KU

Maestra en Énfasis de Enfermería en Gestión de Enfermería. Licenciada en Enfermería. Enfermera especialista en Administración y Docencia. Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos. Directora de la Escuela de Enfermería, Mérida, Yucatán.

Capítulo 5

LIC. ENF. MARTHA RAQUEL PULIDO GÓMEZ

Licenciada en Enfermería. Especialista en Cuidados Intensivos y Administración y Docencia. Coordinadora de Programas de Enfermería. Jefatura de Área, Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulos 2, 3

LIC. ENF. OBST. EVA DEL CARMEN QUIÑÓNEZ MOLINA

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Curso Postécnico de Enfermería en Cuidados Intensivos. Curso Postécnico en Administración y Educación. Maestría en Gestión de Salud Institucional. Doctorante en Educación. Directora de la Escuela de Enfermería en Ciudad Obregón, Sonora.

Capítulo 5

ENF. DANIEL JOAQUÍN QUIROGA PACHECO

Enfermero especialista en Medicina de Familia. Subjefe de Enfermeras, Centro de Atención Temporal Tlatelolco.

Capítulo 4

LIC. ENF. OBST. TERESITA DE JESÚS RAMÍREZ SÁNCHEZ

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Salud Pública. Maestra en Ciencias en Sistemas de Salud. Jefe de División. Coordinación de Evaluación de Programas IMSS-Bienestar. Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados.

Capítulo 1

ENF. SYLVIA CLAUDINE RAMÍREZ SÁNCHEZ

Maestría en Ciencias en Sistemas de Salud. Coordinadora de Programas de Enfermería, División de Investigación Clínica. Coordinación de Investigación en Salud.

Capítulo 5

ENF. ROSALINDA RAMOS LÓPEZ

Enfermera en Atención Primaria a la Salud. Maestría en Alta Dirección. Jefe de área de la CTE.

Capítulos 1, 2

LIC. ENF. RAMÓN REA SALAMANCA

Licenciado en Enfermería. Administración y Docencia. Enfermero especialista en Cuidados Intensivos. Coordinador de Programas de Enfermería.

Capítulo 3

LIC. ENF. OBST. TANIA REYES HERNÁNDEZ

Maestría en Alta Dirección. Administración en los Servicios de Enfermería. Especialista Intensivista. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Coordinación Técnica de Riesgos Médicos, Calidad y Seguridad del Paciente.

Capítulo 3

LIC. ENF. OBST. ÉRIKA YAZMÍN ROBLES SAAVEDRA

Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Curso Postécnico de Enfermería en Salud Pública y en Enfermería en Administración y Docencia. Maestra en Educación con especialidad en Desarrollo Organizacional, Directora de la Escuela de Enfermería Postécnico Tijuana, B. C.

Capítulo 5

ENF. MARÍA LUISA RODEA PIMENTEL

Diplomada en Administración Pública, ha desempeñado diversos cargos desde Auxiliar de Enfermería en Salud Pública, Enfermera General, Enfermera Especialista, Jefa de Piso, Jefa de Enfermería, Supervisora Delegacional de Enfermería en Salud Pública, Coordinadora Delegacional de Enfermería en Salud Pública, hasta Coordinadora de Programas de Enfermería en Nivel Central. Actualmente Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Michoacán.

Capítulo 2

LIC. ENF. ROSALINA RODRÍGUEZ VALENZUELA

Licenciada en Enfermería. Especialista en Salud Pública, Administración y Docencia. Coordinadora Delegacional de Enfermería en Salud Pública, OOAD DF Sur.

Capítulo 4

LIC. ENF. OBST. ANASTACIA ROMO GARCÍA

Maestría en Gestión Directiva en Salud, Administración y Gestión de los Servicios de Enfermería, Enfermera especialista quirúrgica. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Coordinadora de Programas de Enfermería. Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulo 3

ENF. MARTHA ELOÍSA SÁNCHEZ VÁZQUEZ

Maestra en Administración de Hospitales y Salud Pública. Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Querétaro.

Capítulo 2

ENF. ALMA ROSA SILVA HERRERA

Maestría en Administración. Especialista en Enfermería Pediátrica, Gestión y Educación en Enfermería. Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulos 3, 4

LIC. ENF. ALMA SOFÍA SOLÍS GÁMEZ

Licenciada en Enfermería. Curso Postécnico de Enfermería en Cuidados Intensivos. Curso Administración de los Servicios de Enfermería. Maestría en Administración y Gestión Educativa. Diplomado en Urgencias Médico-Quirúrgica. Diplomado en Desarrollo Gerencial. Diplomado en Docencia. Diplomado en Investigación Cualitativa y Mixtos. Directora de la Escuela de Enfermería IMSS Monterrey, Nuevo León.

Capítulo 5

LIC. MARTHA OLIVIA SOTO ARREOLA

Licenciada en Derecho. Enfermera en Administración de los Servicios de Enfermería. Enfermera en Cuidados Intensivos. Maestra en Administración del Capital Humano. Maestra en Derecho Civil y Familiar. Maestra en Ciencias Jurídicas. Doctora en Ciencias Jurídicas. Jubilada IMSS.

Capítulo 1

ENF. OLGA SOTO HERNÁNDEZ

Enfermera especialista quirúrgica. Administración de los Servicios de Salud y Coordinadora de Programas de Enfermería.

Capítulo 2

ENF. JOVITA TIZNADO ARCINIEGA

Maestría en Administración de Hospitales. Enfermera especialista en Salud Pública, Administración y Docencia. Coordinadora Delegacional de Enfermería en Salud Pública.

Capítulo 2

LIC. ENF. OBST. NORMA PATRICIA TORRES LÓPEZ

Maestría en Administración de Hospitales y Servicios de Salud. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Medicina de Familia, Administración y Docencia en Enfermería. Jefe de Área, Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulos 3, 4

LIC. ENF. OBST. IVONNE SELENE TORRES TÉLLEZ

Licenciada en Enfermería y obstetricia. Curso Postécnico de Enfermera Quirúrgica. Curso Postécnico en Administración en los Servicios de Enfermería, Docencia e Investigación. Maestra en Educación con especialidad de Educación Basada en Competencias. Directora de la Escuela de Enfermería, Hermosillo, Sonora.

Capítulo 5

ENF. MARÍA CESÁREA VALADEZ MAGAÑA

Maestría en Administración de Hospitales. Enfermera especialista quirúrgica. Coordinadora Delegacional de Enfermería en Atención Médica.

Capítulo 2

LIC. ENF. OBST. TERESA VÉRTIZ VÁZQUEZ

Doctorado en Alta Dirección. Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública. Enfermera especialista en Pediatría, Administración y Gestión de los Servicios de Enfermería. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación Técnica de Riesgos Médicos, Calidad y Seguridad del Paciente.

Capítulo 3

ENF. CONSUELO VILLAFUENTES PEÑA

Maestría en Administración de Hospitales. Posgrado en Administración y Docencia. Especialidad en Salud Pública. Coordinadora de Programas de Enfermería, Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulo 3

LIC. ENF. FABIANA MARIBEL ZEPEDA ARIAS

Doctorante en Alta Dirección. Maestra en Ciencias en Investigación en Sistemas de Salud. Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Licenciada en Enfermería. Titular de la Coordinación Técnica de Enfermería.

Capítulos 1, 4, 5



ÍNDICE

Prefacio	XIX	
Fabiana Maribel Zepeda Arias		
Prólogo	XXI	
Zoé Robledo		
Retos y desafíos de la Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social	1	I
Teresita de Jesús Ramírez Sánchez, María Navora Camarillo Ruiz, Beatriz Hernández León, Martha Olivia Soto Arreola, Luz María Papaqui Camacho, Fabiana Maribel Zepeda Arias, Julia Echeverría Martínez, Rosalinda Ramos López, Isabel Gómez Tepole, Ana María Gutiérrez Nava		
Introducción	3	
Trascendencia del Comité de Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social	3	
Transición de la División de Programas de Enfermería a la Coordinación Técnica de Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social	11	
Participación de Enfermería en el diseño y la implementación de las políticas públicas en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social	19	
Evolución directiva de Enfermería	25	II
Josefina Estrada Martínez, Edith Bermúdez Alonzo, Julio Gutiérrez Méndez, María Luisa Rodea Pimental, Martha Eloísa Sánchez Vázquez, Rosa Herlinda Madrigal Miramontes, Maura Lara Miguel, Rosalinda Ramos López, Olga Soto Hernández, Sinueth Hernández Acosta, María Isabel López López, Gehazul Palacios Torres, Cynthia Soledad González Ramos, Martha Raquel Pulido Gómez, Evelyn Ortega García		
Introducción	27	
Experiencia del directivo de Enfermería como titular de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada	27	
Modelo de gestión directiva de Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social	43	
Gestión del talento humano en el Instituto Mexicano del Seguro Social	46	
Liderazgo y toma de decisiones basados en la evidencia científica para el logro de los objetivos institucionales	49	
Participación relevante del área de Enfermería en los actos de fiscalización	57	
Enfermería en el entorno VUCA (<i>volatility, uncertainty, complexity, ambiguity</i>)	61	
Conclusiones	62	
Trascendencia del cuidado de Enfermería	65	III
María Antonieta Castañeda Hernández, Consuelo Villafuentes Peña, Tania Reyes Hernández, Teresa Vértiz Vázquez, Anastacia Romo García, Marcela Díaz Mendoza, Norma Patricia Torres López, María Elena del Ángel Mendoza, Graciela Martínez Velasco, Hilda Gamboa Rochín, Selma Amasis Meléndez Gómez, Gerardo Campuzano Lujano, Veaney Gómez Gutiérrez, Martha Raquel Pulido Gómez, Alma Rosa Silva Herrera, Ramón Rea Salamanca, Blanca Estela de la Rosa García, Lorena Fernández Jiménez, Ana Belém López Morales, Luis Alberto Pérez Camargo, Guadalupe Estrada Zarazúa, Miriam Pérez Peralta, María del Rosario Jaime Rodríguez, Margarita Álvarez García		
Introducción	67	
Humanización del cuidado en Enfermería	67	
Seguridad del paciente en el entorno multidisciplinario	70	
Atención primaria a la salud como respuesta a las necesidades de salud	77	
Intervenciones de Enfermería en la atención integral a la salud	81	

87 Rol ampliado de Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social
90 Nuevas tecnologías para el cuidado de Enfermería

93 **Contribución de Enfermería en el desarrollo de las guías de práctica clínica y los protocolos de atención integral**
Participación de Enfermería en planeación de infraestructura,
101 definición de plantillas y equipamiento de unidades médicas
107 Conclusiones

IV

111 **Transformación del cuidado de Enfermería ante las emergencias sanitarias**
María Isabel López López, Abel Castañeda Cordero, Miguel Ángel Flores Rolón,
Daniel Joaquín Quiroga Pacheco, Norma Patricia Torres López,
Rosalina Rodríguez Valenzuela, Gehazul Palacios Torres,
Martha Verónica Murillo Gómez, Alma Rosa Silva Herrera,
Guadalupe Núñez Sánchez, Fabiana Maribel Zepeda Arias
113 Introducción
Liderazgo del personal de Enfermería ante la pandemia
113 por COVID-19: retos, experiencias y aprendizaje
Contribución del personal de Enfermería para disminuir
117 la mortalidad por el COVID-19 a través de la vacunación
Respuesta de Enfermería en las emergencias sanitarias
122 que ha enfrentado el Instituto Mexicano del Seguro Social
127 Conclusiones

V

129 **Presente y futuro de la investigación y la educación en Enfermería en el IMSS**
Sylvia Claudine Ramírez Sánchez, Silvia Eliosa Centeno,
Sandra Beatriz González Mota, Beatriz Adriana Cortés Rodríguez,
Eva del Carmen Quiñónez Molina, Ivonne Selene Torres Téllez,
Gladis Faustina Puch Ku, Alma Sofía Solís Gámez, Érika Yazmín Robles Saavedra,
Érika Noemí Castro Morales, Fabiana Maribel Zepeda Arias,
Marisela Moreno Mendoza, Adriana Galeana Gudiño
131 Introducción
131 Importancia de la investigación para la mejora del cuidado enfermero
139 Escuelas de Enfermería
Proyecto de reconocimiento a la Licenciatura en Enfermería
154 en el Instituto Mexicano del Seguro Social
157 Conclusiones

161 **Índice alfabético**

PREFACIO

Para contar la historia de la Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social, existen documentos que dan fe de los cambios, retos y desafíos que se han vivido hasta el momento, pero cuando la historia es contada desde la perspectiva de quienes la vivieron toma matices humanos, porque la historia es capaz de llevar al lector a sentir emociones que vibran con cada palabra que se lee; así es la lectura del presente libro, colmada de temas relevantes, innovadores y trascendentales para la Enfermería moderna, que quedaran plasmados para las generaciones presentes y futuras.

Hay mucho que escribir y mucho más por hacer en beneficio de la transformación de un gremio que ha luchado incansable por alcanzar un lugar en el sistema de salud y en la sociedad, un gremio fuerte, noble, resiliente y altamente profesional que traduce su esfuerzo en el bienestar de la persona sana, o bien que ha perdido la salud o se encuentra en un estado “natural” del desarrollo humano.

Han pasado 80 años desde aquel 19 de enero de 1943 cuando se concretó un proyecto para garantizar el derecho humano a la salud y la seguridad social, el proyecto incorporó de primera instancia al personal de Enfermería, mismo que hoy en día es la mayor fuerza laboral en la institución más grande de Latinoamérica, el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Incursionar en la toma de decisiones, desarrollar el liderazgo y visibilizar a la Enfermería profesional como elemento imprescindible de los sistemas de salud por sus contribuciones en la prevención de enfermedades, así como en el mantenimiento y recuperación de la salud de la población en cada etapa de la vida, son tres de los grandes retos para la Enfermería en el IMSS.

Agradezco sobremanera a todas las personas que escribieron alguna parte del libro, a quienes con sus ideas plasmaron proyectos importantes que engrandecen y dan cuenta del trabajo disciplinar que desarrolla la Enfermería en el IMSS, gracias por su profesionalismo, su talento y su entusiasmo para compartir sus conocimientos y experiencias, que al pasar del tiempo seguro serán afortunadas por las generaciones venideras sin prejuicio de la diversidad y en buena medida contribuirán al bienestar de las personas que necesiten de los cuidados de las enfermeras y enfermeros en una institución que con orgullo y con coraje siempre vigilará por nuestra raza.

FABIANA MARIBEL ZEPEDA ARIAS



PRÓLOGO

No dar ni recibir excusas, esa fue la postura de Florence Nightingale, madre de la Enfermería moderna. Con esta luz y esta vocación, el personal de Enfermería del IMSS hace frente a los retos que día a día se presentan en el cuidado y la búsqueda del bienestar del pueblo de México.

Desde su formación, la comunidad de enfermeras y enfermeros del Seguro Social cumple con profesionalismo, amor y pasión sus tareas de cuidado, pero también su labor de agentes transformadores y de cambio. En estas páginas se encuentra la historia de estos profesionales de la salud, su organización y sus conquistas al interior del IMSS.

Aquí se cuenta cómo en el año 2000 se creó el Comité de Enfermería para brindar asesoría y apoyo a la Dirección General y de creación de la División de Enfermería (proyecto que se cristalizó hasta el 2011). El liderazgo en la atención a la salud llegó en 2019 con el inicio de operaciones de la Coordinación Técnica de Enfermería, un espacio desde donde visibilizar y optimizar los esfuerzos de este importante gremio.

Y como si retornaran a su origen, durante la pandemia por COVID-19, los y las enfermeras estuvieron presentes en la primera línea de defensa de la vida. Algunos y algunas cayeron en el cumplimiento del deber en uno de los momentos más difíciles que ha enfrentado el Seguro Social. Este esfuerzo editorial es un recordatorio permanente de su valentía y heroísmo a toda prueba.

Las y los enfermeros son el gremio de profesionales de la salud más grande dentro del IMSS y su crecimiento es sostenido. De 2018 a 2022 pasamos de 113 mil a 118 mil activos, héroes y heroínas de cofía, pueblo que cura al pueblo.

En estas páginas se plasma la evolución organizacional de la Enfermería dentro del IMSS, su amplia experiencia en gestión directiva, talento humano, tecnologías, cuidado de las personas y de investigación. También se cuentan las experiencias de las seis enfermeras y enfermeros titulares de los OOAD electos democráticamente mediante concurso de oposición. Este libro es al mismo tiempo un homenaje, porque como Florence Nightingale, las y los enfermeros del IMSS jamás dan ni reciben excusas.

ZOÉ ROBLEDO





CAPÍTULO I

Retos y desafíos de la Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Teresita de Jesús Ramírez Sánchez, María Navora Camarillo Ruiz, Beatriz Hernández León,
Martha Olivia Soto Arreola, Luz María Papaqui Camacho, Fabiana Maribel Zepeda Arias,
Julia Echeverría Martínez, Rosalinda Ramos López, Isabel Gómez Tepole, Ana María Gutiérrez Nava



INTRODUCCIÓN

A partir de 1943 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han fortalecido la misión y la visión, permitiendo dar respuesta a las políticas de salud de la población mexicana y a los desafíos perfilados en el Plan Nacional de Desarrollo y la Reforma al Sistema Nacional de Salud entre 1995 y 2000. Se han planteado diversas estrategias para mejorar la calidad de los servicios; entre ellas se incluyen:

1. La participación multidisciplinaria en la toma de decisiones.
2. La capacitación del personal, en busca del fortalecimiento del Instituto y del Programa IMSS-Solidaridad.

La historia que Enfermería posee, su amplia representación en la fuerza laboral en salud, la alta estima social con que cuenta y su vasto conocimiento de las dinámicas sociosanitarias actuales le otorgan grandes capacidades para apoyar y proporcionar una mayor solidez y consistencia al desempeño de las políticas públicas sanitarias y responder de manera más eficiente a las futuras necesidades de salud de la población.

La implementación de políticas públicas mediante la participación del desarrollo de normatividad institucional, como normas, procedimientos, lineamientos y guías en las que se describe el proceso de atención de Enfermería para dar línea al personal de Enfermería en los diferentes niveles de gestión: estratégico, táctico y operativo, favorecen la estandarización del cuidado de Enfermería en las unidades médicas del IMSS a nivel nacional. El profesional de Enfermería interactúa ante los diversos cambios sociales, políticos y económicos, asumiendo un reto frente al cuidado que se le brinda a las personas y a su entorno. Asimismo, es de vital importancia velar por la calidad del cuidado, su oportunidad y su integralidad.

En el presente capítulo se abordan los principales antecedentes de la Enfermería en el IMSS, los cuales forman parte de los fundamentos que han permitido el posicionamiento de la profesión intrainstitucional y extrainstitucional en la toma de decisiones y en el desarrollo profesional y académico.

TRASCENDENCIA DEL COMITÉ DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Para responder a los desafíos perfilados en el Plan Nacional de Desarrollo y la Reforma al Sistema Nacional de Salud en el periodo de 1995 a 2000 el Instituto Mexicano del Seguro Social planteó diversas estrategias para mejorar la calidad de los servicios; ellas incluyen:



1. La participación multidisciplinaria en la toma de decisiones.
2. La capacitación del personal en busca de fortalecer al Instituto y al Programa IMSS-Solidaridad.

Con la finalidad de sumarse a este esfuerzo, las enfermeras directivas de las Coordinaciones de la Dirección de Prestaciones Médicas y del Programa IMSS-Solidaridad proponen integrarse como grupo colegiado y, de manera paralela a sus funciones sustantivas, planear e impulsar proyectos alineados en dos vertientes: desarrollar al personal a través de procesos de capacitación y formación, con miras a la profesionalización de la disciplina, y mejorar la calidad del cuidado enfermero para impulsar el desarrollo personal y elevar el nivel académico.

En afinidad con estos planteamientos el C. Director General del IMSS. Lic. Genaro Borrego Estrada, autorizó la creación del Comité Normativo de Enfermería en 2000 por parte del H. Consejo Técnico y aprobó el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Enfermería del IMSS. Su objetivo fue “brindar apoyo y asesoría a la Dirección General a través de la Dirección de Prestaciones Médicas para la toma de decisiones en el ámbito de Enfermería a fin de contribuir a elevar la calidad de la atención que se otorga a la población, así como el fortalecimiento institucional”.¹

En este apartado se describen las principales actividades desarrolladas por el Comité de Enfermería del IMSS a partir de su creación como un esbozo que refleje los antecedentes, los proyectos, los avances y los logros obtenidos gracias a la convergencia de trabajo, talento y compromiso de las pioneras de este comité, quienes sentaron un precedente al ser consideradas como un grupo disciplinario para formar parte de la Alta Dirección del Instituto, a partir de lo cual se sentaron las bases para la posterior integración de la División de Enfermería y la actual Coordinación Técnica. Es así que al concretar los proyectos se contribuye a elevar el nivel profesional de la disciplina, a mejorar la calidad en la prestación de los servicios y, en consecuencia, a fortalecer la institución.

Creación, formalización y funcionamiento del Comité de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

Justificación de la creación

A partir de las necesidades que en materia de Seguridad Social existían en el periodo de 1995 a 2000, y en la búsqueda incesante de formas para mejorar la prestación de sus servicios, el IMSS se reforma e inicia una nueva etapa de desarrollo orientada hacia esquemas de administración de calidad.

Con la finalidad de sumarse a este proceso, las Coordinadoras de Programas de Enfermería de la Dirección de Prestaciones Médicas identifican y plantean la necesidad de participar en la toma de decisiones, a través de propuestas que permitan mejorar a corto plazo los aspectos relacionados con la práctica de la Enfermería. Cabe señalar que antes de la formalización del Comité las Coordinadoras de Programas pertenecían estructuralmente a las diferentes Coordinaciones de la Dirección de Prestaciones Médicas y, aunado al cumplimiento de sus respectivas funciones, participaban en sus actividades.

En comunión con estos planteamientos, el C. Director General del IMSS en funciones, durante la “Ceremonia Institucional del Día de la Enfermera” el 6 de enero de 1999, reiteró el apoyo a este gremio y manifestó la necesidad de contar con personal directivo de Enfermería en la Dirección General para que participara en la toma de decisiones inherentes a esta área.

Formalización

Para dar formalidad a este planteamiento, en el Acuerdo 10/2000/19 de enero de 2000 el H. Consejo Técnico, con fundamento en el artículo 263 de la Ley del Seguro Social vigente en ese año, tomó nota de la información proporcionada por el Lic. Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto, acerca de la Conmemoración del Día de la Enfermera; asimismo, autorizó la creación del Comité

Normativo de Enfermería. Aunado a lo anterior, en el Acuerdo 49/2000 del 13 de febrero de 2002 el H. Consejo Técnico, con fundamento en los artículos 251 fracciones VII y XXXVII y 263 de la Ley del Seguro Social, y artículo 31 fracción XXIII del Reglamento de Organización Interna del IMSS, aprobó el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Enfermería del IMSS.

Integración y funcionamiento

Objetivo

Brindar apoyo y asesoría a la Dirección General a través de la Dirección de Prestaciones Médicas para la toma de decisiones en el ámbito de Enfermería, a fin de contribuir a elevar la calidad de la atención que se otorga a la población, así como al fortalecimiento institucional.²

Integración del Comité de Enfermería

La presidencia del Comité de Enfermería estaba a cargo del Director de Prestaciones Médicas. Los cargos de secretario ejecutivo, secretario técnico y vocales eran ocupados por enfermeras coordinadoras de programas de la Dirección de Prestaciones Médicas y del Programa IMSS-Solidaridad, conforme a las normas de funcionamiento establecidas; los asesores, por profesionales de las áreas de la salud, administrativa y docente.

Desde el punto de vista organizacional, el comité fue un órgano de *staff* dentro de la organización formal de la Dirección de Prestaciones Médicas, ya que proporcionaba asesoría y servicios especializados relacionados con la práctica de la Enfermería. Las principales funciones que desempeñaban las integrantes son las siguientes:

- Colaborar con la Dirección General y la Dirección de Prestaciones Médicas en la toma de decisiones en los asuntos relacionados con la atención de Enfermería.
- Colaborar en la determinación de las políticas institucionales de atención de Enfermería.
- Asesorar la implementación de cambios relacionados con la atención de Enfermería a través de la estructura establecida.²

Desarrollo de la profesionalización en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Programa por Profesionalización del Personal de Enfermería

La historia de la formación de enfermeras en el Instituto Mexicano del Seguro Social es tan antigua como el mismo Instituto. A lo largo de esta historia se han sentado grandes precedentes como institución de salud formadora de recursos humanos, constituyéndose los procesos educativos de Enfermería del Instituto en un pilar fundamental para el progreso del gremio y la mejora de la calidad del cuidado de la salud que se proporciona.

En el seno del Comité de Enfermería del IMSS las coordinadoras de nivel normativo se plantearon como proyecto prioritario la profesionalización del personal de Enfermería y determinaron que se incluyeran en este proyecto todos los grupos del gremio, desde el nivel de Auxiliar de Área Médica (AAM) del Programa IMSS-Solidaridad hasta los niveles de estudios de posgrado. Fue así que a partir del interés y la responsabilidad de las enfermeras directivas, sumado al entusiasmo del personal en los diferentes niveles de operación, se dio inicio a los procesos de capacitación y formación profesional bajo el sistema de vinculación docencia-servicio; lo que permitió que el personal siguiera trabajando y, al mismo tiempo, avanzara en la obtención de sus créditos académicos, elevando paulatinamente el nivel de desempeño y el estatus de la Enfermería a nivel profesional.

A partir de un acuerdo celebrado en 1995 con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dio inicio en la Escuela de Enfermería del IMSS de Monterrey, Nuevo León, el curso de nivelación para la licenciatura en Enfermería



en la modalidad educativa de ingreso a años posteriores, en el Sistema de Universidad Abierta y a Distancia (SUA); con el fin de regularizar académicamente al personal docente de las escuelas de Enfermería del Instituto, así como al personal directivo de los diferentes niveles de atención, se amplió su aplicación en las escuelas del Instituto con sedes en Guadalajara, Jalisco; Hermosillo, Sonora; Tijuana, Baja California; y Mérida, Yucatán, lo que representó en agosto de 2001 un egreso de 354 enfermeras con nivel de licenciatura en Enfermería y obstetricia.

Como parte del Programa Estratégico para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Procesos de Formación de las Enfermeras del IMSS, el 8 de octubre de 2001 el Director General del IMSS, Dr. Santiago Levy Algazi, y el Dr. Juan Ramón de la Fuente, rector de la UNAM, con la participación de la directora de la ENEO Susana Salas Segura y la secretaria ejecutiva del Comité Normativo de Enfermería del IMSS, María Navora Camarillo, se firmó el Convenio General de Colaboración, Apoyo Académico y Administrativo entre ambas instituciones.*

En el marco de este convenio se incrementaron las sedes de estudios en las unidades de atención médica del Instituto, que egresaron a 403 alumnos en la generación 2002- 2003, procedentes de 14 Delegaciones con una eficiencia terminal de 100%.

En el ciclo académico de 2003 a 2004 se incorporaron ocho Delegaciones más con un egreso de 393 alumnos; para el ciclo 2004-2005 ingresó la tercera generación con un incremento de 11 Delegaciones, alcanzando el Programa por Profesionalización del personal de Enfermería con cobertura en 34 Delegaciones del IMSS y una matrícula de 905 alumnos.³

Especial mención merece el proyecto que se desarrolló para cubrir las necesidades de capacitación de las auxiliares de área médica del Programa IMSS-COPLAMAR que fueron habilitadas en la década de 1980 para desempeñarse en la aplicación de un Modelo de Atención Integral a la Salud, capacitando a jóvenes mayores de 18 años, originarias de las comunidades indígenas y marginadas, que contaban con certificado de educación primaria, hablantes del dialecto de la localidad y el español, a quienes después de cursos teórico-prácticos de tres a cinco meses se les asignó la categoría de AAM, resaltando de manera específica las acciones de enlace entre la comunidad y el médico. Con esta capacitación se respondió a los propósitos esenciales de atención a la salud de más de 10 millones de habitantes de las zonas rurales, la población más necesitada del país.

A los resultados del desempeño dedicado y comprometido de las AAM se suma su entusiasmo y el interés del personal directivo del Comité de Enfermería que en trabajo conjunto con la Coordinación de Educación en Salud y la Coordinación del Programa IMSS-Solidaridad desarrollaron programas específicos de capacitación con diseño de materiales didácticos especiales para la actualización del personal de las unidades médicas regionales y los hospitales regionales, procurando el desarrollo de competencias profesionales con un alto sentido humano.

Durante el ciclo 2000-2001 se registró como un hecho histórico la certificación de 8,248 AAM como auxiliares técnicos en Enfermería con reconocimiento académico institucional, lo que permitió a las egresadas poder continuar sus estudios en la carrera técnica de Enfermería. Así, al cubrir los requisitos académicos este hecho se convirtió en el punto de partida para su profesionalización, aspecto muy estimulante para los egresados, pues al alcanzar otro nivel de formación —lo que indudablemente se reflejaba en una mejor práctica— también se expresaba en el reconocimiento de su comunidad de origen, como una acción motivadora para el progreso de las regiones.⁴

Con el fin de dar continuidad a este proyecto, en abril de 2004 se firmó el Convenio Específico de Colaboración entre la ENEO-UNAM y la Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades, acercando la educación universitaria a través del Sistema de Universidad Abierta y a Distancia a las auxiliares técnicas en Enfermería para su titulación como enfermeras técnicas; la primera gene-

* Firma del Convenio General de Colaboración, Apoyo Académico y Administrativo IMSS-UNAM, 2001.

ración se estableció como sedes en 34 hospitales rurales de nueve Delegaciones del IMSS. Egresaron 686 alumnas al término de este ciclo escolar en julio de 2007, coronando este gran éxito con la presentación de 620 alumnas al examen profesional y acreditando 598 enfermeras, lo que representó un índice de titulación de 90%.

En las dos siguientes generaciones se incorporaron tres Delegaciones más, con 140 alumnas que continuaron sus estudios en Enfermería en los siguientes semestres.^{5,6}

La semilla quedó sembrada con la aplicación de este programa. A través de los años la profesionalización de las enfermeras se ha convertido no sólo en una estrategia institucional, sino que es un reto personal que ha permitido a lo largo de los tiempos incorporarse a trabajadores del Instituto de diferentes categorías como una opción de crecimiento personal con alto sentido de identidad institucional y compromiso con la disciplina, lo que permite garantizar una atención profesional de Enfermería con calidad y un alto sentido humano a la población más necesitada del país.

Mejora de la calidad de la prestación de los servicios de Enfermería

Programas Integrados de Salud

Para hacer frente a los retos demográficos y epidemiológicos que vivía el país durante el periodo 2000-2008 resultaba imperativo dejar de privilegiar el acto clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional; en lugar de ello se debía fortalecer la promoción de la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad.

En congruencia con estos hechos, el IMSS impulsó diversas iniciativas. Entre ellas resaltan los Programas Integrados de Salud (PrevenIMSS): “Estrategia de prestación de servicios que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, la detección y el control de enfermedades, la salud sexual y reproductiva, así como la atención médica; ordenándolas en cinco grupos de edad: Programa de Salud del Niño, Programa de Salud del Adolescente; Programa de Salud de la Mujer, Programa de Salud del Hombre y Programa de Salud del Adulto Mayor”.⁷

El Comité de Enfermería durante la gestión 2000-2008 contribuyó al desarrollo y la implementación de la estrategia PrevenIMSS a través de las siguientes actividades:

- Coordinó durante los meses de julio a septiembre de 2004 el diseño de una encuesta con su respectivo instructivo de aplicación y el sistema de información para la captura de ella. La encuesta se validó en octubre de 2004 dentro del marco de la II Reunión Nacional de Coordinadoras de Enfermería, y se aplicó en los meses de noviembre y diciembre a poco más de 8,000 enfermeras del Régimen Obligatorio en el primer nivel de atención y en el Programa IMSS-Oportunidades a poco más de 3,000 enfermeras. Es necesario resaltar que las coordinadoras delegacionales de salud pública fueron las responsables del levantamiento y la captura de la información, con el apoyo de los coordinadores médicos de salud pública, y el Comité de Enfermería de concentrar la información e integrar una base de datos para su análisis en enero de 2005.
- En 2004 el Comité de Enfermería participó en el proyecto de investigación “Enfermería en la Atención Primaria”, dirigido por la Coordinación de Políticas de Salud, de la Dirección de Prestaciones Médicas. Su intervención consistió en:
 - a. Diseño y elaboración de los indicadores para la evaluación de la calidad de la atención proporcionada por Enfermería.
 - b. Diseño de los procesos específicos a realizar por la enfermera de atención primaria.
 - c. Desarrollo del programa de capacitación a dicho personal.
 - d. Desarrollo de la propuesta del perfil del puesto de enfermera de atención preventiva integrada; en consenso, las integrantes del comité proponen que fuese una licenciada en Enfermería con conocimientos y habilidades en atención primaria a la salud.



Evaluación de la calidad del cuidado de Enfermería en las unidades médicas del Régimen Obligatorio e IMSS-Oportunidades

Ante la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud, integrada por todas las instituciones del Sector Salud, el Comité de Enfermería representó al IMSS durante el periodo de 2001 a 2008. Esta comisión analiza, prioriza y decide los proyectos y las líneas estratégicas de Enfermería en México.

En 2002 esta comisión estableció como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal el desarrollo del proyecto Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, para lo cual conformó un equipo de trabajo con las representantes de las instituciones.

El objetivo general del proyecto fue mejorar la calidad, la oportunidad y la calidez de los servicios de Enfermería, definiendo criterios que constituyen herramientas de medición que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de Enfermería se brinden con oportunidad; en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.

Las acciones desarrolladas incluyeron la elaboración y el consenso del concepto de calidad de los servicios de Enfermería, la definición y el desarrollo de tres indicadores, y el desarrollo del Proceso de Evaluación de la calidad.⁸

La calidad de los servicios de Enfermería se conceptualizó como “La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de Enfermería, de acuerdo con estándares definidos para su práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”.⁹

Los indicadores desarrollados en la primera etapa fueron:

- Dimensión técnica:
 - Cumplimiento de los criterios básicos para la administración de medicamentos por vía oral.
 - Vigilancia y control de las venoclisis instaladas.
- Dimensión interpersonal: trato digno.

El personal de Enfermería del IMSS se incorporó a la Cruzada Nacional por la Calidad en el primer cuatrimestre de 2004, con la participación y el compromiso de las coordinadoras delegacionales y los jefes de enfermeras, mediante una prueba piloto en las 37 Delegaciones del IMSS, con la finalidad de validar los indicadores en las unidades médicas de primero y segundo niveles de atención del Régimen Obligatorio y de IMSS-Oportunidades. Con base en los resultados de la prueba piloto y las sugerencias del personal de Enfermería de las 37 Delegaciones, el Comité de Enfermería realizó las adecuaciones pertinentes para el IMSS en sus dos regímenes. Los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los criterios de los tres indicadores a diciembre de 2004 fueron los siguientes:

1. Trato digno por parte del personal de Enfermería: 95%.
2. Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos vía oral: 93%.
3. Vigilancia y control de las venoclisis instaladas: 93%.

A finales de 2007 se logró consolidar la cultura de la medición en el personal de Enfermería en relación con la calidad de la atención; se obtuvieron porcentajes de eficacia en el cumplimiento de los criterios de cada indicador de 95 a 98. En forma paralela a la implementación de los indicadores para medir la calidad de la atención, se participó con la Comisión Interinstitucional de Enfermería en la elaboración de los siguientes documentos:

1. Lineamientos para la Mejora Continua de la Calidad de la Atención de Enfermería.
2. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente.
3. Código de ética para el personal de Enfermería de México en todo el Instituto.

En el interior del IMSS se actualizó y difundió la normatividad de Enfermería vigente, se desarrollaron acciones de capacitación y actualización para implementar el sistema de monitoreo de la calidad de la atención, se difundieron los Lineamientos para la Mejora de la Calidad de la Atención de Enfermería, se monitoreó y dio seguimiento cuatrimestral a los resultados emanados de la aplicación de los indicadores en 220 unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención y en 69 hospitales rurales de IMSS-Oportunidades.

Programa de reconocimiento a la actuación del personal de Enfermería

El Programa de reconocimiento al personal de Enfermería se inició en 1990 y premió la actuación laboral a través de una cédula que integró aspectos de competencia laboral, eficiencia, colaboración en el trabajo y asiduidad; sin embargo, los criterios ponderaban más la asistencia y la antigüedad del personal. En 2000 se descentralizó el programa en las Delegaciones y se direccionó el objetivo para reducir el ausentismo no programado y mejorar la calidad. En 2001 se rediseñó la forma de evaluar, y el Comité de Enfermería tuvo una participación crucial en el diseño de una nueva metodología de evaluación, cuyo objetivo fue impulsar el desempeño laboral (clínica, educativa, administrativa) y la superación profesional para mejorar la calidad de la atención en los servicios del Instituto, en virtud de que el personal de Enfermería tenía más participación en las actividades de docencia e investigación (tutoría clínica a grupos en formación y capacitación, la docencia, ponentes en eventos académicos) y no eran reconocidas. Así, el comité se dio a la tarea de diseñar y desarrollar diversos instrumentos de evaluación tanto para el Régimen Obligatorio como para IMSS-Oportunidades:

1. Evaluación del desempeño clínico en las unidades de menos de cinco consultorios.
2. Evaluación de pares que se aplicó en las unidades con más de cinco enfermeras con categoría de base y de confianza.
3. Evaluación de la productividad para el personal de nivel central, delegacional, escuelas de Enfermería. Instrumentos que fueron sistematizados con el apoyo de la entonces Coordinación de Planeación y Desarrollo. Esta metodología estableció las bases para una evaluación más objetiva y justa, así como para ponderar el desarrollo profesional de Enfermería.

Reordenamiento del nivel salarial y diagnóstico de plazas vacantes del personal de confianza

Con base en las líneas estratégicas planteadas a la Dirección de Prestaciones Médicas por el Comité de Enfermería, y en congruencia con el impulso y los resultados del plan de profesionalización del personal en 2004, se planteó la necesidad de un reordenamiento del nivel salarial de las plazas de confianza del personal de Enfermería, así como el diagnóstico de las plazas autorizadas y vacantes del personal de confianza por delegación y categoría; ambos estudios fueron entregados para su análisis a la Dirección de Prestaciones Médicas y a la Dirección de Desarrollo de Personal y Organización.

El comité realizó un estudio y un análisis del perfil profesional de Enfermería entre 2005 y 2006, y se obtuvieron resultados reveladores: en las diferentes categorías se identificó personal de Enfermería con nivel de licenciatura, lo que resultó alentador, y un área de oportunidad para rediseñar el modelo de atención actual, ampliar responsabilidades y aplicar las competencias obtenidas para mejorar la calidad y la oportunidad de la atención, de igual forma revisar los profesiogramas para que se ajusten a las competencias y las funciones diferenciales por categoría.¹⁵

Los avances alcanzados en este periodo en términos de reordenamiento de las plazas y los niveles salariales empezaron a dar frutos en virtud de que el gremio de Enfermería desarrolló una cultura de mayor apego a la capacitación y la profesionalización. Sin embargo, aún faltaba mucho por hacer, ya que la meta para lograr los indicadores internacionales que marca la Organización Mundial de la Salud obliga a continuar con los esfuerzos.¹⁶



Desarrollo de la investigación en Enfermería

En el IMSS la investigación en Enfermería entre 2000 y 2008 fue incipiente; las políticas o líneas de investigación cobraron efecto acerca de cómo orientarán de manera clara la participación fehaciente de Enfermería en este campo. Posiblemente un factor condicionante fue la formación profesional con carácter racional y tecnocrático, y otro fue el nivel académico, en el que el mayor porcentaje del personal de salud de ese entonces contaban con estudios a nivel técnico y un menor número incursionaban en estudios de posgrado. Algunos estudios reportan que quienes desarrollan investigación y publican sus resultados son las enfermeras con maestrías y doctorados del ámbito educativo más que de las instituciones de salud.^{8,17,18}

Ante esta perspectiva aún desconocida en el Instituto, el comité tenía que emprender, a la par con el programa de profesionalización, un proyecto para conocer “el nivel académico y las expectativas de desarrollo del personal de Enfermería” a nivel nacional; así, en 2001 se realizó una primera encuesta que fue el diagnóstico situacional para el proyecto de profesionalización y en 2005 se llevó a cabo la segunda encuesta para documentar el avance en la profesionalización. De ambas encuestas se diseñaron los instrumentos y con el apoyo delegacional se levantó la información; el análisis estuvo a cargo del comité.

En la primera encuesta la tasa de respuesta en el Régimen Obligatorio fue de 77.8% (63,020 enfermeras) y en IMSS-Oportunidades fue de 87.4% (9,141 enfermeras). En la segunda encuesta se tuvo una tasa de respuesta de 77.8% en el Régimen Ordinario y de 90% en IMSS-Oportunidades. En efecto, el programa de profesionalización cobró relevancia al pasar el porcentaje de enfermeras con nivel licenciatura de 9.3 a 18%. En el segundo y tercer niveles de atención el cambio pasó de 10 a 16%. Además, se encontró que 399 enfermeras contaban con maestría y seis enfermeras estaban en formación de estudios de doctorado.¹⁹

Con estos resultados fue posible argumentar que el personal de Enfermería estaría preparado para rediseñar el modelo de atención, ampliar la responsabilidad, aplicar otras competencias y contribuir con nuevo conocimiento, además de que se requería fortalecer el campo de la investigación en aras de mejorar la calidad de la atención y los programas prioritarios del Instituto.

Así, el programa de trabajo de 2007 del comité marcó como objetivo propiciar que el personal de Enfermería se desarrollara en el área de investigación en salud dentro o fuera de su unidad médica e incrementara su participación en foros nacionales e internacionales, cursos de educación continua y desarrollo de proyectos, con la meta de desarrollar proyectos con énfasis en medir la eficiencia y el impacto de la calidad de la atención, con el consecuente impulso de la publicación de sus resultados en la *Revista de Enfermería del IMSS*. En ese entonces la publicación se tornaba incipiente, por lo que el Comité de Enfermería también consideró como parte del plan de trabajo impulsar las estrategias de la revista con la participación de las coordinadoras en el Consejo Editorial. La revista estaba indexada en Artemisa, CUIDEN, AMERBAC y LILACS, y llevaba ocho años de publicaciones ininterrumpidas.⁹

Actividades complementarias

Página web de Enfermería

Con la finalidad de fortalecer las redes de comunicación con el personal de Enfermería de las 37 Delegaciones del IMSS y de sus respectivas unidades médicas tanto del Régimen Ordinario como de IMSS-Oportunidades, el comité diseñó la página web de Enfermería con el valioso apoyo de la Coordinación de Informática Médica. Esta página entró en servicio en septiembre de 2004.

La página web de Enfermería se ubicaba en el portal de la Dirección de Prestaciones Médicas, contaba con el sitio de Educación e Investigación, Salud Pública y acceso directo a la *Revista de Enfermería del IMSS*, y un sitio de Biblioteca con enlaces a las revistas de Enfermería nacionales e internacionales. Al cierre de 2006 la página web de Enfermería fue visitada por 90,089 usuarios.⁹

Actividades para fortalecer la capacitación gerencial del personal directivo de Enfermería

En julio de 2005 se llevó a cabo el curso “Alta gerencia y liderazgo para personal de Enfermería directivo”, resultado del convenio de colaboración con la Escuela de Enfermería de Georgetown. Treinta enfermeras desarrollaron competencias relacionadas con la alta gerencia. Aunado a ello, el IMSS otorgó 35 becas para cursar el Diplomado en alta dirección, impartido por el Instituto Tecnológico Autónomo de México de la capital del país.²⁰ Durante 2006 se participó en el Programa de Gobierno de Japón para asistir al curso “Actualización sobre administración de hospitales”, el cual se desarrolló en la ciudad de Tokio. Asimismo, se obtuvo financiamiento de cinco becas para estudiar en España para realizar estudios de maestría en gerontología, en apoyo al programa gerontológico de la institución.²¹

Las acciones del Comité de Enfermería relacionadas con la estrategia PrevenIMSS han constituido una plataforma importante para avanzar, privilegiar y promover la salud preventiva en las Unidades de Medicina Familiar. Ahora es prioritario construir una nueva historia, ya que el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades no transmisibles requieren cuidados durante toda la vida, lo cual evidencia la necesidad de ampliar el rol del profesional de Enfermería y el de las enfermeras de práctica avanzada que surgió en Canadá y EUA a mediados del decenio de 1960.

Las acciones del Comité de Enfermería del IMSS, encaminadas a mejorar la calidad de la atención, han constituido un fundamento importante para avanzar en la cultura de la medición; sin embargo, es necesario mejorar la calidad de la atención en problemas específicos, por ejemplo, los problemas de salud que parecen difícilmente controlables, como la “epidemia bajo las sábanas”, conocida como úlceras por presión, que por su prevalencia y magnitud son preocupantes.

Se desarrollaron e implementaron instrumentos de evaluación para el Programa de reconocimiento al personal de Enfermería, que cumplió con su cometido para hacer más objetiva y justa la evaluación e impulsar el desarrollo profesional del gremio.

En el comité se desarrollaron acciones relacionadas con la imperativa necesidad de actualizar los perfiles profesionales y profesiogramas de la rama de Enfermería, los indicadores para la dotación de personal con base en la complejidad del cuidado y el nivel de preparación académica; asimismo, se efectuó el análisis técnico para la retabulación salarial, situación que requiere la sensibilidad y la convergencia de liderazgos de las áreas médica, administrativa, de Enfermería y sindical.

El desarrollo de la investigación en Enfermería en el Instituto ha avanzado; sin embargo, aún quedan por definir políticas, impulsar líneas de investigación prioritarias acordes a los retos institucionales, continuar con la profesionalización, la formación de investigadores, la sinergia de redes de investigación y la mayor financiación.

Las actividades desarrolladas por el Comité de Enfermería permitieron construir a lo largo de su gestión el desarrollo de nuevas competencias de dirección y la convergencia de talento, liderazgo y difusión de conocimiento para alcanzar la razón de ser del comité, que es brindar apoyo y asesoría a la Dirección General a través de la Dirección de Prestaciones Médicas en la toma de decisiones en el ámbito de Enfermería.

TRANSICIÓN DE LA DIVISIÓN DE PROGRAMAS DE ENFERMERÍA A LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Fabiana Maribel Zepeda Arias, Julia Echeverría Martínez

A lo largo de los 80 años del IMSS ha estado presente la disciplina de Enfermería, la cual ha enfrentado grandes retos en la evolución de la salud de la población derechohabiente, colocándola como



el pilar fundamental de la toma de decisiones en los procesos de atención a los pacientes, la familia y la comunidad, fortaleciendo su misión en los diferentes niveles de atención médica y dando respuesta a lo largo de la historia de los valores de la profesión de Enfermería.

En 1991, como parte de la estructura de la Subdirección General Médica, el IMSS incorporó las jefaturas de los Servicios de Salud Pública, Salud Reproductiva y Materno Infantil, Salud en el Trabajo, Atención Médica y Educación, así como una Comisión de Cuadros Básicos y la Unidad de Planeación e Infraestructura Médica.

En 1995 se decretó el cambio de la Subdirección General Médica a Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), con una estructura de seis coordinaciones: Salud Comunitaria, Salud Reproductiva y Materno Infantil, Salud en el Trabajo, Atención Médica, Educación Médica e Investigación Médica, y Unidad de Control Técnica de Insumos.

En la estructura de cada una de las coordinaciones se incorporó la categoría de Enfermería N50: Coordinadora de Programas de Enfermería, con funciones sustantivas de acuerdo con los objetivos de cada una de las coordinaciones y con injerencia en las Delegaciones en las que se contaba con personal operativo de cada una de las coordinaciones.

En 2000 el Director General del IMSS, Lic. Genaro Borrego Estrada, durante la ceremonia del Día de la Enfermera, reiteró el apoyo al personal de Enfermería, manifestando la necesidad de contar con personal directivo de Enfermería, por lo que el Dr. Mario Madrazo Navarro, Director de Prestaciones Médicas, presentó ante el Consejo Técnico con fundamento a la Ley del Seguro Social la conformación del Comité de Enfermería, constituido por la representatividad de cada una de las enfermeras adscritas a cada coordinación. La adecuada resolución de la gestión de los servicios de Enfermería y la vinculación de sus funciones con las políticas institucionales han contribuido a una mejoría de la calidad de la atención de Enfermería.

Durante la administración del Lic. Daniel Karam Toumeh, Director del Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Dr. Santiago Echevarría Zuno, Director de Prestaciones Médicas, se tomó la decisión de incorporar una División de Programas de Enfermería, situación que quedó plasmada en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas.

Uno de los objetivos de la DPM de ese entonces consistía en mejorar la calidad de los servicios de Enfermería e incrementar la eficiencia operativa en los procesos de atención integral del Instituto. En 2011 se incorporó en la estructura de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud a la División de Programas de Enfermería (DPE) como eje rector de las estrategias que permitieran incrementar la eficiencia directiva y operativa a través de la integración y la vinculación de las coordinaciones de la DPM.

Principales logros de vinculación interinstitucional de la División de Programas de Enfermería

En 2011 se trabajó en la modificación de los perfiles laborales de las coordinadoras de Enfermería y se logró la retabulación salarial del nivel 50 al nivel 57, otorgada a 22 enfermeras de confianza de las diferentes coordinaciones, así como la incorporación del nivel 62: Jefes de Área de Enfermería para conformar la DPE. La evolución epidemiológica y el incremento de las enfermedades renales y oncológicas dieron margen al establecimiento de reuniones de trabajo entre la DPE y la representación sindical, con lo que se logró la conformación del Plan de Estudios de los Posttécnicos de Enfermería en Nefrología y Oncología y la incorporación de los profesiogramas correspondientes en el Contrato Colectivo de Trabajo.

El envejecimiento de la población derechohabiente y la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas sustentaron la necesidad de incorporar acciones específicas para el manejo de este grupo, con la contribución del personal de Enfermería en la creación de la Guía de Práctica Clínica relacionada con el síndrome de inmovilidad.

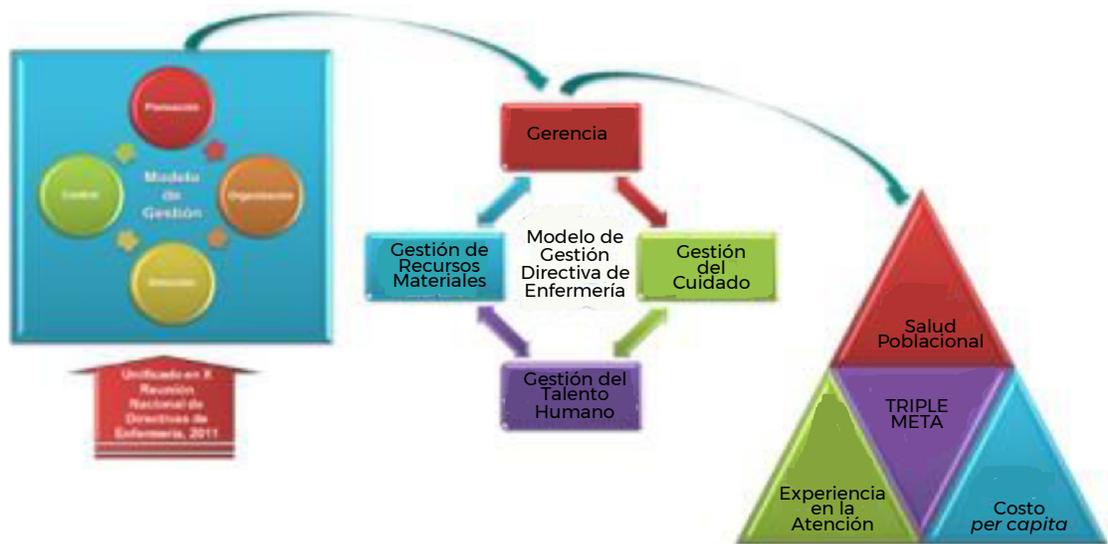


Figura I-1. Modelo de gestión directiva de Enfermería.

Líneas estratégicas de la División de Programas de Enfermería

La gestión directiva de Enfermería representa una ardua labor en los servicios de salud del IMSS, debido al gran número de profesionales de Enfermería que laboran en los diferentes niveles de atención, por lo que es necesario medir el desempeño profesional de los procesos sustantivos con el objetivo de otorgar una atención de calidad y libre de riesgos. Por ello, en forma conjunta con las coordinaciones de los tres niveles de atención de la DPM se incorporó el Modelo de Gestión Directiva de Enfermería, que constituye un sistema de gestión de los servicios de Enfermería a través de la planeación, la organización, la dirección y el control de los cuatro subprocesos sustantivos: gestión administrativa, gestión del talento humano, gestión de recursos y gestión del cuidado del paciente (figura I-1).

Gerencia

La gestión directiva de Enfermería es una herramienta operativa que articula los procesos y los programas desde el nivel delegacional hasta las unidades médicas en los tres niveles de atención. A partir de 2014 se determinaron las directrices para unificar la estructura de los documentos de gestión con base en la metodología de la planeación estratégica que permitiera guiar los procesos del profesional de Enfermería, por lo que de manera conjunta con las coordinaciones de la DPM se elaboraron las Cédulas de Evaluación de la Gestión Directiva de las jefas de enfermeras, las subjefas de enfermeras y las enfermeras jefas de piso, las cuales fueron validadas a través de una prueba piloto.

Gestión del talento humano

El proceso de capacitación está sustentado en el desarrollo de habilidades y destrezas que permiten contar con capital humano competente para brindar respuestas al requerimiento de las demandas de salud de la población y otorgar atención con calidad y calidez a las personas derechohabientes.

En 2014 se realizó la capacitación de 4,386 enfermeras con la finalidad de estandarizar los procesos de atención de Enfermería.

En coordinación con la División de Innovación Educativa se participó en la elaboración de los contenidos del curso en línea de Habilidades para la gestión directiva.



El comportamiento epidemiológico del manejo de heridas agudas y crónicas, el pie diabético, los estomas y las lesiones por presión contempla una atención multidisciplinaria para la identificación de los factores de riesgo. En 2015 la DPE se vinculó con la ENEO para otorgar el reconocimiento de la capacitación de 70 coordinadoras delegacionales de Enfermería de Prevención y Atención a la Salud, 10 directoras de Enfermería de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y subjefas de Enfermería, logrando una estandarización de la capacitación a 21,780 enfermeras y enfermeras de las 35 Delegaciones del Instituto.

Gestión de recursos

En el IMSS el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos tiene la finalidad de servir de herramienta informática para el desarrollo de estrategias de planeación, contratación, distribución y utilización de la capacidad del talento humano de los recursos de Enfermería, lo cual sustentó la realización de un diagnóstico situacional de las 35 Delegaciones y de las 25 UMAE, con un registro de 68,425 personas, que fue la cifra basal para incrementar el registro. En 2011 se inició un proceso de capacitación y supervisión de las plataformas del sistema, con la finalidad de actualizar las altas y las bajas de los registros de Enfermería. La respuesta de las coordinadoras delegacionales y las jefas de enfermeras llevó a que en 2016 se incrementara el registro a 91,730, por lo que entonces se estableció como meta la incorporación de 10% de nuevos registros en relación con la plantilla de plazas ocupadas del SIAP-12/2017, que era de 108,981. La apertura de nuevas unidades médicas refleja un incremento de 116,854 plazas, de acuerdo con el SIAP-22/2018. Es importante resaltar que el promedio de enfermeras por cada 1,000 habitantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos es de 8.8. Al mes de junio de 2017 el indicador de recursos humanos de Enfermería (109,872) en el IMSS era de 1.98 enfermeras por 1,000 personas derechohabientes adscritas (55'279,492), cercano al referente nacional, 2.6.

Gestión del cuidado del paciente

En los últimos años se ha incrementado la incidencia de pacientes con heridas agudas y crónicas derivadas de la presencia de padecimientos crónico-degenerativas que condicionan la postración. A partir de 2016 se inició la evaluación del manejo heridas agudas y crónicas, y el personal de Enfermería otorgó 560,414 atenciones a pacientes con heridas quirúrgicas infectadas (283,648), pie diabético (175,047) y úlceras por presión (101,719).

Indicadores de calidad y seguridad

Uno de los objetivos de la atención de Enfermería es proporcionar atención de calidad con un enfoque de riesgo. Esto permitió realizar en 2011 un diagnóstico y sistematizar el proceso de evaluación, el cual se consolidó en 2013. El patrón de comportamiento de las 35 Delegaciones y las 25 UMAE durante 2017 y 2018 mostró un impacto en la atención de Enfermería, con un registro de 97.4% en el indicador de trato digno, 95.5% en la vigilancia y el control de las venoclisis, 91.8% en la prevención de úlceras por presión, 92.1% en la prevención de caídas en los pacientes hospitalizados, 93.9% en la vigilancia y el control de la hiperbilirrubinemia en el paciente neonato, 96.6% en los cuidados de Enfermería para el recién nacido prematuro, 96.1% en la administración de medicamentos por vía oral y 91% en la prevención de infecciones de las vías urinarias en los pacientes con sonda vesical de vías urinarias.

La perspectiva y los resultados de esta estrategia nacional exigían continuar mejorando el sistema e innovar en la calidad de la información, por lo que en el primer semestre de 2018 se incorporaron al Manual Metodológico de Indicadores Médicos, que es el documento técnico-normativo que concentra los indicadores, los criterios y los estándares para la evaluación y el monitoreo de las prestaciones médicas. Los resultados de los indicadores se publican en el portal de intranet de la División de Diagnóstico de los Servicios de Salud.¹⁷

En 2018 el área de Enfermería tenía la representatividad laboral de 110,236 plazas de personal de base y 3,435 plazas personal de confianza “B” de acuerdo con el Sistema de Información Administración de Personal, quincena 12/2018. La profesión de Enfermería es contemplada como parte del sistema de educación superior y en el Instituto tiene el nivel académico de licenciatura, por lo que ha sido un reto en esta década la incorporación al tabulador salarial correspondiente; para tal efecto la toma de decisiones en Enfermería requiere la implementación de políticas de salud dirigidas a mejorar el proceso de atención de Enfermería en beneficio de la población usuaria y del profesional de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Transición en la División de Programas de Enfermería

Cada cambio que experimentan las organizaciones debe imperativamente implicar nuevas formas de enfocar los esfuerzos para continuar con el cumplimiento de los objetivos institucionales; no obstante, lograr que el cambio suceda de manera ideal es un reto para las instituciones y más aún para quienes las dirigen.

Sin duda, la iniciativa del entonces Comité de Enfermería para proponer la creación de la División de Programas de Enfermería en 2011 ha permitido que el gremio incursione en diversas actividades intrainstitucionales y extrainstitucionales; no obstante, los esfuerzos por avanzar se presentan con matices distintos pero siempre con oportunidades de mejorar el desempeño del personal de Enfermería ante los retos que exige un sistema de salud aún fragmentado y complejo, pero con la convicción de recuperar y conservar la salud de la población que atiende el IMSS.

En este sentido, la toma de decisiones respecto al ejercicio de la Enfermería en la institución más grande de Latinoamérica requiere la selección de líderes de Enfermería con competencias deseables para dirigir a la mayor fuerza laboral del IMSS a fin de direccionar los esfuerzos hacia un objetivo centrado en los pacientes, por lo que; cuando un personaje clave decide retirarse de la institución por cualquier motivo, irremediamente desequilibra la estabilidad operativa de la organización, pero al mismo tiempo permite reflexionar sobre los logros y retos por vencer.

En este contexto, en 2019 la enfermera Julia Echeverría, entonces titular de la DPE, decidió concluir su vida laboral bajo el concepto de jubilación por años de servicio, por lo que en ese momento los tomadores de decisiones plantearon la posibilidad de prescindir de la DPE; no obstante, el Dr. Juan Manuel Lira Romero, entonces titular de la Unidad de Atención Médica dependiente de la DPM, convencido de la importancia del trabajo multidisciplinario y de las competencias del personal de Enfermería, impulsó la permanencia de la DPE y emitió una convocatoria para ocupar la plaza que había quedado vacante; dicha convocatoria estuvo dirigida al personal de Enfermería adscrito a las coordinaciones normativas de nivel central, y obtuvo la participación de 14 enfermeras y enfermeros. Después de un proceso de selección que incluyó el análisis de cada currículo, la revisión de antecedentes laborales y personales, y una entrevista presencial, el Dr. Lira comunicó a la maestra Fabiana Maribel Zepeda Arias la decisión de haber sido seleccionada como titular de la DPE a partir del primero de septiembre de 2019.

Fue entonces cuando inició otra etapa para la Enfermería en el IMSS, ya que el reto era continuar con los proyectos, proponer nuevas formas de abordar y transformar la Enfermería, y al mismo tiempo propiciar la visibilidad y el liderazgo de la gente del área de Enfermería.

A unos meses de la gestión de la DPE por parte de la maestra Zepeda, llegó a México la pandemia por COVID-19, situación que dejó en prioridades distintas los proyectos innovadores para dar paso a otros relacionados con la atención a la emergencia sanitaria (descrita en el Capítulo 3). Sin duda, un escenario que se tornó complicado para la DPE, en especial porque dejó de tener 12 plazas de personal directivo de Enfermería para contar con sólo cinco (figura I-2).

Son innumerables las acciones que se realizaron en la DPE, algunas en conjunto con las coordinaciones normativas de los tres niveles de atención, en el entendido de que la división estableció como





Figura 1-2. Integrantes de la División de Programas de Enfermería, 2019. De Izquierda a derecha: Mtra. Patricia Astudillo García, Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias, Lic. Ramón Rea Salamanca, Mtra. Marisela Moreno Mendoza y Lic. Claudia Hernández Cruz.

propósito la vinculación de las áreas normativas de Enfermería del nivel central que contribuyeran a fortalecer la comunicación y la gestión directivas a favor de la atención integral de la población protegida por el Instituto.

Una de las acciones prioritarias de la DPE fue desarrollar líneas estratégicas para fortalecer la gestión directiva de Enfermería y el liderazgo a través de la capacitación a 100% del personal asignado a los niveles estratégicos y tácticos en las UMAE y los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.¹⁸ En este contexto, y con el propósito de coadyuvar a mejorar la calidad y la seguridad de la población derechohabiente a través de las acciones y las actividades que realiza el personal de Enfermería, se implementaron las siguientes líneas estratégicas:

- Regular la práctica de la Enfermería en la atención a pacientes con enfermedades crónicas, así como sus complicaciones, a través de la participación en el desarrollo y la implementación de los Protocolos de Atención Integral, los cuales establecen lineamientos que debe seguir el personal de salud de los tres niveles de atención para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con enfermedades del corazón, como hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, infarto agudo del miocardio y diabetes mellitus.
- Participación multidisciplinaria para la implementación del plan de intervención para la atención durante la pandemia por COVID-19.
- Fortalecer la evaluación de los procesos de Enfermería a través de la sistematización de información en las gestiones directiva, táctica y operativa.

- Mejorar la calidad en el registro de formatos fuente que son competencia del personal de Enfermería, a fin de incrementar la productividad.
- Estandarizar la práctica de Enfermería en el reprocesamiento estéril de dispositivos médicos, cura avanzada de heridas y terapia de infusión.

En la DPE se obtuvieron avances importantes en la implementación de las líneas estratégicas descritas; no obstante, se trata de procesos inacabados que requieren mejora continua e implican al menos tres años para consolidar su banda de madurez en la organización.¹⁹ Con al menos 14 proyectos de implementación en proceso a cargo de un reducido equipo de trabajo en la DPE y en medio de la pandemia por COVID-19, se experimentó la transición a la Coordinación Técnica de Enfermería, por lo que la DPE dejó de existir en la estructura de la DPM el 30 de septiembre de 2021.²⁰

Creación de la Coordinación Técnica de Enfermería

Los últimos tres meses de 2019 fueron claves para plantear y diseñar la propuesta para la creación de la Coordinación de Enfermería; sin embargo, los tomadores de decisiones consideraron que no era el momento, toda vez que aún no se entregaban resultados tangibles del trabajo de Enfermería en el nivel estratégico. El 28 de febrero de 2021 el Dr. Víctor Hugo Borja Aburto, entonces director de la DPM, dejó el cargo para cumplir con la encomienda del Lic. Andrés Manuel López Obrador, presidente de México, de atender la Coordinación Nacional Médica del Instituto de Salud para el Bienestar, por lo que el 1 de marzo de 2021 el H. Consejo Técnico del IMSS nombró como titular de la DPM a la Dra. Célida Duque Molina, quien instruyó la reestructuración de la DPM para hacerla más eficiente y eficaz; fue entonces que se propuso por segunda ocasión la creación de la Coordinación de Enfermería, situación que se concretó el 1 de octubre de 2021.

El trabajo para convencer a quienes toman las decisiones fue sumamente difícil; la elaboración del proyecto y la exposición de los beneficios para el gremio y para los derechohabientes fueron dos elementos que respaldaron la propuesta de integrar la Coordinación Técnica de Enfermería (CTE) a fin de consolidar el trabajo transversal y colaborativo de Enfermería con base en su participación para la toma de decisiones en cada uno de los proyectos dentro del IMSS.

Para la creación de la CTE fue necesario integrar al personal que conformaba la entonces División de Programas de Enfermería con el personal de las coordinaciones normativas de los tres niveles de atención. Se analizó la disponibilidad de los recursos humanos y en función de ello se establecieron cinco jefaturas de área y las actividades inherentes a cada una de ellas, con la finalidad de dar estructura y dirección a los esfuerzos que el personal de Enfermería realiza en los diferentes niveles de gestión y en las diferentes coordinaciones normativas, de tal manera que facilite la homologación y el incremento de la calidad de los cuidados, así como la priorización de las necesidades organizacionales, que encuentran sentido en la funciones descritas en el Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas de 2021.

Jefaturas de Área de Enfermería en la CTE:

- Jefatura de vinculación estratégica.
- Jefatura de gestión del cuidado en Enfermería.
- Jefatura de innovación y evaluación.
- Jefatura de gestión del talento humano.
- Jefatura de insumos y vinculación operativa.

Cabe señalar que la CTE se conforma con las jefaturas de área descritas, ya que no tiene autorizadas divisiones como parte de su estructura.

Con el crecimiento en número y estructura, la CTE ha logrado obtener participación activa en la toma de decisiones a nivel estratégico, por lo que el alcance del cumplimiento de sus objetivos es ahora tangible.



A continuación se describen algunos logros de la CTE, a manera de ejemplo, toda vez que no se pretende enunciarlos a detalle, sino mostrar su participación en el contexto de la Dirección de Prestaciones Médicas:

1. Participación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Instituto Nacional de Salud Pública en la implementación de la estrategia para la prevención, la detección y el manejo de todas las formas de malnutrición en el embarazo y los primeros 1,000 días de vida.
2. Coordinación con el Instituto Nacional de Geriátrica para la capacitación de 100% del personal de Enfermería especialista en geriatría de los tres niveles de atención acerca de atención integrada para las personas mayores (ICOPE).
3. Capacitación de personal de Enfermería en temas de salud mental bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud.
4. Participación en el desarrollo del diplomado “Cuidado integral de Enfermería en diabetes con enfoque en atención primaria a la salud”.
5. Desarrollo y administración de riesgos institucionales inherentes a la práctica de Enfermería en el IMSS.
6. Intervenciones específicas para el reordenamiento de los recursos humanos de Enfermería con y sin especialidad, atendidos en los Centros de Referencia Estatal para la Atención del Niño y de la Niña con Cáncer (OncoCREAN), así como capacitación efectiva a nivel nacional acerca de cuidados de Enfermería, hora dorada, valoración de alerta temprana para prevenir el deterioro clínico (escala de valoración de alerta temprana), terapia de infusión y registro en la plataforma digital.
7. Participación con la Comisión Permanente de Enfermería en la formulación de estrategias intersectoriales para la mejora de la calidad de la atención de Enfermería en México.
8. Gestión para la autorización del incremento de más de 3,000 plazas de Enfermería de las distintas categorías en unidades médicas de los tres niveles de atención.
9. Participación activa y efectiva en el diseño, la implementación y la evaluación de los siguientes proyectos estratégicos:
 - Urgencias 24 h/7 días, hospital 360 días.
 - PrevenIMSS revalorizado.
 - Atención Materna Integral (AMIMSS).
 - Atención Pediátrica Integral (PediatrIMSS).
 - Centros de Atención a la Diabetes (CADIMSS).
 - GeriatrIMSS en los tres niveles de atención.
 - Programa Institucional de Salud Mental.
 - Programa para la Prevención y el Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (PCI) y Optimización del uso de antimicrobianos (PROA).
 - Red integrada para la prevención y la atención a las personas con cáncer de mama.
 - Implementación de centros de mezclas.
 - Recuperación de servicios y productividad pospandemia.
 - Certificación de hospitales Amigos del niño y de la niña.
 - Programa de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad (PRISMA).

Adicionalmente se desarrollaron o se encuentran en implementación los siguientes objetivos estratégicos inherentes a la responsabilidad del personal de Enfermería en los niveles estratégico, táctico y operativo:²¹

1. Mejorar las acciones de Enfermería en los módulos PrevenIMSS.
2. Mejora en la calidad de atención de Enfermería en oncología pediátrica.
3. Estrategia nacional para el fortalecimiento de la prevención y el cuidado de heridas.

4. Fortalecimiento en la terapia de infusión.
5. Mejora de las intervenciones en el proceso de esterilización.

Muchos aspectos se encuentran en desarrollo, como el reconocimiento de la licenciatura en Enfermería en el IMSS (descrito a detalle en el último capítulo) y otros aún en el tintero; no obstante, el camino es el correcto, ya que el escalamiento organizacional del personal de Enfermería en nivel central del IMSS ha permitido el desarrollo del liderazgo y la toma de decisiones en los niveles estratégicos y tácticos, como es el caso de los directores de Enfermería en las UMAE, los coordinadores de Enfermería en Atención Médica y Salud Pública, así como la creación de espacios de discusión y trabajo conjunto transversal con el equipo multidisciplinario en las UMAE y los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Rosalinda Ramos López, Isabel Gómez Tepole, Ana María Gutiérrez Nava

México se ha caracterizado por la aplicación de planes y programas derivados del diseño de políticas públicas, planes y programas que con frecuencia manifiestan modificaciones cada vez que hay cambio de gobierno, situación que propicia la falta de continuidad de ellos y obstaculiza la evaluación objetiva del desarrollo y resultados, con la consecuente falta de retroalimentación, lo cual entorpece la mejora.

Debido a la complejidad que representa este escenario teórico en México, la práctica de la política es cuestión del corto plazo, por lo que los criterios actuales no son suficientes para enfrentar la diversidad del pensamiento político y obliga a reconocer la problemática para poder hablar de políticas públicas como herramientas para la solución de esos problemas y sus consecuencias.

Si bien una política pública se asocia a las acciones del gobierno, cualquier acción del gobierno no es necesariamente una política pública. “Las políticas son el diseño de una acción colectiva intencional; el curso que toma la acción como resultado de las decisiones e interacciones que comporta son los hechos reales que la acción produce”. En este sentido, las políticas son “el curso de acción que sigue un actor o un conjunto de actores al tratar un problema o asunto de interés”.

El concepto de políticas presta atención a lo que de hecho se efectúa y lleva a cabo, más que a lo que se propone y quiere. “Las políticas se conforman mediante un conjunto de decisión y la elección entre alternativas”. Dicho de otra manera, “lo concreto y característico de la política pública consiste en que es un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés-beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente, en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que son de naturaleza permanente o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida”.²²

Aguilar⁹ afirma que “la expansión de las libertades políticas y económicas de la sociedad mexicana, en medio de una transformación mundial de corte histórico, plantean a las instituciones del Estado mexicano problemas cruciales de organización y de gestión pública”. Se bosqueja la imprecisión de cómo pueden los grupos constituidos desempeñar un rol destacado ante una sociedad cada vez más demandante, compleja y controversial, invadida por grandes innovaciones tecnológicas, cambios demográficos, desigualdades sociales, pobreza y rezago.²³

La Organización Panamericana de la Salud resalta que la salud es indicativa del desarrollo de un país y una condición indispensable para el logro de los objetivos de las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo



social y de la salud; por lo tanto, las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana.²⁴

En el Sistema Nacional de Salud el profesional de Enfermería representa la primera línea de atención y contacto con la problemática del individuo, la familia y la comunidad, por lo que, en consideración al respaldo legal y político que determinan las capacidades y funciones del profesional de Enfermería,²⁵ resalta la declaración vigente del Consejo Internacional de Enfermería: “Las enfermeras tienen una importante contribución que hacer a la planificación y la adopción de decisiones en los servicios de salud, y a la elaboración de políticas apropiadas y eficaces de salud. Pueden y deben contribuir a la política general pública en lo que se refiere a la preparación de los trabajadores de salud, los sistemas de prestación de los cuidados, la financiación de la atención de salud, la ética en la atención de salud y los factores determinantes de la salud”.²⁶

En su última Asamblea Mundial la Organización Mundial de la Salud designó 2020 como el Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería (matrona), haciendo énfasis en que el mundo precisa que el personal sanitario aumente a 18 millones, a fin de lograr la cobertura sanitaria universal para 2030 y mantenerla. Cerca de la mitad de esa cifra faltante, es decir, nueve millones de trabajadores de la salud, debe estar integrada por personal de Enfermería y partería.^{27,28} Dicho año fue el parteaguas para lograr un mejor posicionamiento como profesionistas de Enfermería con un involucramiento tangible en las políticas públicas.

Es importante resaltar el momento histórico en que el Senado de la República Mexicana en 2021 otorgó un reconocimiento a las enfermeras, como parte de las actividades por el Día Internacional de la Mujer; se aludió a que 79% del personal de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social son mujeres y que todas las categorías médicas entregaban su máximo esfuerzo para atender a los pacientes con COVID-19. La maestra Zepeda, citada por el IMSS, afirmaba “que ningún paciente se quede sin servicios médicos”.²⁹

Para el IMSS es necesario impulsar la aplicación de políticas, programas y acciones que coadyuven al alcance de la misión de “ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para toda la población trabajadora y su familia”.

En el discurso del Director General durante la ceremonia institucional del Día de la Enfermería 2022 quedó manifiesta la importancia que tiene el personal de Enfermería para transitar hacia el Modelo de Atención Integral para la Salud y el Bienestar, ya que su contribución ha sido clave en la historia institucional. En este proceso de cambio destacó la participación del gremio de Enfermería en la gestación, el diseño, la implementación y la evaluación del impacto de las decisiones, los planes y los programas para la atención de la problemática emergente de salud.³⁰

En 2023 el Instituto Mexicano del Seguro Social celebra 80 años de existencia, y se fortalece como referente de la seguridad social en México y América Latina, gracias a la atención de 71.6 millones de personas mediante un equipo de salud conformado por 146,000 enfermeras y enfermeros.³¹

Por esta razón, desde el nivel central el profesional de Enfermería asume el liderazgo en los procesos sustantivos de Enfermería, en la participación de políticas públicas en salud enfocadas en mantener la salud a través del cuidado de Enfermería con enfoque preventivo de la persona y la comunidad, y de políticas públicas en salud para limitar el daño a consecuencia de complicaciones por las enfermedades crónico-degenerativas y la rehabilitación en los tres niveles de atención.

La sensibilidad y la voluntad política directiva fueron determinantes para la creación del Comité de Enfermería, sumado al liderazgo de las integrantes, lo que permitió cumplir con el objetivo general del comité. Sin embargo, ahora es imperativa la convergencia de mayor liderazgo, talento humano y voluntades dirigidas a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población mexicana.

Es incuestionable el compromiso y la respuesta de los profesionales de Enfermería en los procesos de profesionalización del IMSS, pues al elevar su nivel académico no sólo mejoró la práctica

clínica, sino también el desempeño profesional con posibilidades de incursionar en niveles de alta dirección con impacto en la gestión de servicios y la toma de decisiones con fundamentos científicos y humanos. Los estudios de posgrado ampliaron la posibilidad de incursionar en la investigación disciplinaria y sobre todo en el fortalecimiento de la enseñanza y la tutoría para las nuevas generaciones de enfermeros. En este contexto, la implementación de las políticas públicas enfocadas en el cuidado de Enfermería en el IMSS es posible, ya que se cuenta con líneas de acción definidas y una robustecida normatividad institucional que da respuesta a la necesidad que se genera por la globalización, los cambios demográficos y ambientales, y el surgimiento de enfermedades emergentes y reemergentes. En consecuencia, es necesario resaltar que el profesional de Enfermería ha desempeñado un rol de dirección en las diferentes áreas, lo que ha permitido posicionar la profesión como una ciencia y una disciplina con un cuerpo de conocimientos propios desarrollado a través de la evolución y la adaptación a las nuevas políticas públicas en salud.

En la actualidad la maestra Fabiana Maribel Zepeda Arias es la lideresa de Enfermería en el IMSS y también es el rostro de la Enfermería en México, pues representa para la población enfermera un claro ejemplo del logro de participación en las políticas públicas en salud.

Desde que se fundó la primera escuela de Enfermería en el IMSS, en 1947, hasta la fecha, se cuenta con siete escuelas en el país que han generado un total de 18,384 licenciados en Enfermería de 410 generaciones, con una eficiencia terminal actual de 92.7%, lo que refleja el compromiso del personal de Enfermería en una mayor formación académica que impacta directamente en la calidad de la atención de Enfermería. El Director General del IMSS Zoé Robledo Aburto instruyó a la realización del trabajo técnico-administrativo para reconocer el esfuerzo del personal de Enfermería con el grado académico de licenciatura de Enfermería; aunque es el inicio de un gran proyecto, se tiene plena seguridad de su alcance.

Al respecto, a nivel delegacional las coordinadoras de Enfermería trabajan en el fortalecimiento de la intervención de Enfermería en el desarrollo de políticas públicas estatales, bajo un esquema de igualdad, transparencia, perspectiva de género y rendición de cuentas, que hacen necesaria la comprensión del proceso legislativo y de lo que implican las políticas públicas, desarrollando conocimientos y habilidades políticas necesarias para proteger a las personas y las comunidades, saber quiénes son los responsables de la formulación de políticas y cómo comunicarse con ellos. Ante ello, la conciencia de este rol es el primer paso para mejorar la capacidad de las enfermeras para apoyar las políticas gubernamentales y tener una participación en el proceso político.

Conclusiones

Entender la historia de la Enfermería permite conocer los esfuerzos que las generaciones pasadas han realizado para visibilizar el trabajo de los enfermeros; sin duda, la incursión del gremio en la toma de decisiones desde escaños importantes en los establecimientos de salud permitirá diseñar, planear, implementar y controlar situaciones en salud más equilibradas y centradas en las personas.

La población enfermera se encuentra en un momento histórico en el que puede ser protagonista de una historia diferente para los sistemas de salud y para el gremio *per se*, en el que predomine la conciencia por llevar a cabo intervenciones de Enfermería de la más alta calidad y con el mayor sentido humano y ético.

La disciplina de Enfermería se encuentra revestida de conocimientos y habilidades, por lo que cada día se enfrenta a nuevos retos y desafíos que debe sortear con profesionalismo a fin de incursionar e innovar nuevas y mejores formas de cuidar. En este sentido, el personal de Enfermería del IMSS destaca por ser punta de lanza para el desarrollo de las mejores prácticas, lo cual exige el mayor compromiso de las personas tomadoras de decisiones para continuar en unidad por el camino que ya se ha iniciado, un camino complejo, libre de interés y sumamente retador, que se espera largo, pero altamente prometedor para quienes ceden al concepto de preservar la vida.



REFERENCIAS

1. **Borrego EG:** *Discurso en la Ceremonia Institucional del "Día de la Enfermera"*. 6 de enero de 1999.
2. *Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2000-04-01ORG. Febrero de 2000.
3. **Matus MR, Poblano RO:** Avances y perspectivas del Programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Enferm IMSS* 2005;105-110.
4. Profesionalización de enfermería. En: *Tercera Reunión Nacional de Personal Directivo de Enfermería del Programa IMSS-Oportunidades*. 2005.
5. *Informes de Reuniones de Anuales de Evaluación de la Coordinación de Atención Médica del Programa IMSS-Oportunidades*. 2000 a 2006.
6. Profesionalización de Enfermería. En: *Tercera Reunión Nacional de Personal Directivo de Enfermería del Programa IMSS-Oportunidades*. 2005.
7. *Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud PrevenIMSS, en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Clave: 2000-001-0019.
8. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería. Julio de 2003.
9. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería: *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria*. México, 2003;7.
8. **Ramírez ST, Soto AMO et al.:** Perfil académico del personal de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2005-2006. *Rev Enferm IMSS* 2007;15(2):105.
9. *Programa de Trabajo del Comité de Enfermería del IMSS 2007-2015*.
10. **Palazuelos C et al.:** Análisis de publicaciones de enfermería en México. En: *Desarrollo científico en enfermería*. México, 1994;2:13-22.
11. **García R et al.:** Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. *Rev Enferm Universitaria* 2011;8(1):7-16.
12. **Encinas BJA et al.:** Características de la publicación científica de enfermería en México: periodo 2010-2016. *Rev Enferm IMSS* 2020;28(3):211-221.
13. **Jiménez S, Castañeda MA:** Una aportación al fortalecimiento disciplinar. *Rev Enferm IMSS* 2002;10(1):1-2.
14. **Ramírez ST, Morales OE:** Perspectiva y retos de *Revista de Enfermería del IMSS*. *Rev Enferm IMSS* 2008;16(2):61-62.
15. http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx.
16. *Programa de Trabajo de la División de Programas de Enfermería*. 2020.
17. **Gray CL, Larson EW:** *Project management*. McGraw Hill, 2000.
18. *Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2021.
19. *Programa de Trabajo de la Coordinación Técnica de Enfermería*. 2022.
20. **Aguilar A, Lima F:** ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas? En: *Contribuciones a las ciencias sociales*. 2009.
21. **Aguilar LF:** *Política pública*. México, Siglo XXI, 1990:17-61.
22. Organización Panamericana de la Salud: Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En: *Salud en las Américas*.
23. *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. México, Secretaría de Salud; 2013.
24. Consejo Internacional de Enfermeras: *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: mejorando la capacidad de recuperación de los sistemas de salud: Día Internacional de la Enfermera 2016*.
25. Consejo Internacional de Enfermeras: *2020 Año Internacional de la Enfermera y la Partera: un catalizador para un futuro más brillante para la salud en todo el mundo*. 2019.
26. Organización Panamericana de la Salud: *Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud*. Washington, OPS, 2018.

27. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Boletín de prensa 3 de diciembre de 2019 No. 534/2019*. Ciudad de México.
28. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Acercando el IMSS al ciudadano. El personal de enfermería del IMSS es indispensable para transitar hacia el Modelo Integral para la Salud y el Bienestar*. No. 241/2022.
29. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Boletín de prensa 19 de enero de 2022 No. 030/2022*. Ciudad de México.
30. Gobierno de México: *Educación en salud*. <http://educacionensalud.imss.gob.mx>.
31. **Saldías F, Parra GD et al.**: Participación de enfermería en políticas públicas, ¿por qué es importante?: revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob* 2022;21(65).

REFERENCIAS DE CONSULTA

1. Profesionalización de enfermería. En: *Tercera reunión nacional de personal directivo de enfermería del Programa IMSS-Oportunidades*. 2005.
2. *Informes de Reuniones Anuales de Evaluación de la Coordinación de Atención Médica del Programa IMSS-Oportunidades, 2000 a 2006*.
3. *Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud PrevenIMSS en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Clave: 2000-001-0019.







CAPÍTULO II

Evolución directiva de Enfermería

Josefina Estrada Martínez, Edith Bermúdez Alonzo, Julio Gutiérrez Méndez, María Luisa Rodea Pimental, Martha Eloísa Sánchez Vázquez, Rosa Herlinda Madrigal Miramontes, Maura Lara Miguel, Rosalinda Ramos López, Olga Soto Hernández, Sinueth Hernández Acosta, María Isabel López López, Gehazul Palacios Torres, Cynthia Soledad González Ramos, Martha Raquel Pulido Gómez, Evelyn Ortega García



INTRODUCCIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una organización que por su dimensión y tipo de relaciones en su estructura posee un método de administración burocrática a gran escala;¹ sus principios de jerarquización, división del trabajo y asignación de responsabilidades son definidos en documentos normativos que establecen las funciones y las actividades propias de la organización. Los directivos en el nivel de gestión correspondiente son responsables de dirigir los procesos de salud para lograr las estrategias y los objetivos institucionales.

En las instituciones públicas, privadas y sociales que integran el Sistema Nacional de Salud en México labora personal de diversas áreas profesionales que lo han enriquecido con sus capacidades. El IMSS se encuentra estructuralmente conformado por Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), los cuales habían sido dirigidos por profesionales con formación indistinta y competencias en materia de salud que no se ponían en duda; sin embargo, no existía transparencia en el proceso de asignación de los llamados “delegados”, situación que ponía en riesgo inminente la toma de decisiones y la operación libre de corrupción en el interior de los OOAD.

Por ello, atinadamente el maestro Zoé Alejandro Robledo Aburto, Director General del IMSS, tuvo la sensibilidad y el profesionalismo de modificar el proceso de selección a través de mecanismos transparentes para que personal médico y de Enfermería con experiencia en funciones directivas, formación administrativa y capacidad para coadyuvar con la Dirección General a enfrentar la tan anhelada transformación de la seguridad social en México, se inscribiera al primer concurso de oposición en la historia del IMSS y fuera designado en su nuevo cargo a través de un proceso de insaculación, lo cual dejó atrás la discrecionalidad y los aspectos políticos, para dar paso al reconocimiento del mérito, la capacidad y la lealtad de la base trabajadora del IMSS.

EXPERIENCIA DEL DIRECTIVO DE ENFERMERÍA COMO TITULAR DE LOS ÓRGANOS DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA

Experiencia del directivo de Enfermería como titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Guerrero

Josefina Estrada Martínez

Sin duda, existe una evolución en la directiva de Enfermería, considerando que ha sido denominada como la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones, considerando que la Enfermería ha estado presente desde la evolución del hombre, en el ciclo de vida del ser humano y durante el proceso de salud-enfermedad. Durante las diferentes etapas de evolución ha atravesado numerosas guerras, revoluciones, movimientos sociales y pandemias, como la ocasionada por la enfermedad por coronavirus (COVID-19), provocada por el virus SARS-CoV-2.

La experiencia del directivo de Enfermería como titular del OOAD de Guerrero representa considerar en un marco del directivo en Enfermería, como una función con características que lo convierten en estrategias, acciones complejas. El atributo de un trabajo directivo es la integración de múltiples conocimientos de especialidades, desde una administración aplicativa a la realidad actual, conocimientos de gestión, gestión con metodología ágil, calidad en los servicios de salud, como conocimientos de finanzas de recaudación, entre algunos; aunado a lo anterior, la directiva es la búsqueda de resultados favorables desde la eficiencia y la eficacia, los servicios de salud deben de ser de calidad y sobre todo seguros.

A raíz del taller de habilidades gerenciales del 7 al 9 de febrero de 2020, dirigido a los nuevos titulares, una de las actividades realizadas consistió en que cada Dirección Normativa presentara los resultados a través de *ranking*, los cuales no parecían alentadores; con esos resultados preliminares se tomó la decisión de darle un giro de 360°, para iniciar un proyecto de mejora en la representación. El inicio de este proyecto de mejora consistió en establecer un diagnóstico situacional real de las diferentes jefaturas y coordinaciones, y una evaluación del desempeño, con los indicadores sustantivos y complementarios, estructurando un programa de trabajo que le diera rumbo a las estrategias implementadas, con tiempos y personas responsables para obtener resultados a corto plazo que se encaminen a mejorar los servicios de salud, las finanzas y la recaudación.

Las estrategias aplicadas fueron la mejora continua, consistente en planear, hacer, verificar y actuar. La verificación abarca el monitoreo de los diferentes procesos que realiza una representación; abarca las supervisiones directas en sitio; es importante mencionar que esta gestión se caracteriza por ser más de territorio y menos escritorio, lo cual conlleva a realizar labores directamente en los hospitales, las subdelegaciones, los centros de seguridad social y las guarderías, escuchando y conociendo de primera mano las necesidades de la población derechohabiente, los usuarios, los grupos de interés y el personal.

Por otro lado, entre otras estrategias que fueron aplicadas está la capacitación continua del personal directivo de la Representación, favoreciendo las habilidades gerenciales de la Alta Dirección vs. el Cuerpo de Gobierno.

Cabe resaltar que al inicio de este proyecto tocó vivir y atender la pandemia por la enfermedad por coronavirus (COVID-19), provocada por el virus SARS-CoV-2, por lo que del proyecto inicial se realizaron los ajustes correspondientes sobre la marcha, los cuales consistieron en aplicar una gestión con metodología ágil; derivado de la urgencia sanitaria lo oportuno no alcanzaba; lo eficaz funcionaba, que era resolver de forma inmediata la pandemia, con recursos humanos, de equipamiento y financieros, y una eficaz organización en forma transversal.

Cabe resaltar el trabajo de todos los colaboradores que forman parte de este proceso de la Representación, tanto en la atención de la pandemia, por el profesionalismo que a algunos les arrancó la vida, como después de ella, pues participaron activamente atendiendo a la población derechohabiente, resaltando el compromiso del personal de la alta dirección por contribuir y asumir sus responsabilidades de forma efectiva para realizar los procesos de gestión de los recursos físicos, materiales y financieros, que dan forma para poder otorgar servicios de calidad con calidez y seguridad. Los recursos deben tener concordancia con la productividad del día a día.

Es indudable que el directivo de Enfermería ha trascendido de una plataforma integradora en sus campos de aplicación al campo clínico, docente, de investigación y administrativo; y que en esa

transcendencia existe una evolución de los directivos de Enfermería para transitar a la mejora de los sistemas de salud, con políticas de prevención y promoción de la salud. La responsabilidad de una titularidad consiste en la toma de decisión argumentada con datos estadísticos, conformados en un diagnóstico situacional con objetivos estratégicos precisos para satisfacer las necesidades de salud de una población.

Durante los años de ejercicio de la titularidad, a través de la aplicación de las estrategias de la mejora continua, se ha avanzado en los resultados de desempeño, logrando el bienestar de los trabajadores a través de las implementaciones del reconocimiento de su trabajo. Es importante referir que desde la llegada a la titularidad se ha buscado mejorar la calidad de los servicios de salud y el manejo eficiente de las finanzas, aplicando modelos de calidad para que el IMSS en el estado de Guerrero sea competitivo con las demás entidades y se logre unificar la transformación en sistemas de salud.

Los directivos deben conocer la operación para poder realizar intervenciones ágiles con resultados que tengan un impacto en la mejora de la salud de una población, así como estar dispuestos a cambiar las estrategias que no sean acordes a las realidades de salud de la población o cambiarlas cuando los resultados no son favorables. Para transitar a la verificación es relevante hacer que las cosas ocurran, para no quedar en documentos como mero trámite. Pero la verificación da un giro a los resultados, transcurriendo al actuar con nuevos proyectos y nuevos presupuestos, e iniciando ciclos nuevos de mejora.

Se sabe que para llegar al camino de la mejora continua se requiere vivir diariamente los procesos de planeación, trazando el rumbo y viviendo el día a día en los hospitales, las subdelegaciones, los centros de seguridad social y las guarderías con la gente y escuchando el sentir del pueblo.

Experiencia del directivo de Enfermería como titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Jalisco y Morelos

Edith Bermúdez Alonzo

El año 2020 fue designado por la Asamblea Mundial de la Salud como el Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería,² que coincide con el bicentenario del natalicio de Florence Nightingale,³ precursora de la Enfermería moderna. Quién imaginaría que en ese año en México se daría un salto en la evolución directiva y sería modelo de referencia para el colectivo de Enfermería al nombrar titulares de los OOAD, gracias a la visión del Director General del IMSS, maestro Zoé Robledo Aburto, quien sabiamente consideró un procedimiento inédito para la designación de los titulares.⁴

De esta forma, el 15 de enero de 2020 rindieron protesta 35 titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (TOOAD), designados bajo un proceso de insaculación, de los cuales seis correspondieron a la categoría de Enfermería y 29 a la de médicos. En una sesión extraordinaria con el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, dando certeza y transparencia al primer Concurso de Oposición, competitivo, transparente y basado en el mérito, por primera vez en la historia del IMSS, dejando atrás los nombramientos de carácter político y haciendo historia al dejar las representaciones en manos de personal de salud con experiencia e identidad institucional, consolidando así la transformación del IMSS a lo largo y ancho del país. Durante décadas las representaciones de las 35 delegaciones ocurrieron por asignación directa, pero este paradigma fue roto por el Mtro. Zoé Robledo, al seleccionar a los TOOAD por convocatoria pública, reconociendo a través de un proceso transparente a quienes demostraron saberes y habilidades de alta gerencia y liderazgo. Antes de esto el personal de Enfermería no tenía la oportunidad de ocupar esos cargos; al romper el techo de cristal se abrió la oportunidad, dejando precedente de un mayor liderazgo dentro de los distintos ámbitos de responsabilidad administrativa y política.



Estos nombramientos dignifican un nuevo hito en el proceso de crecimiento y desarrollo profesional de la disciplina. Con la generación de espacios se rompió el modelo arcaico y se abrió brecha para otros colegas.

Desarrollo de la experiencia

¿Cómo se bordó la historia?

En medio de un salón de clases entre pupitres y cuadernos a lo lejos escuchaba el murmullo de los estudiantes de tercer semestre de la licenciatura en Enfermería con los cuales me desempeñaba como docente; de pronto sonó el celular y escuché la noticia: después de una larga espera ese día se hizo realidad: “ser responsable de una Delegación del IMSS”. Fue entonces que en 2020 mi vida y la de mi familia cambiaron para integrarme por segunda vez a la vida laboral del sistema del IMSS. A través de un sorteo nacional justo y equitativo me correspondió liderar la delegación del hermoso estado de Jalisco, tierra de personas entusiastas y trabajadoras, con una extensión territorial muy grande. “Ay, Jalisco, tierra de historia y tradición”.

Recibir una de las delegaciones más grandes de toda la República Mexicana fue un reto enorme, sumado a la pandemia por COVID-19 con un virus desconocido para todos a nivel mundial. Fue así como inicié esta interesante y desafiante experiencia; un 14 de febrero crucé por primera vez el umbral de la Representación Estatal (antes denominada Delegación) para tomar protesta. Esa fecha es muy especial para la Perla Tapatía, pues se celebra el aniversario de la fundación de la ciudad de Guadalajara. El primer paso para integrarme al equipo fue un acercamiento con el Cuerpo de Gobierno, para conocer a sus integrantes, escucharlos y que me hablaran de su hermoso estado. Se mostraron los proyectos y planes de trabajo de los distintos mandos de cada área. Por mi parte, expresé mi grado de compromiso al sumarme a ese macroproyecto y clarifiqué que todas las disciplinas son importantes para alcanzar los objetivos propuestos; conseguir el compromiso del equipo de trabajo fue un elemento clave para dar batalla a la pandemia y obtener buenos resultados. Debido a la alta demanda de ocupación hospitalaria por COVID-19 se puso en marcha el “Proyecto Operación Minerva”,⁵ que consistió en incrementar el número de camas, llevar a cabo el trámite de oxígeno domiciliario, tomar decisiones médicas y administrativas oportunas, y el firme propósito de atender a todo jalisciense que necesitara atención médica.

Con la suma de esfuerzos de las unidades de primero y segundo niveles y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) se tuvo la oportunidad de ver a los tres niveles de atención trabajando con un solo objetivo. En los pequeños respiros obtenidos entre una ola pandémica y otra diseñamos y registramos el método específico de trabajo “Atención de pacientes hospitalizados que requieren continuidad en la unidad de terapia ambulatoria intravenosa”, Clave: 14-9001-20-30, el 7 octubre 2021, el cual permitió disminuir la saturación de pacientes en las diferentes áreas hospitalarias. Esta buena práctica fue aprobada para adoptarla en cualquier otro OOAD del país. Asimismo, de manera conjunta con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) Sección III se lanzó una propuesta de trabajo para innovar y mejorar la atención del paciente, en la que participaron 70 proyectos de mejora, de los cuales 43 cumplieron con el proceso; de ellos fueron premiados los tres mejores proyectos propuestos. Esta iniciativa de innovación se conoció como IMSSpirate.

Durante dos años de desempeño en Jalisco se contó con el apoyo y la coordinación de instituciones del Sector Salud y del gobierno del estado para crear un solo frente de atención a la emergencia sanitaria; se mantuvo un trabajo coordinado con el SNTSS Sección III, lo que permitió consensuar, tomar decisiones y trabajar de manera conjunta en los diversos programas, convenios y acciones en beneficio de los trabajadores y de la población derechohabiente de esta Representación. Contar con el apoyo del H. Consejo Consultivo fue determinante, pues permitió el desarrollo de procesos, además de que en él encontré el respaldo, el apoyo en gestiones y el reconocimiento al trabajo realizado durante el tiempo desempeñado.

No dejo de agradecer una y otra vez el compromiso y la entrega del trabajo colaborativo del Cuerpo de Gobierno, el trabajo arduo y constante de cada uno de los hospitales con experiencia, responsabilidad, entusiasmo, espíritu de lucha, perseverancia, esperanza y fe. Mantener el respeto como equipo fue el éxito del Órgano de Operación Administrativo Desconcentrado Estatal de Jalisco.

Como parte de la transformación del IMSS, el 26 de enero del presente año, en sesión ordinaria, el H. Consejo Técnico del IMSS aprobó por unanimidad mi nombramiento como TOOAD del Instituto en el estado de Morelos. Fue momento de empezar con nuevas experiencias laborales, pero con un andamiaje de experiencias más robusto y con mayor soporte, siempre enfrentando cada reto con responsabilidad, compromiso y actitud positiva hacia los cambios; es parte del proceso y el compromiso que se adquiere, es muy enriquecedor integrarse con otros profesionales, conocer culturas y nuevos modelos, pero con los mismos objetivos brindar atención y seguridad a la población derechohabiente. Desde niña mis padres me enseñaron que las tareas encomendadas se aceptaban con pasión, constancia, entrega, responsabilidad y mucho amor, porque sólo así se obtienen resultados exitosos.

Me sumé al equipo de trabajo morelense para crear un ambiente positivo, reconociendo la misión del Instituto y depositando la confianza en el logro de las metas, con el compromiso de actuar como facilitadora para las gestiones que se requieren para llevar a cabo propuestas, potenciar el trabajo colectivo y lograr resultados, siempre en busca de la mejora y el bienestar de la institución, sus trabajadores y su población derechohabiente, tratando de conseguir estos cambios, logrados sólo a través del ejemplo y el compromiso.

Asumí la responsabilidad de la Representación, potenciando en todo momento los procesos de atención de todos los pacientes de un estado tan bonito, integrado por personas cálidas y profesionales comprometidos, y cuya sede delegacional se encuentra en la ciudad de Cuernavaca, conocida como la Ciudad de la eterna primavera.⁵ Es un placer servir y representar a la Delegación, y velar por su funcionalidad en todos los servicios que el IMSS ofrece; para mí ha sido un reto personal y profesional muy importante empezar a conocer la diversidad en salud en Morelos y generar sinergia con el equipo de trabajo.

En mi tránsito por este estado lleno de historia revolucionaria, tierra de Emiliano Zapata, mejor conocido como “El Caudillo de Sur”, tengo la dicha de encontrarme con un Cuerpo de Gobierno profesional, comprometido, dinámico, cálido y dispuesto a sumar, adaptándonos a nuevas formas estratégicas de trabajo. Es imprescindible contar con el H. Consejo Consultivo Morelense, que me ha recibido con alegría y regocijo; tengo gratitud hacia ellos por el acompañamiento con otros niveles de gestión, lo cual me ha hecho sentirme respaldada y acompañada.

Desde el primer día hicimos alianza con el SNTSS Sección XIX, trabajando al máximo de manera bilateral, con equidad, respeto, perseverancia y compromiso, que ha sido el combustible perfecto para lograr un ambiente laboral estable y alcanzar resultados.

La suma del trabajo y las voluntades en la gestión proporciona una amplitud de miras y toma de decisiones conjuntas, lo que ha permitido que la Representación Morelos se encuentre en los 10 primeros lugares del *ranking* nacional. En el servicio de urgencias se realizó una intervención administrativa con base en el pase de visita médico-administrativo resolutorio en todos los turnos, lo cual permitió optimizar el uso de la cama hospitalaria a partir del proceso de gestión de camas, disminuyendo la estancia de pacientes en urgencias, y mejorar el proceso de informes a familiares de pacientes, logrando disminuir 18% de las quejas en un corto tiempo. Se han realizado 22 cirugías bariátricas sin que el paciente tenga que acudir a un tercer nivel de atención, lo que trae de manera concomitante una mejora en la calidad de vida de estos pacientes. De igual forma, se colocaron 103 marcapasos definitivos. Después de una serie de gestiones se obtuvo la licencia sanitaria para trasplante renal ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, de modo que próximamente se realizará el primer trasplante. Asimismo, se logró la autorización para contar con



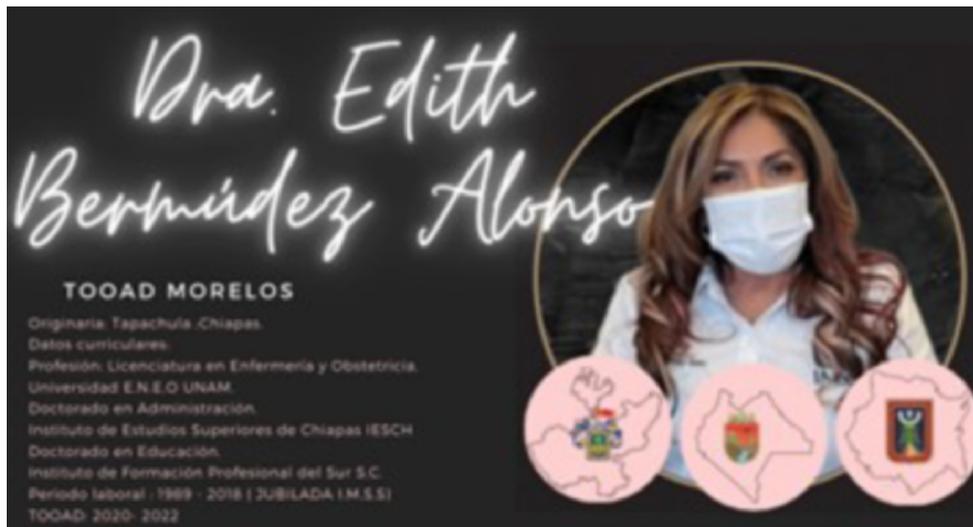


Figura II-1. Dra. Edith Bermúdez Alonso.

una sala de hemodinamia. Todo esto ha sido posible gracias a la gestión en equipo y al apoyo de normativas centrales que siempre escuchan nuestras necesidades.

Aún sigo escribiendo este capítulo de mi vida. Les comparto que todo el aprendizaje me llevó a descubrir mis capacidades, potenciarlas, incrementar mi fuerza interior y permitirme desempeñar tareas, en ocasiones complejas o de resolución inmediata, para continuar sumando en la tarea más preciada de salvaguardar la salud de la población morelense. Ocupar este cargo me ha permitido redescubrir mi vocación de servicio y corroborar que no hay sueños que no se puedan lograr, pero hay que atraparlos con planeación, preparación y tenacidad.

Agradezco la oportunidad al señor Presidente de la República Mexicana, Lic. Andrés Manuel López Obrador, y al Mtro. Zoé Robledo Aburto, por la apertura en 2020 de esta convocatoria para la elección por concurso de oposición de los titulares de los OOAD, antes llamados delegados del IMSS; sobre todo agradezco infinitamente el reconocimiento y la confianza a la profesión de Enfermería y el otorgamiento de la oportunidad al gremio para ser aspirantes junto a otras disciplinas del mismo nivel académico e intelectual. He disfrutado cada minuto la oportunidad que se me ha dado de participar en la toma de decisiones como servidora pública desde una dualidad de una profesión tan noble como es la Enfermería, y una institución distinguida y noble que representa la esperanza de México en materia de salud, el IMSS.

Agradezco a Dios por su acompañamiento, por regalarme salud y rodearme de personas buenas que han sumado y que contribuyeron en este proyecto de vida profesional al haber sido y ser líder de dos estados tan bellos, llenos de ciencia, arte y tradición; a mi familia por apoyarme siempre a perseguir y alcanzar mis sueños y mantenerme optimista para continuar con mi pasión de ser gestora de la salud (figura II-1).

Experiencia del directivo de Enfermería como titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Durango y Tlaxcala Julio Gutiérrez Méndez

En septiembre de 2019, luego de la convocatoria para concursar por los puestos directivos de más alto nivel en cada uno de los estados del país en el IMSS, una vez acreditadas las evaluaciones por

y tras la insaculación pública, comparto la experiencia como directivo de Enfermería en la Administración de la Seguridad Social en los estados de Durango y Tlaxcala.

A fin de contextualizar a los lectores acerca de la profesión de Enfermería se hacen las siguientes precisiones: las funciones sustantivas de Enfermería, normadas y publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* del país, se dividen en asistenciales, de investigación, docentes y administrativas, las cuales se pueden desarrollar a través de intervenciones dependientes (las que realiza el profesional de Enfermería con base en una colaboración por prescripción del profesional médico); independientes (las que realiza el profesional de Enfermería con autonomía en su criterio científico) e interdependientes (las realizadas entre Enfermería y otro tipo de personal que integre el sistema de salud en el que se desempeñe).

Considerando la función administrativa a través de la planeación, la organización, la dirección y el control, así como de las intervenciones interdependientes, es como se logra una perfecta armonía para fortalecer al seguro social en los dos estados de la República Mexicana en los que me he desempeñado como titular del IMSS en los últimos dos años y ocho meses; cabe destacar que para lograrlo cuento con una experiencia institucional de 28 años y 10 meses; sin embargo, no basta tener una antigüedad laboral, pues la armonía se logra con el fomento del trabajo en equipo, el establecimiento de canales de comunicación precisos, el reconocimiento al factor humano como talento indispensable para el logro de la misión institucional y el conocimiento normativo, delegacional y operativo.

Pero, ¿por qué es acertada la participación de Enfermería en un puesto directivo dentro del IMSS? A diferencia de otros profesionales de la salud, en el área de Enfermería se ingresa al Instituto con categorías autónomas y se crece a través de un escalafón contractual con el sindicato; asimismo, para el desempeño en puestos de confianza también se va desarrollando una carrera hasta ocupar el nivel máximo dentro del IMSS (Coordinación Técnica de Enfermería, ocupada hoy por la maestra Fabiana Maribel Zepeda Arias, a quien agradezco la invitación a escribir estas líneas en el 80 aniversario de nuestro amado IMSS). Con base en ello, es más fácil para el personal de Enfermería identificar áreas de oportunidad en unidades médicas, administrativas o sociales, y establecer estrategias para aprovecharlas en el corto, mediano o largo plazos. Otra fortaleza como personal de Enfermería es el hecho de haber desempeñado puestos operativos, tácticos y estratégicos, así como rotar por diferentes servicios y turnos de las unidades mencionadas, lo que me brindó la experiencia de lograr el trabajo en equipo y utilizar herramientas como el *empowerment*, a fin de poner al centro de la organización al cliente interno y externo, y empoderar a la alta dirección delegacional con titulares de jefaturas de servicios o coordinaciones para dar soluciones ante la gran demanda de servicios.

Los profesionales de Enfermería no estamos formados sólo para ofrecer servicios curativos a la persona enferma, sino para instrumentar acciones preventivas para el individuo, la familia o la comunidad; por ello las constantes visitas a las unidades de medicina familiar y la reiterada vinculación con los programas de atención social a la salud que se ofertan a través de los centros de seguridad social permiten disminuir gastos en la atención a la enfermedad y contribuir a fomentar en la población estilos de vida activos, saludables y productivos.

Cabe destacar que, con el objetivo de sumar esfuerzos en los tres niveles de gobierno, mi vinculación con el gobernador de Durango y la gobernadora de Tlaxcala, los secretarios de salud, de educación, de desarrollo económico y de gobierno, entre otros, así como con titulares de presidencias municipales y direcciones de salud, y la negociación con titulares del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, permitió al IMSS mantener finanzas sanas y fortalecer la cohesión social con la población derechohabiente, personas empleadoras y personas usuarias en general de los servicios que presta el IMSS. Por ello considero que el personal de Enfermería fue, es y será clave en el desarrollo no sólo de unidades médicas, sino del Sistema Nacional de Salud, pues así se demostró durante la pandemia por COVID-19.



Como personal de Enfermería especialista en cuidados intensivos, al inicio de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 pude dimensionar lo que implica tener pacientes con apoyo ventilatorio, monitoreo invasivo, manejo de técnicas de aislamiento, distribución de personal y ausentismo programado y no programado, así como la constante vinculación con los diferentes tipos de servicios (nutrición, trabajo social, personal, conservación, higiene y limpieza, entre otros), pues regularmente en el ámbito operativo el área de Enfermería coordina tareas para la oportuna atención de los pacientes, los familiares y el personal de línea y directivo. Por eso el IMSS de Durango tuvo el mayor número de camas reconvertidas en el estado para enfrentar la pandemia; aun cuando en el mundo se hacían compras extraordinarias de equipos de protección personal, biomédico, material de curación y diversos, siempre el “ojo clínico” de Enfermería permitió el uso racional de ello, evitando hacer compras a sobreprecio, apegados siempre a lineamientos federales e institucionales, pues seguramente iban a ser o serán susceptibles de auditorías por parte de órganos fiscalizadores.

La opinión de Enfermería en la reconversión de espacios también fue algo vital, ya que tenemos experiencia en modificaciones por conservación, ampliación u obra nueva en alguna unidad; la voz de Enfermería siempre está presente por tener la visión general de la unidad médica y no sólo de un servicio; el área de Enfermería calcula los recursos materiales, técnicos y financieros, así como el factor humano; ahora bien, la parte operativa es importante, aunada a la experiencia normativa de más de 13 años, lo cual me ha permitido desde entonces dirigir las estrategias ideales para seguir atendiendo la emergencia sanitaria, sumando las que se tengan que emprender ahora por viruela símica.

Otro factor clave de éxito son las negociaciones sindicales establecidas en el contrato colectivo de trabajo, pues al tener a cargo al personal más amplio de una plantilla hospitalaria siempre se deben tomar en cuenta las representaciones sindicales para lograr con éxito la atención de la población derechohabiente; se les exige productividad con calidad al personal, sin violentar nunca sus derechos laborales. Aunado a ello, el hecho de haber ocupado plazas de base, confianza B, confianza A y nómina de mando me permitió conocer los requisitos, los mecanismos de contratación y la evaluación del desempeño, lo que me permite armar equipos de trabajo de alto rendimiento, formar cuadros de reemplazo y colocar en lugares estratégicos a personal que responda a los cambios institucionales, empresariales y gubernamentales.

En virtud de lo anterior, el profesional de Enfermería, debido a su sensibilidad al trato humano y su formación académica, y la visión prospectiva por comprender los sistemas de salud y seguridad social, es ideal para ocupar puestos directivos en unidades médicas, administrativas y sociales tanto del Instituto como fuera de él, pues hoy ya se tiene a una enfermera como Secretaria de Salud en el estado de Oaxaca.

Experiencia del directivo de Enfermería como titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Michoacán

María Luisa Rodea Pimentel

El personal de Enfermería del país le tomó la palabra al Director General, maestro Zoé Robledo, para participar en el proceso de selección —que marca el fin de la designación directa de las y los titulares del IMSS en los estados— y acceder a dirigir los destinos de nuestra institución en una entidad federativa. Fue un proceso de selección con una serie de pasos difíciles y de jornadas extenuantes, de mostrar mucho temple y coraje, volver al estudio y la dedicación, aplicar la experiencia directiva y sobre todo colocar de nueva cuenta en primer lugar el ánimo de seguir sirviendo al país desde la trincheras de la Enfermería y aprovechar todo ese bagaje para arribar a la Representación del IMSS en Michoacán.

Conforme ha pasado el tiempo ha sido posible adentrarse en el conocimiento de una tierra como la michoacana, llena de riquezas, tradiciones y costumbres, de bailes y canciones, de colorido y de

música, de olores y sabores inigualables. Sobre todo, cuna de mujeres y hombres entregados a su tierra, la cual la historia registra como pieza clave en los momentos cruciales del país, las principales transformaciones, como las ha calificado el Presidente de México, Andrés Manuel López Obrador.

Con las anteriores consideraciones históricas entendimos y hemos venido asimilando que ser la Representante de la institución de seguridad más importante de México y de América Latina en un estado como Michoacán no era ni sería un reto fácil.

Este es acaso el mayor reto que he enfrentado en toda mi carrera institucional, en todo cuanto puesto público al servicio de los mexicanos me he desempeñado hasta ahora y la más honrosa distinción que el IMSS me haya conferido por medio del sorteo efectuado por el Consejo Técnico de nuestra institución para designar los lugares y Representaciones a las que nos dirigiríamos después de sustentar y aprobar el examen al que fuimos sometidos, por vez primera en el país, en relación con cuantas instituciones federales se refiere para convertirnos en titulares del IMSS en una de las entidades del país.

Michoacán, mi segunda tierra

Una vez que arribé a esa tierra pródiga, sin pretexto alguno, sin descanso ni muchos planes, la emergencia sanitaria por COVID-19 ya nos había dado la “bienvenida”, por lo que, colocada ante el timón, al frente de este barco en altamar, en medio del océano y con el viento y la tormenta encima, ya no podíamos bajar ni tocar tierra. No hubo tiempo de revisar la tripulación, las provisiones y el estado del barco, pues ya estábamos en el océano.

COVID-19

La emergencia sanitaria por COVID-19 fue el primer tema al que nos adentramos recién se tomó posesión del encargo el 15 de febrero de 2019.

A la par de los primeros contagios, se impulsaron procesos de capacitación entre el personal de primero y segundo niveles de atención, y se gestionaron los materiales, los insumos y los medicamentos. Mientras tanto, la emergencia y los números avanzaban. El personal fue presa de la incertidumbre natural de todo ser humano de atender a los contagiados y contagiarse a sí mismo y a su propia familia. Los insumos y los materiales escaseaban, pero se insistía una y otra vez en mantener las existencias estables. Se redujo el número de pacientes a consulta de Medicina Familiar y Medicina Externa en los hospitales por temor al contagio. Se decretaron las primeras permanencias en casa, mientras nosotros salíamos de manera inmediata a los 10 hospitales del Régimen Ordinario y a los siete del Programa IMSS Bienestar, para trabajar en procesos de reconversión hospitalaria; es decir, para adecuar los espacios necesarios y específicos para la atención de pacientes con COVID-19. Los hospitales comenzaron a llenarse de personas enfermas y las salas de espera de familiares que esperaban indicaciones, noticias y avances del estado de salud de sus pacientes. Las categorías de trabajo social y de atención a la población derechohabiente brindaron orientación y noticias de los pacientes. No todas eran favorables, pero muchísimas pintaron sonrisas en los rostros de los familiares que recibían a su paciente restablecido de su salud.

El personal del área médica y de Enfermería conoció el verdadero rostro del dolor, la muerte, el sufrimiento y la angustia de estar sin acompañante en una cama hospitalaria. Pero sobre todo platicaron, escucharon, tomaron la mano, lloraron y rieron junto a los pacientes, con la enorme voluntad de servicio y anteponiendo su pasión más allá del miedo al contagio.

Mientras tanto, nos concentramos en entregar ambulancias, medicamentos e insumos, así como en la gestión de ventiladores mecánicos, que fueron requeridos por doquier. Llegó la vacunación tanto para los trabajadores del sistema de salud, incluida nuestra institución, como para la población, privilegiando a las personas mayores de edad, embarazadas, jóvenes e infantes.

Aun en medio de nuestras propias necesidades por la primera ola de la emergencia sanitaria, hubo grupos de trabajadores que le tomaron la palabra al Director General, Zoé Robledo para acudir



a la Ciudad de México y a Mexicali, Baja California, para apoyar a nuestros compañeros trabajadores de dichas zonas en cuanto al combate contra el COVID-19, mediante lo que se llamó “operación Chapultepec”.

Apenas se logró estabilizar un poco la primera ola cuando hubo un incremento de los casos, que dio paso a una nueva oleada de contagios. La relación del Consejo estatal para la atención de la emergencia sanitaria siempre estuvo enmarcada por el respeto hacia las instancias municipales y estatales, aun cuando el signo ideológico de los distintos órdenes de gobierno fuera diferente y existieran discrepancias en cuanto al manejo que cada institución consideraba, pero siempre existió la coincidencia de sumarnos al trabajo del órgano rector, que era la propia Secretaría de Salud estatal.

En esta ocasión se establecieron los Módulos de Atención Respiratoria de Seguro Social (MARSS), los cuales fortalecimos.

Para la siguiente etapa, o tercera ola, se instauraron los macro-MARSS, dado que la batalla contra el COVID-19 ya no fue en los hospitales, sino en las Unidades de Medicina Familiar, y las largas filas en las salas de espera establecidas en el exterior de las clínicas no se hicieron esperar.

Los contagios volvieron a aparecer, pero se implementaron las consultas especiales digitales, por teléfono o videollamada en los casos de seguimiento a la primera vez del paciente.

Estos macro-MARSS auxiliaron mucho en Michoacán, pero fue necesario descentralizar a los pacientes de los grandes centros hospitalarios de Morelia y del interior del estado hacia la ciudad de Zamora, donde se estableció un Centro de Atención Temporal; es decir, una construcción rápida que permitió la atención de pacientes hospitalizados para mantenerlos en un solo lugar y dejar ya los espacios de los hospitales de referencia para la atención de los servicios en los que la atención había cesado por la pandemia, como los casos de traumatología y oftalmología, entre otras especialidades, que requerían atención a la par que la emergencia sanitaria.

Al mismo tiempo, durante las etapas mencionadas, en diversos puntos de la entidad, como Morelia, los trabajadores fueron motivados por agentes externos que propiciaron inconformidades, fuera por carencia de personal o por falta de insumos y medicamentos; sin embargo, el diálogo, la rotación de directivos y la concientización de aglutinarnos todos en un mismo frente de batalla contra la pandemia, pudieron más para estabilizar el clima laboral.

Otros casos más severos fueron en el Hospital de Los Reyes Michoacán y el Hospital General de Subzona con Medicina Familiar N° 17, en los que los trabajadores, motivados también por agentes externos al centro hospitalario, que tiene que ver con asuntos de inseguridad de la región, impidieron desde el primer momento la reconversión de una parte de dicho hospital para la atención del COVID-19, por lo que los pacientes se refirieron de dicho lugar hasta otros cercanos, como Zamora y La Piedad. Durante la pandemia, sin más interés que no fuera el de atender a la población derechohabiente, más allá de la propia necesidad personal o incluso del miedo al contagio, siempre hubo el sentimiento de aprovechar la coyuntura, la enorme oportunidad histórica de servir y de aprovechar la enorme oportunidad y el ejemplo de trabajo que nos impone el Director General, el maestro Zoé Robledo, por lo que no hubo necesidad de ceder el paso al descanso, a la claudicación ni a la pasividad. Hoy las cifras se redujeron y existen sólo casos aislados; los contagios han sido contenidos en los MARSS que aún siguen operando; los macro-MARSS fueron desmantelados e incluso el Centro de Atención Temporal de Zamora, Michoacán, ha desaparecido para dar paso a una gran oportunidad de atención a pacientes renales con tratamiento renal de reemplazo. Asimismo, se sigue trabajando en la gestión de recursos para una mayor y mejor infraestructura física médico-hospitalaria; las aulas y las residencias médicas; las obras de conservación actuales; la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar N° 80; el Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 2 en Zacapu; y proyectos de inversión en hospitales de Morelia, Uruapan y Zitácuaro, que incluyen:

- Hemodiálisis.
- Hemodinamia.

- Jornadas médico-hospitalarias que incluyen extracción de cataratas en Morelia, Uruapan y Zamora; vasectomías, cáncer de mama y vacunación contra la influenza estacional.
- Deporte y cultura como factor de prevención.
- Entornos laborales seguros y saludables.
- Guarderías. Cierre de otras para garantizar la seguridad de los menores e impulsar la ordenada y legal aplicación de los recursos financieros de la institución.
- Intervenciones en los hospitales de Charo y Camelinas para vigilar el cumplimiento de las obligaciones del personal directivo, de confianza y operativo.
- Reuniones regionales en el estado como ejercicio de rendición de cuentas de directivos y marcación de las rutas de trabajo.
- Consejo Consultivo Delegacional.
- Sindicato de Trabajadores del Seguro Social.
- Desconcentración de oficinas centrales a Morelia.
- Convenio para IMSS-Bienestar y gobierno del estado.
- Incorporación de más población para cotizar. Programa de trabajadores agrícolas, como el sector aguacatero.
- Manejo y transparencia de los recursos financieros.
- Manejo óptimo de los recursos materiales, las licitaciones, los comités y los subcomités.
- Órgano interno de control, como garante de la transparencia.
- Capacitación para mejorar los procesos. Primer curso de inducción a nuevos directivos.
- Albergue en el Hospital General Regional N° 1. Caso de transparencia.
- Sismos y otras eventualidades. Tormenta tropical en Lázaro Cárdenas.
- Manejo y gestión de medicamentos, materiales e insumos. Nuevo camión para abasto.
- Nuevas ambulancias.
- Nueva relación con el gobierno del estado.
- Defensa jurídica patrimonial del IMSS.

El reto no ha sido fácil. Uno de los obstáculos para sortear ha sido la misoginia en los puestos directivos, que han estado ocupados de manera histórica por hombres dentro de la institución en dicha entidad, así como el hecho de que una enfermera, por encima de médicos varones, generales y especialistas, ocupe un cargo de tal envergadura, lo cual es la punta de lanza en una demarcación estatal donde los anteriores titulares habían abrazado otras profesiones diferentes de las ramas de la salud, como la ingeniería o la contaduría, entre otras, lo cual nos colocaba al inicio de la relación directiva-subordinados en una escala de desconfianza, expectativa e inclusive zozobra.

Sin embargo, esto fue convertido en una fortaleza para impulsar el entendimiento de que la equidad de género es un asunto de mujeres y de hombres, que las mujeres hoy en día escalan peldaños profesionales con base en sus aptitudes y profesionalismo, y que en la medida en que trabajemos juntos tendremos una población derechohabiente con mejores resultados y satisfecha de ellos.

La sociedad se está preparando aún para enfrentar dicho reto. No obstante, la disciplina de la categoría de la Enfermería me ha tendido las bases para crear un orden en el manejo de los recursos y atender la seguridad social en un estado como Michoacán.

Grande es aún el panorama que se vislumbra cuando se es titular de un OOAD, pero la Enfermería brinda la fortaleza necesaria, a sabiendas de que esta es una de las profesiones más completas para sentar las bases del humanismo y del amor a los semejantes.

El antecedente del cuidado al paciente deja marcado el soporte en la sensibilidad del ser humano para comprender la importancia de la vigilancia en la calidad de la atención al usuario, en la que es fundamental la vinculación en el funcionamiento de los procesos del IMSS para contar con beneficios para el usuario.



¿Qué enseñanzas adquirí? El respeto entre colegas, el impulso en la toma de decisiones con el respaldo de otras profesiones y el trabajo para las nuevas generaciones en la apertura de mayores oportunidades directivas.

Experiencia del directivo de Enfermería como titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Querétaro

Martha Eloísa Sánchez Vázquez

Atención del COVID-19 en Querétaro

El Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro inició operaciones en 1957 y desde entonces estuvo encabezado por hombres hasta el 16 de febrero de 2020, cuando llegó al frente de esta Representación la maestra Martha Eloísa Sánchez Vázquez, primera mujer y enfermera en tomar la responsabilidad de la seguridad social en la entidad, quien contaba ya con 32 años de experiencia, en los que se desarrolló en diversos ámbitos directivos del Instituto.

Con una formación en Enfermería, alcanzar un puesto directivo implica una capacitación en la gestión directiva de los servicios de salud, en la que la parte administrativa toma fuerza por el trabajo diario que se desempeña y se hace un análisis situacional cada día para la toma de decisiones acerca de la operación de las áreas a su cargo, lo cual permitió que dicha forma de trabajo se replicara en el nuevo puesto.

En un inicio se realizaron reuniones con el Cuerpo de Gobierno de las diversas áreas que lo conforman, y mediante un diagnóstico situacional de la Delegación se buscó realizar un programa de trabajo, lo cual ocurrió en medio de una amenaza sanitaria llamada SARS-CoV-2; así, el 8 de marzo de 2020 en Querétaro fue atendido el primer paciente con el virus importado de España. Con base en los conocimientos directivos en el área de salud se tomaron decisiones ante este nuevo reto, que implicó la atención de una enfermedad nueva y desconocida. Para ello se coadyuvó con las autoridades de nivel central y el gobierno del estado, se diseñaron estrategias para dar atención a los 2'300,000 queretanos y de esta manera unificar un sistema de salud que permitiera atender a cada uno de ellos bajo la política de cero rechazos.

Como parte de las estrategias directivas se previó la necesidad de contar con un método que diera directrices para el logro del objetivo de atender la pandemia, como la reconversión hospitalaria, que permitió la disponibilidad de camas, así como insumos y recursos humanos y materiales; esto se gestionó luego de realizar proyecciones con base en modelos epidemiológicos sobre el comportamiento de la enfermedad y de esta manera tener lo necesario para la atención de cada paciente.

La primera ola permitió la maduración del proyecto, ya que en Querétaro sólo se presentaron 3,432 casos positivos, de los cuales 1,932 fueron ambulatorios; sin embargo, el mayor reto llegó en diciembre del mismo año, cuando se presentó la segunda ola con 22,326 casos positivos, de los cuales 4,228 requirieron hospitalización y 18,096 fueron ambulatorios.

Se creó el Comité Técnico de Salud, integrado por las instituciones públicas y presidido por el gobernador del estado y su gabinete, el cual permitió prever las necesidades de la atención; en las reuniones que se llevaron a cabo semanalmente se determinó la necesidad de contar con más personal de salud e insumos; ahí destacó la gestión de contar con oxígeno hospitalario y domiciliario ante la creciente demanda de los pacientes.

La reconversión máxima con 521 camas en la segunda ola se logró a través de las reuniones diarias que se mantenían con el nivel central y el Cuerpo de Gobierno para la compra de insumos y la contratación de personal, alcanzando 38 equipos de respuesta; además, se llevaban a cabo recorridos en las unidades médicas para verificar las áreas de detección de pacientes con COVID-19, así como las necesidades y el uso adecuado de los insumos para la atención.

El Cuerpo de Gobierno realizó acciones específicas para dar respuesta a los derechohabientes; parte del personal de la Jefatura de Afiliación y Cobranza se sumó a la entrega de medicamentos

a domicilio para las personas con comorbilidades, y en las Unidades de Medicina Familiar se fortaleció el programa de receta resurtible; ambas estrategias tenían la finalidad de disminuir la movilidad y con ello reducir el número de contagios. Las áreas de conservación y servicios generales se mantuvieron pendientes de las necesidades no sólo para adecuar los espacios, sino para supervisar que los insumos, como el oxígeno, se usaran de manera adecuada. Ante la creciente demanda de crematorios y la poca oferta en el mercado se adecuaron espacios para el almacenamiento de cuerpos, en espera de ser entregados para cremación; como resultado de esto se gestionó la construcción de un crematorio propio, el cual ya es un hecho.

El cuidado del personal fue otro de los temas que se reforzaron; el personal de Salud en el Trabajo fungió como monitor en la colocación y el retiro del equipo de protección personal, a fin de evitar contagios entre los trabajadores, aunque desafortunadamente cuatro trabajadores perdieron la vida. Asimismo, la Coordinación de Competitividad implementó el apoyo psicológico de los colaboradores en los hospitales.

Derivado del alto índice de positividad (55.54%) durante la segunda ola, que ponía en riesgo a la población con enfermedades crónico-degenerativas, así como a las mujeres embarazadas, nos sumamos al aval técnico, con el cual los trabajadores del Instituto en condiciones de vulnerabilidad fueron enviados a casa a realizar sus actividades a distancia.

Recuperación de servicios

El comportamiento de la pandemia en la cuarta ola de COVID-19, en la que se presentó un mayor número de pacientes ambulatorios y no hospitalizados, permitió iniciar las Jornadas Nacionales de Recuperación de Servicios, con las cuales se busca disminuir el rezago en consultas de especialidad y en cirugías.

En el primer nivel de atención se trabaja en el refuerzo de la detección de enfermedades como cáncer de mama, cáncer cervicouterino, diabetes mellitus, hipertensión, obesidad, planificación familiar y atención materna.

En la Jefatura de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales se retomaron acciones encaminadas a disminuir los subsidios de las incapacidades prolongadas, así como la operación de las guarderías con un aforo de 100%. Se reactivaron las actividades de la Unidad Deportiva, así como del Centro de Seguridad Social. Para ello, como parte de la gestión directiva se realiza un nuevo diagnóstico situacional, el cual permite conocer los requerimientos de las áreas para hacer frente a este rezago y trabajar de manera vinculada para mejorar los procesos sustantivos del Instituto.

Si se hace una analogía, para el Instituto la pandemia fue una guerra en la que fueron atendidos todos los heridos, por lo que hoy se encuentra en la reparación de los daños de la posguerra con la recuperación de servicio para cumplir la misión institucional y garantizar la seguridad social a los trabajadores y sus familias.

Experiencia del directivo de Enfermería como titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Tabasco

Rosa Herlinda Madrigal Miramontes

Por primera vez en la historia de México en el ámbito de la salud se incluyeron profesionales de Enfermería con un enfoque igualitario al área médica mediante la convocatoria en septiembre de 2019 para ocupar la titularidad de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada en las diversas entidades federativas. Esto despertó en mí una emoción profunda al saber que se valora a esta profesión y se abre la posibilidad de ocupar niveles de alta gestión y liderazgo. Al verificar los criterios de desempeño para participar en este proceso me di cuenta de que reunía los requisitos necesarios para concursar y ocupar este honroso cargo, no sin pensar en la gran responsabilidad; pero al mismo tiempo confiaba en mi formación profesional, experiencia laboral y principalmente



Figura II-2. Toma de posesión del titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Tabasco.

el deseo de contribuir al mejoramiento y el fortalecimiento de los procesos internos del sistema de salud, con la convicción de servir a México a través de la misión del Instituto Mexicano del Seguro Social (figura II-2).

Al tomar posesión de mi cargo como titular del OOAD Tabasco me centré en el proceso del diagnóstico situacional y en todas las áreas de oportunidad en las cuales debería aplicar mi capacidad, formación profesional y experiencia laboral en el trato humano, a sabiendas de que el camino no sería fácil, debido a que dicho organismo se encontraba desvinculado al interior de las distintas jefaturas y con una infraestructura con necesidad de rehabilitación y un equipamiento con urgencia de ser sustituido o habilitado en la mayoría de las unidades hospitalarias y de medicina familiar; aunado a esto estaba la cultura de la resistencia a aceptar que una mujer enfermera encabezara este proyecto. El primer paso fue consolidar una alianza con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social sección XXVI, y trabajar de manera coordinada con el objetivo de mejorar puntualmente los procesos en el tema de la productividad y la supervisión. Centrar la atención en la verificación directa al interior de las unidades médicas, administrativas y sociales; tomar decisiones contundentes para abatir la corrupción; hacer cambios de titulares en distintas Jefaturas de Servicios, Coordinaciones y Departamentos; fomentar la productividad e incentivar la sensibilidad del médico y no médico para garantizar una atención oportuna segura y un trato digno con el fin de lograr la satisfacción de la población fue y sigue siendo una labor titánica.

Fue cuando de forma inesperada nos vimos azotados y envueltos en incertidumbre, momentos de temor y miedo profundo por la aparición de una enfermedad desconocida —el SARS-CoV-2 (COVID-19)—, que el 11 de marzo de 2020 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia de enfermedad emergente de salud pública e interés internacional.

En esos momentos realicé lo prioritario: organizarnos, potenciar el trabajo en equipo e intensificar las actividades de prevención de manera conjunta con el gobierno del estado, por medio de la Secretaría de Salud y todas las instituciones del sector involucradas en la toma de decisiones, para aplicar las estrategias adecuadas atendiendo las recomendaciones del Consejo de Salubridad General para que en ninguna circunstancia rebasara la emergencia sanitaria.

Es digno de reconocimiento el esfuerzo que asumió el equipo multidisciplinario de salud para hacer frente a esta emergencia.

Quiero comentar que la resistencia de algunos actores fue provocada por el miedo a lo desconocido y al contagio; reconozco las medidas tomadas por las autoridades normativas para incentivar a los trabajadores que formaron parte de los equipos de COVID-19. Hago extensivo mi reconocimiento y respeto a mis compañeros enfermeros, que enfrentaron con dignidad la atención médica, asumiendo el liderazgo del equipo interdisciplinario.

El equipamiento fue otro de los grandes retos, ya que se encarecieron los equipos médicos a merced de los proveedores; sin embargo, esta situación favoreció el lazo de fraternidad entre las instituciones de salud estatal y federal, demostrado el respaldo y solidaridad, ya que hubo la necesidad de intercambiar material, equipo, medicamentos e incluso recursos humanos para hacer frente a la pandemia (figura II-3).

Esta experiencia ha sido muy significativa, debido a las emociones y los sentimientos que me provocó; primero el miedo de no poder controlar dicha emergencia y después la alegría y la satisfacción por la comprensión y el apoyo recibido por la Dirección General y las Direcciones Normativas para la construcción y el equipamiento del Centro de Atención Temporal, hoy Centro de Extensión Hospitalaria, que permitió ampliar la cobertura de la atención a los pacientes con COVID-19, por lo cual estoy muy agradecida y evoco siempre con tristeza, admiración y respeto a los compañeros que dieron su vida para salvaguardar la integridad de los demás.



Figura II-3. Primer informe de titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Tabasco.



La satisfacción que hoy siento es generada por los logros alcanzados en beneficio de la población derechohabiente y los trabajadores del IMSS; segura estoy de seguir trabajando hasta llegar al porcentaje necesario de abasto de medicamentos e insumos, así como continuar con las gestiones para la realización de un Hospital General de Zona en el municipio de Cárdenas, un Hospital General de Subzona en Tenosique y un Hospital Regional de Zona en Villahermosa. Me siento muy fortalecida por el apoyo de nuestro Director General, maestro Zoé Robledo Aburto, por contar en mi gestión con su respaldo para la remodelación de unidades médicas, el reclutamiento de recursos humanos y la adquisición de equipamiento médico, plantilla vehicular y ambulancias. Esto ya forma parte de la historia y es un éxito en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Tabasco. Cuando pensamos que se estaba solucionado la emergencia sanitaria se presentó un evento de la naturaleza: una inundación, y con ello la angustia de no conocer el efecto de este fenómeno natural. Se realizaron reuniones con el titular de la Secretaría de Gobierno del Estado y del Instituto de Protección Civil del Estado de Tabasco para desarrollar un plan de emergencia con el objetivo principal de salvaguardar la integridad y la seguridad de la población derechohabiente y de los compañeros, y estar preparados para un posible traslado de pacientes a otras instituciones de salud que estuviesen en menos riesgo, a pesar de que las inundaciones vulneraban la entidad y que las lluvias provocaron afectaciones y fuertes daños en la infraestructura de las unidades médicas, administrativas y sociales. Soy una mujer de convicciones, con principios y valores que me fortalecen, por lo que mi compromiso seguirá sustentado en la transparencia, la eficiencia y la atención con calidad humana a la población derechohabiente. No me rendiré ante las adversidades y presiones que afecten la optimización de recursos y la oportunidad en los servicios, velando por las necesidades de los trabajadores y la población derechohabiente hasta lograr que la Representación Tabasco sea un referente en el país (figura II-4).



Figura II-4. Personal directivo de Enfermería del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de Tabasco.

Quiero hacer un reconocimiento al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social sección XXVI y sus agremiados, así como al Cuerpo de Gobierno y al equipo de trabajo médico y no médico por las aportaciones realizadas para la atención de las demandas de la población derechohabiente.

Esta narrativa la realizo con el interés genuino de que el profesional de Enfermería tenga la certeza de que a través del cúmulo de experiencia y la formación curricular es posible ocupar puestos claves de alto nivel gerencial y alcanzar con ello la esperanza de todo profesional del área de la salud: hacer que su sitio laboral se transforme en el mejor referente dentro del sistema de salud nacional con la sola dirección de buscar el bienestar común y la satisfacción de la población derechohabiente y sus familias.

Es un honor colaborar con la transformación del país y participar en este proyecto institucional; refrendo mi agradecimiento al Director General, maestro Zoé Robledo Aburto, y a todos y cada uno de los que formamos parte de esta gran institución.

“El IMSS está haciendo historia y soy parte de ella.”

MODELO DE GESTIÓN DIRECTIVA DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Maura Lara Miguel, Rosalinda Ramos López, Olga Soto Hernández, Sinueth Hernández Acosta

El gerente de Enfermería despliega su trabajo directivo con base en un modelo de gestión que posibilita el ejercicio efectivo y el logro de metas acordes a su ámbito de competencia. El conocimiento de los procesos en su área de responsabilidad, el dominio de la normatividad sectorial e institucional y el desarrollo de habilidades directivas son factores implícitos en el modelo de gestión que se aborda en este tema. El Modelo de gestión directiva de Enfermería es un esquema desarrollado por expertas en gestión de la alta dirección del IMSS que fue reconocido oficialmente en 2011. Surgió ante las escasas herramientas identificadas para administrar los procesos de Enfermería y la necesidad de contar con un método práctico de gestión que permite tener un enfoque integral de los cuatro procesos sustantivos de Enfermería reconocidos:

1. Gestión del cuidado.
2. Gerencia.
3. Gestión del talento humano.
4. Gestión de los recursos materiales.

El Modelo de gestión directiva de Enfermería en el IMSS se basa en el proceso administrativo; su premisa fundamental es el enfoque de cada etapa hacia los procesos sustantivos. Con la finalidad de aportar conocimientos útiles para el ejercicio directivo, en este tema se exponen los fundamentos prácticos de las etapas de planeación, organización, dirección y control a partir de la visión de los directivos de Enfermería del IMSS después de 10 años de experiencia en la implementación, la supervisión y la retroinformación de su propio modelo de gestión directiva.

Planeación

Es el punto de partida y marco donde se establece el alcance de la planeación del directivo de Enfermería. En los términos prácticos establecidos para la operación del Modelo de gestión directiva de Enfermería en el IMSS, se refiere a la carpeta directiva o cuatro documentos de gestión básicos que deben guardar correspondencia entre los diferentes niveles directivos de Enfermería y la planeación de las unidades médicas; dichos documentos son:

1. **Diagnóstico situacional de Enfermería:** se precisa identificar, clasificar y priorizar los problemas y los riesgos y sus causas en el cuidado de Enfermería, la gestión del talento humano, los insumos terapéuticos y no terapéuticos, y la gerencia del directivo de Enfermería en los diferentes niveles de gestión. El alcance del análisis de resultados del comportamiento de los

procesos de Enfermería depende del nivel de gestión y la amplitud de su ámbito de responsabilidad. Se recomienda contar con información en tablas o gráficos que permita observar el comportamiento de los resultados anuales, mensuales o diarios, según convenga. Cabe aclarar que en este modelo, y para acotar en síntesis el diagnóstico situacional de Enfermería, se recomienda utilizar la matriz DAFO como herramienta de diagnóstico estratégico para la planeación.

2. **Programa de trabajo:** también se denomina planeación de Enfermería. De acuerdo con el nivel de gestión, sin perder el enfoque en los cuatro procesos sustantivos, guarda una estrecha relación con las estrategias, los objetivos y las metas del plan o programa de trabajo de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, de la unidad médica o de cada servicio o especialidad. Se elabora con base en la metodología de planeación estratégica a partir de problemas y riesgos identificados en el diagnóstico. En este documento el alcance del planteamiento de los objetivos y las líneas de acción depende del nivel de gestión de que se trate: Coordinación Delegacional de Enfermería, Dirección de Enfermería, Jefatura de Enfermería y Jefatura de Piso. Los elementos básicos que integran el programa de trabajo son:
 - Carátula.
 - Introducción.
 - Objetivos.
 - Misión, visión, valores y políticas (institucionales).
 - Síntesis del diagnóstico situacional.
 - Planes tácticos.
 - Planes operativos.
 - Tablero para el control de los procesos.
3. **Plan de supervisión:** documento de gestión que aclara con precisión el objetivo, la metodología y las líneas de supervisión que corresponden a las líneas de acción y operativas planeadas e implementadas de gerencia, gestión del talento humano, gestión de insumos terapéuticos y no terapéuticos y cuidado de Enfermería en los procesos estratégicos de las unidades médicas. La metodología debe contemplar al menos:
 - Proceso que será supervisado y sus puntos críticos.
 - Área o servicio a intervenir.
 - Instrumentos (cédula) de supervisión correspondiente.
 - Frecuencia, periodo de tiempo e intervalo de la supervisión.
 - Cantidad de evaluaciones por cálculo de muestra o casos determinados.
 - Responsable de la aplicación y de la validación.
 - Herramientas de recolección de datos de resultados de las evaluaciones.
4. **Plan de capacitación:** en este documento se precisan las líneas de acción, que de acuerdo con el diagnóstico de necesidades identificadas a partir de los hallazgos de las supervisiones internas y externas de cada unidad médica requieren ser intervenidas en un proceso de enseñanza y aprendizaje estructurado y sistemático en dos niveles.
 - **Delegacional:** prioritariamente dirigida a la gestión directiva de Enfermería de los diferentes niveles.
 - **Unidad médica:** dirigida a procesos y procedimientos del cuidado de Enfermería. En el IMSS existe el formato específico para la descripción de temas, materiales y métodos de la capacitación.⁷

Organización

Componente esencial en el proceso de gestión directiva de Enfermería, que implica el trabajo colaborativo con los integrantes del cuerpo directivo en apego a los objetivos emitidos por la Dirección

de Prestaciones Médicas, con la finalidad de orientar el modelo de atención hacia la prevención y brindar servicios de salud con calidad en los tres niveles de atención médica; es fundamental reconocerse dentro de la estructura organizacional.

Implica dirigir las responsabilidades y las funciones de acuerdo con el nivel de gestión dentro de la estructura jerárquica de Enfermería con el propósito de ordenar, distribuir y promover el uso óptimo de los recursos materiales, financieros, tecnológicos y humanos, con el apoyo de herramientas administrativas que permitan visualizar la información y analizar en tiempo real el comportamiento de los recursos bajo su responsabilidad.

El profesional gerente de Enfermería enfoca su atención en información de salud relevante, como morbilidad, mortalidad, datos oficiales de población adscrita, capacidad instalada y cartera de servicios autorizados, y establece su impacto en los procesos de Enfermería y en los recursos humanos asignados. A través del análisis periódico del número de plazas autorizadas y el número de plazas cubiertas con base en la plantilla nominal teórica y el cuadro de distribución, determina la suficiencia del número de plazas de Enfermería. Un factor relevante en la organización de los recursos humanos es la evidencia documental del equilibrio de las vacaciones, los descansos y el rol de las guardias festivas. El análisis de los datos sociodemográficos y académicos del factor humano permite identificar el potencial del talento humano. Por otra parte, la organización de los insumos terapéuticos y no terapéuticos es posible a través de información actualizada del programa de abasto, las metas anualizadas y las dotaciones fijas autorizadas (derivadas de la colaboración para su determinación), lo que favorece de manera específica el tramo de responsabilidad, las funciones directivas y la toma de decisiones asertivas.

Dirección

Es la etapa clave del proceso administrativo, que le permite al gerente de Enfermería desarrollar y aumentar sus habilidades directivas para el logro de los objetivos estratégicos y específicos de los procesos; en esta fase el profesional de Enfermería dirige el cumplimiento de las acciones operativas de los cuatro procesos sustantivos de Enfermería (gerencia, cuidado enfermero, gestión del talento humano y gestión de insumos terapéuticos y no terapéuticos) y, si es necesario, realiza una vinculación interdisciplinaria acorde a su nivel de gestión para que las acciones se lleven a cabo.

La dirección consiste en hacer que todas las actividades que fueron planeadas en un inicio se ejecuten para alcanzar los objetivos de la organización.

No obstante que es una etapa poco visible, le permite al directivo de Enfermería integrar documentos que muestren evidencia de vinculación, liderazgo y comunicación efectiva, como se describe en el cuadro II-1.

Ejercer liderazgo implica dirigir, influir y motivar a los colaboradores de los diferentes niveles jerárquicos para lograr la realización efectiva de lo planeado.⁸ Un líder inspira, apoya y enseña a las

Cuadro II-1. Elemento de dirección

Liderazgo y negociación	Acuerdos de calidad con directivos médicos, administrativos y otras instancias o instituciones
Comunicación efectiva	Difusión y retroalimentación para la implementación de líneas de acción. Minutas de seguimiento de compromisos
Vinculación	Enlaces, minutas u otras evidencias de vinculación, como fotografías de participación en reuniones de comités, reuniones de trabajo con profesionales de Enfermería de los diferentes niveles de gestión de acuerdo con línea de mando y reuniones de trabajo con otros integrantes del equipo multidisciplinario
Motivación	Generada en el talento humano a través del sistema de reconocimiento individual y grupal, en los que se incluye el que establece la institución



personas; las impulsa a hacer lo que creían imposible y a lograr lo que sólo se puede cuando se trabaja en equipo. El ambiente de trabajo tiene una relación directa con el desempeño de los procesos, y los líderes deben contribuir a establecer un ambiente cordial, respetuoso, seguro y motivador. Es por ello que el trabajo directivo implica el involucramiento para la mejora de los procesos. El liderazgo efectivo, la toma de decisiones asertivas y el adecuado ejercicio de la autoridad son factores que contribuyen a cambiar las cosas.⁹

Control

La planeación es el punto de referencia para la creación de controles, por lo que están estrechamente relacionados; sin objetivos e indicadores el control es imposible toda vez que el desempeño se debe medir con base en ciertos criterios, metas, normas o estándares establecidos. En el IMSS se reconocen experiencias relacionadas con la evaluación de la gestión directiva de Enfermería que han tenido una importante repercusión para el mejor ordenamiento y control de sus procesos. En este sentido, en 2014 la División de Programas de Enfermería junto con la División de Mejora a la Gestión Directiva de los Servicios de Salud pertenecientes a la Coordinación de Políticas en Salud, implantaron a nivel nacional el instrumento de evaluación “Cédula de supervisión a la gestión directiva de Enfermería” para los niveles de gestión estratégico, táctico y operativo, en los que resalta la evaluación de controles por parte de las directivas de Enfermería en los procesos sustantivos —gerencia, cuidado de Enfermería, gestión del talento humano, gestión de insumos terapéuticos y no terapéuticos—, realizando análisis de la información con toma de decisiones y seguimiento al cumplimiento de las acciones y los compromisos.

Así, para el personal directivo de Enfermería en el IMSS, que tiene entre sus funciones el control de los procesos sustantivos, la supervisión es fundamental en función de evaluar que lo planeado se cumpla. Por tanto, y como parte del control a través de la supervisión y la evaluación de las acciones planeadas en los diferentes niveles de gestión y en los procedimientos operativos del cuidado de Enfermería, es imprescindible el uso de instrumentos o cédulas específicas de evaluación y herramientas de concentración de resultados con el objeto de identificar los puntos críticos que permitan la toma de decisiones para mejorar los procesos.

En 2021 la Coordinación Técnica de Enfermería visualizó la necesidad de contar con una jefatura de Área de Evaluación e Innovación, en la que el control de los procesos sustantivos de Enfermería es considerado como la prioridad dentro de las líneas estratégicas, y retomó la necesidad de actualizar y diseñar instrumentos de evaluación y tableros de control; así, en 2022 se implementaron las cédulas de Gestión del cuidado de Enfermería, Chequeo PrevenIMSS, Central de esterilización y Gestión directiva de Enfermería, del mismo modo que se estandarizaron los tableros de control de resultados, permitiendo a las directivas de Enfermería el análisis y la implementación de planes de mejora para generar acciones correctivas o de prevención de riesgos. Finalmente, el control es la etapa administrativa que realiza la medición y la corrección del desempeño con el fin de asegurar que se cumplan los objetivos.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

María Isabel López López, Gehazul Palacios Torres

El IMSS es un ser vivo que a lo largo de 80 años ha crecido y se ha consolidado como líder en la atención a la salud de más de 70 millones de mexicanos. El crecimiento conlleva una mayor complejidad de los recursos que necesita para sus operaciones, como aumentar el capital humano, incrementar la tecnología y sus actividades de apoyo, etcétera. Por otra parte, el crecimiento ha provocado el aumento del número de personas y también la necesidad de que éstas apliquen más conocimientos, habilidades y destrezas indispensables para mantener la competitividad en el Sec-

tor Salud. Todo ello para garantizar que la utilización de los recursos materiales, financieros y tecnológicos sea eficiente y eficaz; así, sus integrantes son el diferencial competitivo que propicia y sostiene el éxito de la institución.

El Instituto cambia constantemente conceptos y modifica prácticas administrativas para movilizar y ubicar a las personas en actividades sustantivas y estratégicas de acuerdo con perfiles profesionales, cambios epidemiológicos y proyectos especiales, con la finalidad de dar solución a la demanda de atención del proceso salud-enfermedad de la población. El IMSS se caracteriza por su gran diversidad de procesos, niveles de atención, tecnología, situación geográfica, pirámide poblacional y estructura física de las más de 6,500 unidades de salud que lo conforman, por lo que es necesario que la gestión del talento humano se realice con base en la normatividad institucional y en el contrato colectivo de trabajo, en un marco de transparencia y equidad para el uso eficiente de los recursos.

Gestión del talento humano

Marco de referencia

En el Sector Salud el personal de Enfermería participa en 70% de los procesos directos e indirectos que proporcionan las instituciones de salud, por lo que es necesario que cuente con personal profesional suficiente para garantizar el proceso de atención de Enfermería a los usuarios de los servicios de salud 24 h del día los 365 días del año. El personal de Enfermería constituye de 38 a 45% de la plantilla general de una unidad médica. En el IMSS la gestión del talento humano es una actividad sustantiva de gran importancia para contribuir al objetivo de otorgar atención médica con calidad y eficiencia. Esta actividad no sólo atañe a nivel central, sino que también es responsabilidad de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y de las UMAE para dar respuesta a la política de recursos humanos señalada por la Dirección de Administración del Instituto, que hacer posible la asignación de recursos con el mismo criterio en función de la demanda de atención, con la finalidad de ser transparentes y eficientes en la utilización del recurso humano, para lo cual:

- La dotación de recursos humanos se realizará a solicitud de las unidades médicas a través de las jefaturas de Servicios de Desarrollo de Personal.
- El requerimiento de recursos humanos se realizará acorde a las necesidades de cada unidad médica o en la implementación de programas especiales.
- Ante la presencia de situaciones especiales o emergencias epidemiológicas que requieran personal, es necesario analizar minuciosamente los recursos de que disponen las unidades médicas, a fin de evitar el despido.
- La solicitud de recursos humanos se realizará con base en la normatividad institucional en la productividad de cada unidad médica.
- El requerimiento de recursos humanos se realizará inicialmente con el análisis de la plantilla de personal, la cual se debe actualizar cada vez que surjan cambios en los procesos de atención, infraestructura física y tecnológica, o el incremento de la capacidad física instalada.
- El requerimiento de personal se realizará tomando en cuenta el inventario físico de unidades, los turnos autorizados, los cubredescansos y las vacaciones, así como los conceptos especiales (infectocontagiosidad, emanaciones radiactivas, entre otros).
- El requerimiento de personal se realizará tomando en cuenta la categoría del personal.
- Personal de confianza:
 - Directora de Enfermería de la UMAE.
 - Directora de la Escuela de Enfermería.
 - Coordinadora delegacional de Enfermería en atención médica o salud pública.
 - Enfermera supervisora de Enfermería en atención médica o salud pública.
 - Jefa de enfermeras.



- Coordinadora de cursos técnicos.
- Subjefe de enfermeras.
- Personal de base:
 - Enfermera jefa de piso.
 - Enfermera especialista.
 - Enfermera general.
 - Auxiliar de Enfermería general.
 - Auxiliar de Enfermería en salud pública.
- El requerimiento de personal se realizará con base en los indicadores de dotación de recursos humanos.
- Para el requerimiento de personal hay que analizar los siguientes aspectos:
 - Definición de los recursos físicos (proyecto médico arquitectónico).
 - Apego a la normatividad de los procedimientos de trabajo.
 - Identificación de la plantilla actual.
 - Cuadros de distribución por servicio.
 - Productividad de cada servicio de los últimos seis meses.
 - Población usuaria.
 - Días y horarios de atención.

Funciones y actividades del directivo de Enfermería en la administración de los recursos humanos

- Normar y coordinar las estrategias y acciones relacionadas con la actualización y la implementación de indicadores de recursos humanos en Enfermería de acuerdo con los procesos de atención médica e innovación tecnológica.
- Analizar y gestionar el requerimiento de plazas en coordinación con los órganos normativos y la instancia administrativa correspondiente, conforme a lo establecido en la normatividad vigente a la que se deberá sujetar la dotación de recursos humanos en las unidades médicas.
- Actualizar la plantilla con base en:
 - Plantilla teórica.
 - Balance de plazas.
 - Plazas autorizadas.
 - Plazas ocupadas.
 - Plazas vacantes.
 - Plazas sobrantes.
 - Conceptos (11, 13, 14, 54, etcétera).
 - Procedimiento para la planeación y la definición de plantillas de personal para unidades médicas sujetas a acción de obra, clave 2900-Bo3-002.
 - Inventario físico de unidades vigente.
- Administrar de manera óptima las plazas autorizadas de Enfermería mediante el equilibrio en la fuerza de trabajo que permita garantizar la atención de calidad a la población derechohabiente.
- Mantener actualizado el cuadro de distribución del personal de Enfermería de acuerdo con los servicios, los programas y los recursos físicos vigentes y autorizados
- Realizar la revisión de plantillas con base en la normatividad institucional y en el *Reglamento de la Comisión Nacional Mixta de Revisión de Plantillas*, con la finalidad de regular el proceso o la modificación, o ambos, de plantillas en las áreas de las Delegaciones regionales, estatales y de la Ciudad de México:

- Participar con las instancias institucionales y las Comisiones Nacionales Mixtas en el establecimiento de acuerdos para la evaluación del desempeño y estrategias de mejora del personal de Enfermería de los tres niveles de atención.
- Revisión de plantillas de las unidades médicas y la UMAE.
- Participar con la comisión mixta de productividad, eficiencia y calidad, para el establecimiento de acuerdos para la evaluación del desempeño del personal de Enfermería de los tres niveles de atención.

Metodología para calcular el número de plazas necesarias de Enfermería por camas censables

Fórmula para determinar el número de plazas:

$$\frac{\text{Número de camas} \times \text{indicador de atención}}{6(\text{factor que resulta de dividir 24 h entre 4 turnos})} = \text{número de plazas de personal de Enfermería necesario para 24 h}$$

Ejemplo:

Servicio: medicina interna. Indicador de atención (cuatro horas).

Número de camas: 54 (cuadros II-2 a II-4).

$$\frac{54 \times 4}{6} = \frac{216}{6} = 36$$

Formación y desarrollo del talento humano

Una parte fundamental de la gestión del talento humano es la capacitación, el fortalecimiento de las habilidades y las destrezas del personal de Enfermería a través de la educación continua, el adiestramiento en servicio y la evaluación del desempeño con la finalidad de mantenerlo actualizado y reconocer los logros obtenidos en forma individual y grupal. El personal de Enfermería constituye el activo más importante del Instituto, por lo que es de gran importancia realizar un análisis del recurso humano apegado a la normatividad vigente con la finalidad de dar solución a la demanda de atención del proceso salud-enfermedad de la población de forma transparente, eficiente, oportuna y eficaz (figura II-5).

LIDERAZGO Y TOMA DE DECISIONES BASADOS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Hilda Gamboa Rochín, Sandra Guadalupe Moya Sánchez, Jovita Tiznado Arciniega, María Cesárea Valadez Magaña

El Instituto Mexicano del Seguro Social siempre ha invertido en lo más importante de la organización, que es el desarrollo de su capital humano. Los retos en salud no son sencillos, y la misión del IMSS es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familiares. En las últimas décadas los profesio-

Cuadro II-2. Distribución del personal de Enfermería

Tipo de personal	Porcentaje	Número
Profesional: enfermera general	75	27
No profesional: auxiliar de Enfermería general	25	9
Total	100	36

Tomado de Procedimiento para la planeación y definición de plantillas de personal para unidades médicas sujetas a acción de obra, clave 2900-B03-002.

Cuadro II-3. Distribución de personal de Enfermería por categoría, turno y cubredescansos

Turno	%	Enfermera general	Cubre descanso (2.5)	Total	Auxiliar Enfermería general	Cubre descanso (2.5)	Total
Matutino	30	8	3	11	3	1	4
Vespertino	30	8	3	11	2	1	3
Nocturno A	20	6	1	7	2	0	2
Nocturno B	20	5	1	7	2	0	2
Total	100	27	8	36	10	2	11

Tomado de Procedimiento para la planeación y definición de plantillas de personal para unidades médicas sujetas a acción de obra, clave 2900-B03-002.

nales de Enfermería han fortalecido sus conocimientos basados en la evidencia científica, que permite la toma de decisiones sustentada en la investigación y la experiencia clínica fundamentada con un trabajo independiente, considerando toda información derivada de las teorías generales, los estilos y los modelos, las características en las que el liderazgo de Enfermería se ha desarrollado en distintos momentos y se ha ajustado a los contextos, los entornos sociales y las dinámicas de las interrelaciones humanas con el sistema de salud; como una estructura global, enfrentan hoy una serie de desafíos complejos para brindar atención de calidad, segura y rentable que pueda prevalecer en el futuro.

Los enfermeros han adquirido una preparación académica con posgrados, maestría y doctorado, que rompe las barreras y los esquemas del pasado, lo cual resalta el rol fundamental de Enfermería como parte de equipos integrados de salud, lo que requiere intervenciones que les permitan la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los procesos de atención a través de un liderazgo en la práctica diaria que potencie sus capacidades y la toma de decisiones. A lo largo de su trayectoria el profesional de Enfermería institucional desarrolla competencias de liderazgo en los diferentes niveles de atención, con el objetivo de ser un agente de cambio para coadyuvar en la mejora de la atención de salud con calidad, centrada en el individuo, la familia y la comunidad.

El personal de Enfermería del Instituto, a través del Modelo de gestión directiva, ha ejecutado directrices con base en un liderazgo participativo e integrado al equipo de salud, desarrollando los procesos de forma sistemática y con orden administrativo. El personal de Enfermería tiene la capacidad de asesorar y ser ejemplo para fortalecer la creación de los cuadros de reemplazo para fortalecer los cuidados de Enfermería libre de riesgos y que las nuevas directivas cuenten con herramientas homologadas para facilitar sus actividades y dar respuesta a las demandas crecientes de salud de la población.

Cuadro II-4. Distribución de personal de Enfermería por turno y categoría

Categoría	%	Turno				Total
		Mat	Vesp	Noc A	Noc B	
Enfermera general	75	11	11	7	7	36
Auxiliar de Enfermería general	25	4	3	2	2	11
Total	100	15	14	9	9	47

Mat: matutino; Vesp: vespertino; Noc A: nocturno A; Noc B: nocturno B. Tomado de Procedimiento para la planeación y definición de plantillas de personal para unidades médicas sujetas a acción de obra, clave 2900-B03-002.



Figura II-5. Número de plazas de Enfermería para el Servicio de Medicina Interna.

Los servicios de Enfermería se han fortalecido al ejecutarse con un liderazgo efectivo, lo cual favorece las funciones que son críticas para las actividades del trabajo, la motivación del gremio, las expectativas de formación y el desempeño para realizar los procesos, considerando las altas exigencias que enfrenta el IMSS en materia de competencia, calidad y productividad.

Formación de líderes en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Una institución como el IMSS prepara gestores para desempeñarse en los diferentes niveles de atención. La preparación de líderes encaminados a cumplir los objetivos, desde su formación académica, con conocimientos de la práctica además de las bases normativas y las políticas de salud, asegura un verdadero dominio de liderazgo, con una comunicación que empodera hacia la capacitación y la supervisión de los procesos, los programas y las estrategias institucionales.

El Instituto reconoce la trayectoria de los grandes líderes de la Enfermería a lo largo de su historia, que ha quedado escrita en diversos documentos, los cuales se hicieron y desarrollaron en cada una de las unidades médicas del país, unidades de medicina familiar, hospitales y UMAE; ellos son líderes que destacaron como directivos de Enfermería, dirigentes de Delegaciones y cargos estratégicos en nivel central en el ámbito de la salud pública y la atención médica.

Los directivos del IMSS y el SNTSS se aseguran de que se respete la imagen institucional de cada uno de sus pacientes al portar el uniforme como contractualmente se especifica, por ejemplo, las mujeres portan la cofia para ser distinguidas y para identificar la categoría y el cargo por las franjas color verde, a excepción del personal auxiliar de Enfermería general, que utiliza la cofia sin ninguna insignia.

Liderazgo de la Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

A lo largo de la historia la población enfermera ha logrado integrarse a procesos que derivan en una atención integral; muchos de ellos han existido y aún se desarrollan en el Instituto; hay documentos y textos que describen algunos de estos procesos o programas que han persistido a través del tiempo y que han favorecido los servicios otorgados por el área de Enfermería, los cuales han reflejado el impacto a través de la medición de criterios que han direccionado a la mejora continua, lo que confirma que los procesos de Enfermería se conducen bajo un liderazgo basado en evidencia (figura II-6). La primera dirigente a nivel nacional fue la enfermera Julieta Rico Sierra en 1944, con el cargo de Jefa General de Enfermeras del IMSS; para 2001 el H. Consejo Técnico aprobó el Comité Nacional de Enfermería, el cual fue representado por la enfermera Leticia Jinez Ramos, que favoreció la toma de decisiones en el ámbito de la Enfermería al elevar la calidad de la atención que se otorga a la población derechohabiente, así como al fortalecimiento institucional. Para 2011 la Dirección de Prestaciones Médicas creó la División de Programas de Enfermería dependiente de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud, cuya titular fue la enfermera Julia Echeverría Martínez; en dicha área se obtuvieron logros al ponderar al gremio de Enfermería con un valor imprescindible al interior de los procesos de atención en el Instituto. Al día de hoy la Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias, con el respaldo del Mtro. Zoé Robledo Aburto, Director General del IMSS, y de la Dra.





Figura II-6. Líderes de Enfermería en la 112 Asamblea General Ordinaria, 2021.

Célida Duque Molina, ha logrado integrar un equipo directivo para conformar la Coordinación Técnica de Enfermería a fin de dirigir los proyectos estratégicos que emanan de los programas institucionales (figura II-7).



Figura II-7. Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias y Dra. Célida Duque Molina con integrantes de la Coordinación Técnica de Enfermería, 2022.



Figura II-8. Toma de protesta de representantes estatales como titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, 15 de enero de 2020.

En enero de 2020, durante la sesión extraordinaria, el H. Consejo Técnico nombró a 35 representantes estatales, estando como Director General del Instituto el Mtro. Zoé Robledo Aburto. En la convocatoria fueron considerados los profesionales de Enfermería que poseen un liderazgo verdadero y tropa de élite que asumen con conocimientos y con experiencia que se estrenaron para dirigir los servicios de salud. En la actualidad seis enfermeros dirigen los hoy OOAD como titulares en Morelos, Tabasco, Querétaro, Michoacán, Guerrero y Tlaxcala (figura II-8).

El trato amigable al paciente, a finales del decenio de 1990 y principios del de 2000, fue de relevancia para la institución. Hay una teoría fundamentada de que la relación entre un paciente, el médico y los enfermeros tiene un gran efecto terapéutico, con independencia del tratamiento que se asigna a cada caso, como el hecho de que se reconociera a la persona por su nombre y la importancia de que el personal de Enfermería se presente por su nombre con los pacientes, reduciendo a través de la calidez en el servicio y la empatía los sentimientos negativos de miedo y ansiedad. Durante el sexenio del Presidente Vicente Fox Quezada se realizó una encuesta de calidad a la población derechohabiente del IMSS, la cual demostró que la principal queja de los pacientes era el maltrato, más que el desabasto de medicamentos y la falta de oportunidad en la atención. Por lo anterior, el punto de “Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud” se documentó en el Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, una lista de verificación en la que se evaluó que el personal de Enfermería debería presentarse, hablarle por su nombre al paciente y explicarle los procedimientos a realizar, así como cuidar su individualidad; con esto se presentó el primer indicador de calidad. El área de Enfermería fue la primera y única en muchos años en llevar a cabo esta práctica.

En 2003 la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de Enfermería el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios. La Coordinadora de Enferme-

ría en Atención Médica era la enfermera Martha Soto, quien reunió a las coordinadoras delegacionales de todos los estados para estructurar los Indicadores de Calidad en la Atención de Enfermería, en los cuales se consolidaron los parámetros para medir la calidad de la atención de Enfermería a sus clientes (Sistema Integral de Calidad en Salud), creando lineamientos e instrumentos enfocados en los usuarios, los profesionales de la salud y las organizaciones que contribuyen a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente; fueron monitoreados en las unidades médicas del Instituto a lo largo del país y fueron analizados y evaluados por la División de Programas de Enfermería. Dichos indicadores se ejecutan en corresponsabilidad con la Comisión Permanente de Enfermería, estableciéndose para todo el Sector Salud; en su momento demostraron un impacto sobre todo en la atención de calidad y la seguridad, dado que fue el personal de Enfermería el que incursionó en la cultura de la evaluación de los servicios. Ser enfermero hace que de alguna manera se deba dirigir, asumiendo roles formales de liderazgo en las organizaciones y de influencia en los pacientes y las familias.

En esta situación, los líderes de Enfermería coordinan, integran, facilitan y proporcionan un contexto para el desempeño de las personas dentro de una organización, lo cual se dejó ver en la creación de PrevenIMSS, cuando estaba a cargo de la Coordinación de Programas de Salud Pública el Dr. Gonzalo Gutiérrez Aguilar, con la enfermera Leticia Jinez Ramos. En 2002 se inició el programa, que inicialmente se pretendía que fuera un equipo multidisciplinario liderado por el área médica; estaba contemplado en un paquete de acciones preventivas, las cuales se adaptaban a diferentes grupos etarios. Fue desarrollado un esfuerzo institucional en materia de prevención y prestación de servicios, con el propósito de la provisión sistemática y ordenada de acciones claramente definidas y relacionadas con la promoción de la salud; la vigilancia de la nutrición; la prevención, la detección y el control de enfermedades; y la salud reproductiva. Con el paso de los años el programa ha dejado precedente y la creación de los módulos de atención, en los cuales se requirió capacitación para el manejo de los sistemas de información, demostrando así el compromiso con la población y la identidad institucional.

En la historia del IMSS han existido líderes con una visión que ha permitido la viabilidad financiera y social. Esta fue una de las estrategias del Director de Prestaciones Médicas, el Dr. Santiago Echevarría Zuno, quien formalizó equipos multidisciplinarios para la asesoría y la supervisión de los procesos sustantivos de Enfermería, con la participación de enfermeras con un liderazgo transformacional, que fue el generador de objetivos colectivos para el cambio en el pensamiento sistémico del Instituto y puede considerarse efectivo porque ha resultado en un cambio del paradigma de la calidad y la seguridad de la atención médica y de Enfermería. A partir de 2012 se sumaron a la implementación de las metas internacionales para la seguridad del paciente acciones que se determinaron para prevenir, con el fin de que todo el personal que estuviera en contacto con pacientes las llevara a cabo. La implementación, la medición y el seguimiento quedaron a cargo de Enfermería, y fueron documentados en los lineamientos normativos. Actualmente se siguen evaluando como acciones esenciales para garantizar la seguridad del paciente en los tres niveles de atención.

En 2013 el IMSS, preocupado por la vida y el bienestar de la población, en relación con las infecciones nosocomiales, desarrolló una forma de incidir en esta causa, por lo que implementó el Modelo institucional para prevenir y reducir las infecciones nosocomiales a cargo de la Dra. Lilia Cote y, como líder de Enfermería, la maestra Fabiana Maribel Zepeda Arias. En ese entonces se definió la evaluación de los procesos de atención mediante paquetes de acciones preventivas en las unidades médicas del Instituto, a pesar de que en el modelo se definieron perfectamente las acciones y las listas de verificación para su seguimiento. A la fecha la estrategia prioritaria de la Dirección General consiste en compartir la responsabilidad del cumplimiento por parte de la Coordinación Técnica de Enfermería para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención para la Salud. Los directivos de Enfermería continúan con el seguimiento del programa, lo cual traspasa las barreras

de la disciplina en coordinación con los demás profesionales de salud, dejando ver la participación relevante y la toma de decisiones del personal de Enfermería, que está preparado para desarrollar aún más competencias y asumir posiciones de liderazgo.

En 2016 el Instituto homologó la Gestión Directiva de Enfermería a través de la elaboración y la publicación del Procedimiento para la gestión directiva de los servicios de Enfermería en las unidades de servicios médicos de segundo nivel de atención, dando sustento normativo a los documentos gerenciales de Enfermería, lo cual configuró en los objetivos del equipo multidisciplinario que conformaba la asesoría de la División de Mejora a la Gestión de los Servicios de Salud con líderes de Enfermería que destacaban la importancia de sistematizar y homologar las herramientas administrativas. Actualmente los directivos de Enfermería son los que cuentan con documentos gerenciales en todos los niveles y fortalecen las habilidades directivas y el liderazgo de los integrantes de Enfermería, como los coordinadores delegacionales y los supervisores de Enfermería que día a día toman decisiones para el logro de los objetivos institucionales.

Los líderes de Enfermería afrontando la emergencia por COVID-19

Los profesionales de Enfermería dieron respuesta a las necesidades de salud con la llegada del virus SARS-CoV-2, el cual transformó el mundo al presentarse como una nueva cepa de coronavirus que no se había identificado antes en el ser humano. Entonces se afrontó al coronavirus, que ahora se conoce con el nombre de COVID-19, el cual no se había detectado antes de su notificación del brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. El posicionamiento de los líderes de Enfermería en cada uno de los estados del país incidió de forma directa en el personal directivo de Enfermería de las unidades médicas y del personal operativo, conjuntando estrategias creativas e innovadoras alineadas a los protocolos de salud emitidos a niveles internacional y nacional para lograr abatir las condiciones de salud que presenta la población. Los profesionales de Enfermería demostraron su gran capacidad de resiliencia afrontando esta pandemia. La atención directa de los pacientes y sus familiares de forma científica y humanística fue visualizada por la sociedad, por lo cual se ganó el reconocimiento de la población mexicana y del mundo entero (figura II-9).

El liderazgo como un proceso de influencia en los otros y de facilitación del alcance de objetivos comunes en la esfera individual y colectiva, basado en relaciones orientadas por comportamientos que incluyen apoyo, perfeccionamiento de competencias personales y adaptaciones para el trabajo, reconocimiento del otro y sus aptitudes, objetivando el compromiso de una unidad entre funcionarios y la organización, permite el desarrollo de las habilidades directivas para realmente cambiar la cara de las organizaciones con la inteligencia emocional, la resolución del conflicto, la adaptación y la resiliencia, la toma de decisiones y la gestión del tiempo, y con esto tener la capacidad para tomar decisiones ante un ambiente en el que la incertidumbre es la única constante y el panorama epidemiológico del país es un grave problema, pues las enfermedades crónicas, emergentes y re-emergentes requieren enfermeros líderes con vocación, conocimiento, innovación, creatividad y amor para lograr transformar no sólo a nuestra noble institución, sino que sus actos influyan en las familias y las comunidades. Los enfermeros mexicanos son reconocidos por otros integrantes del equipo de salud y la sociedad por su disciplina y empatía.

Mientras el personal de Enfermería conserve la humildad, la capacidad de asombro y el deseo de seguir aprendiendo se logrará la misión de otorgar cuidados de Enfermería libres de riesgo y que la población derechohabiente de las unidades médicas de los tres niveles de atención reciba una mejor oportunidad de vida (figura II-10).

La capacitación en Enfermería ha evolucionado a grandes pasos en el último siglo, llegando a ser indispensable la atención integral de salud, que exige en el mercado internacional y nacional personal preparado y altamente calificado para la atención de pacientes en la parte asistencial, docente y gerencial. La Enfermería es el elemento clave y no sólo un personaje de apoyo; hoy en





Figura II-9. Primer equipo de respuesta ante el COVID-19 en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 7 de Monclova, Coahuila. La lideresa es la Lic. Enferm. Perla Elizabeth Estrada Méndez (marzo de 2020)..



Figura II-10. Al frente de los equipos de COVID-19 estaba la Mtra. María del Rosario López en el Hospital General de Zona N° 1 en Aguascalientes, Aguascalientes (diciembre de 2021).

día la toma de decisiones asertivas y determinantes es fundamental para guiar los procesos sustantivos, por lo que las supervisiones periódicas son de vital importancia para verificar que lo normado se realice en la operación y garantizar una atención libre de riesgos al paciente.

PARTICIPACIÓN RELEVANTE DEL ÁREA DE ENFERMERÍA EN LOS ACTOS DE FISCALIZACIÓN

Cynthia Soledad González Ramos, Martha Raquel Pulido Gómez, Evelyn Ortega García

La reciente incorporación de los actos de auditoría conforma un gran reto para las instituciones de salud y en especial para la Enfermería, y es un tema que ha tomado auge a partir de los cambios sucedidos en la evolución de la profesión.

Desde sus inicios el IMSS ha destacado el quehacer de la Enfermería como una parte fundamental del cuidado de la salud, con énfasis en la asesoría, la supervisión y el control como ejes esenciales en este ámbito; por esta razón, es importante destacar la relevancia de la participación de Enfermería en los actos de auditorías como integrante de los equipos multidisciplinarios en el área de la salud.

En este tenor, el objetivo principal de este apartado es resaltar el nivel de conocimiento del personal de Enfermería en los actos de auditoría, la importancia de su participación acorde a las principales etapas de estos actos y los beneficios más relevantes en el cumplimiento de sus funciones y en la detección de mejoras, mostrando los elementos necesarios para comprender su funcionamiento en los diferentes escenarios en los que se desarrolla la profesión.

Sin duda, la Enfermería es uno de los más grandes pilares de la atención con calidad en el área de salud y ha realizado actos auditables que han creado precedentes dentro del quehacer de la profesión. El planteamiento ahora es generar competitividad en el profesional de Enfermería y crear las competencias necesarias para continuar avanzando en el ámbito de las auditorías con conocimiento del deber ser y el saber hacer dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Participación de Enfermería en la auditoría

Uno de los grandes retos para afrontar de manera eficaz y eficiente la auditoría es romper con los paradigmas del concepto o con la percepción de estos actos, al considerarlos como un ejercicio de fiscalización o de examinación del trabajo con el objetivo de encontrar fallas para penalizar a los equipos o las empresas. Ante esta visión distorsionada se genera apatía, desconfianza y en muchos casos miedo a enfrentarse a un ejercicio de auditoría; uno de los mayores temores es el desconocimiento o el saber que no se tiene información relacionada con el tema que se va a auditar.

Cuando no se cuenta con los elementos básicos o existe desconocimiento no se le da valor al trabajo que se desempeña día con día, tomando en cuenta que gran parte de la documentación es generada y proporcionada por Enfermería, lo que refleja la implementación del control interno en cada uno de los procesos que interactúa y la mejora continua.

En este sentido, es preciso reconocer las principales etapas de auditoría, con la finalidad de comprender su funcionamiento y las herramientas necesarias que sustenten la participación de Enfermería de manera objetiva, fundamentada y colaborativa.

En el marco regulatorio en materia de auditoría, la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación la define como el proceso sistemático en el que de manera objetiva se obtiene y se evalúa la evidencia para determinar si las acciones llevadas a cabo por los entes sujetos a revisión se realizaron de conformidad con la normatividad establecida o con base en principios que aseguren una gestión pública adecuada.¹⁰

Bajo este concepto, el área de Enfermería participa de manera directa o en colaboración en el cumplimiento de objetivos de programas federales, sectoriales, regionales y operativos, y para cumplirlos se requieren evaluaciones que permitan verificar el desempeño de ellos.



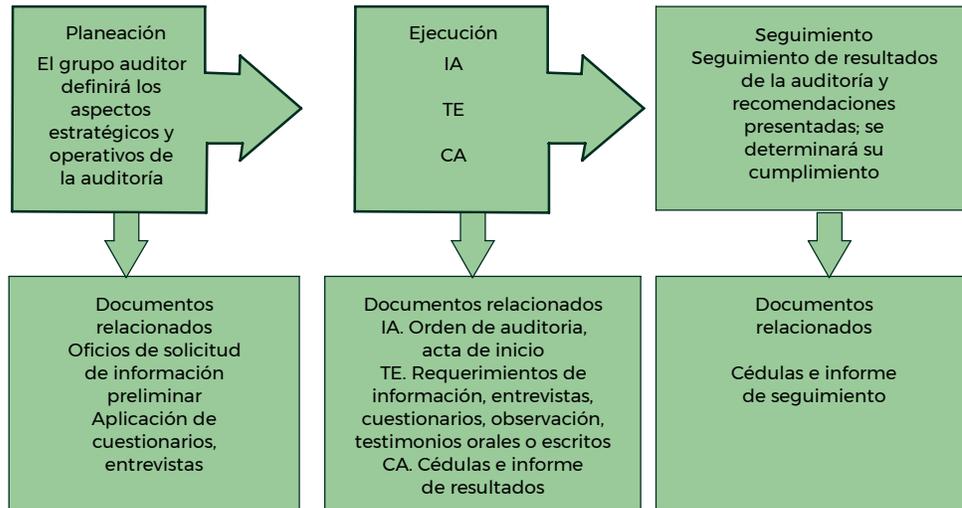


Figura II-11. Principales etapas de la auditoría y documentos básicos que la conforman. Elaborada por los autores. IA: inicio de auditoría; TE: trabajo de ejecución; CA: cierre de auditoría.^{12,13}

La auditoría está conformada por diferentes etapas, las cuales se representan de manera general y en conjunto con los principales documentos que la conforman¹¹ (figura II-11):

- **Planeación:** antes del inicio de la auditoría el equipo auditor define los aspectos estratégicos y operativos a ejecutar, como sus objetivos, alcance y enfoque.
- **Ejecución:** esta etapa comprende el inicio, la ejecución y el cierre de auditoría.
- El inicio de la auditoría se notifica por escrito, acto con el cual inician formalmente los trabajos de ejecución.
- Durante la ejecución los auditores buscan obtener evidencia para establecer los resultados y formular conclusiones en respuesta a los objetivos de la auditoría.
- **Cierre de la auditoría:** una vez que el auditor concluye el análisis de la información emite los resultados y los hallazgos identificados durante la ejecución, de los cuales se pueden derivar observaciones y recomendaciones, las cuales deben ser atendidas por quien recibió la auditoría dentro del plazo establecido; dicha situación se describe en las cédulas de resultados y el informe respectivo.
- **Seguimiento:** las acciones plasmadas en las cédulas de resultados deben ser cumplidas por parte de los auditados en tiempo y forma; el auditor será el responsable de dar seguimiento hasta su resolución; la situación de las acciones emprendidas se relatan en las cédulas de seguimiento y el informe correspondiente.³

Con base en las principales etapas de la auditoría y los documentos primordiales que la conforman, se exponen los siguientes elementos, con el propósito de favorecer la participación de Enfermería en los actos de auditoría que permitan cumplir con los objetivos planteados y promuevan mejores resultados:

- Identificar el objetivo y el alcance de la auditoría; en función de ello, comprender la responsabilidad, el alcance y el rol que tiene el equipo para que sea más sencilla su interacción y reduzca el estrés que genera en ocasiones la inmersión en ella.
- Comunicar a los miembros más significativos de la organización la realización de la auditoría, su alcance y sus objetivos.

- Escuchar y leer con atención la información que solicite el auditor; en caso de que no sea clara se recomienda realizar las aclaraciones convenientes, lo cual permitirá la entrega oportuna y precisa del requerimiento, considerando su ámbito de competencia. Cuanto más conocimiento tengan los equipos involucrados en el objetivo, el proceso y los alcances de las auditorías será siempre más fácil realizarlas y, por ende, obtener mejores resultados, dado que está muy claro de lo que se debe responder y, por el otro lado, lo que se obtendrá de ella.
- Conocer los resultados de la auditoría como un ejercicio de diagnóstico más que de fiscalización, que permita saber las irregularidades que sean de su competencia, así como las recomendaciones que le pueden ayudar en la mejora de su trabajo en el día a día. Ante las acciones en el ámbito de la responsabilidad de Enfermería o en conjunto se debe comprender su alcance, el tiempo en que deben cumplirse y asegurar la documentación que sustente su implementación.
- Planificar los procesos, implementarlos, verificar su cumplimiento y establecer acciones correctivas y de mejora de manera permanente; medir la mejora de los procesos que permita comprobar una rendición de cuentas cualitativa y cuantitativa, de tal manera que al generarse una auditoría se cuente con los elementos que sustenten las actividades diarias de la profesión en sus diferentes ámbitos. El control y la documentación de los procesos darán tranquilidad, confianza y seguridad ante una auditoría.

Gracias a lo expuesto se concibe que Enfermería es un colaborador importante del servicio público en materia de salud, por lo que su participación es fundamental. Si bien la auditoría no es un proceso que sólo involucre una supervisión rutinaria, su resultado es el reflejo del trabajo que realiza en su día a día, basándose en que su evaluación es a través de la evidencia documental que hace constar y sustenta las funciones de la profesión.

Por lo anterior, es trascendental que el personal de Enfermería cuente con conocimientos básicos en el tema y su marco regulatorio, conozca las funciones sustantivas del cargo que se desempeña y la normativa que las dictamina, y documente de manera clara las actividades que se ejercen, considerando la normatividad que las regula.

Beneficios de la auditoría en el cumplimiento de las funciones de Enfermería y en la detección de mejoras

La realización de ejercicios de auditoría en el ámbito de la salud es una alternativa para el mejoramiento de la calidad de forma eficiente, no sólo de procesos administrativos o financieros, sino de los procesos operativos.

Es importante mencionar que las auditorías como instrumento de inspección y análisis detallado proveen datos clave que identifican si se cumple o no con los elementos normativos para garantizar el buen servicio, la administración de las unidades, las áreas e incluso la atención al paciente, dependiendo del enfoque y el objetivo de la auditoría.

Por medio de una auditoría se identifican aspectos de manera preventiva que podrían llevar al equipo de Enfermería a cometer errores. En un aspecto importante, las auditorías tienen como uno de sus objetivos determinar si se llevarán o no a cabo modificaciones en sus procesos internos. Esto no sólo muestra la causa de los problemas, las falencias o los errores que se están cometiendo, sino que también facilita una evaluación continua y la corrección de ellos. Las auditorías son necesarias para que los profesionales de la salud brinden servicios integrales con altos estándares de calidad y sumen valor a la práctica actual.

El uso de los procesos de auditoría debe tener una percepción benéfica para el personal de Enfermería como parte del fortalecimiento de los elementos que estimulan la mejora profesional siempre que no se utilice como una amenaza. Las auditorías no deben tener un carácter punitivo para los profesionales, sino una evaluación de la atención, el análisis de los errores para tratar de proporcio-



nar patrones o tendencias básicas, así como los posibles cambios en los procedimientos y las técnicas administrativas.

También se puede señalar que la auditoría es importante para el desarrollo profesional, ya que puede ofrecer datos acerca de la calidad de la atención y no implica una medida de castigo. El esfuerzo para garantizar una mejor calidad de la atención y el desarrollo de nuevas propuestas y métodos que permitan que los procesos de trabajo y los recursos se centren en la asistencia ha sido un desafío importante para los servicios de Enfermería.

Una correcta auditoría puede mejorar de manera significativa la calidad de los servicios de salud, ya que permite identificar las áreas críticas y proponer soluciones que favorezcan al cuerpo médico y Enfermería, así como a los pacientes; y también permite mejorar la calidad de la atención y de la práctica en salud, reduciendo al mínimo la incidencia de errores.

Nivel de conocimiento de Enfermería en los actos de auditoría

Hablar del nivel de conocimientos de la profesión respecto al tema de auditoría en el país genera diversas reacciones. Se ha comentado que hay una falta de conocimiento, lo cual contrasta con la oferta educativa disponible para Enfermería y hace evidente una brecha entre ambas. En Sudamérica, especialmente en Brasil, existen estudios de posgrado, diplomados y cursos referentes a la auditoría en el área de Enfermería, por lo que es el país con mayor especialización en el tema; en Perú, en la Universidad Católica Sedes Sapientiae se imparte un diplomado de ocho meses (400 h lectivas) acerca del tema de auditoría para Enfermería, con el objetivo principal de formar profesionales expertos en auditoría, líderes de la gestión de la calidad de los servicios de salud, capaces de dirigir y gestionar el plan anual de auditoría para la calidad de la atención en salud, así como generar información para la realización de auditorías en salud basadas en la evidencia y optimizar la calidad del gasto en las prestaciones de salud. Como parte de su diseño curricular se encuentran asignaturas de relevancia para la profesión, como las guías de intervención de Enfermería NIC, NOC y NANDA, la auditoría de la calidad de los registros de Enfermería, la auditoría de la calidad de atención de Enfermería y los aspectos legales de la auditoría en Enfermería.

En el estudio Auditoría de Enfermería de la salud pública, atención de calidad, se concluyó que la auditoría de la salud es un área que requiere un alto grado de cualificación del profesional, ya que las acciones realizadas en el cuidado de la salud requieren mucha responsabilidad, que proporciona la información necesaria para orientar las actividades llevadas a cabo por los auditores. En el cuidado de la salud el enfermero es el profesional cualificado para realizar y llevar a cabo las acciones de auditoría, ya que está directamente conectado con la atención al paciente. Para llevar a cabo sus actividades de auditoría este profesional debe tratar de reducir los costos, evitar los residuos y garantizar una atención de calidad.¹⁴

Silveira y col.,¹⁵ en su estudio Registros clínicos de Enfermería: herramientas para la auditoría de la salud, presupusieron que “cuando las enfermeras realizan los registros clínicos adecuados contribuyen al proceso de auditoría, interna y externa, para tener éxito”, y encontraron aspectos positivos para la profesión, como son la investigación, la validez de sus acciones y la identificación del paciente y del profesional; en los aspectos negativos encontraron ilegibilidad de los registros, falta de claridad en la redacción, y en algunos casos negligencia por parte de Enfermería.

En México no existe la oferta académica disponible para el profesional a nivel de posgrado enfocado específicamente en Enfermería, ya que las maestrías disponibles son de auditoría en salud de forma genérica.

En este sentido, se favorece la reflexión acerca del papel de la auditoría en Enfermería y su contribución en el desempeño de la profesión, esperando como resultado que, al formar al profesional en temas de auditoría, el impacto en la calidad de atención de cada proceso a su cargo sea asistencial, administrativo, de investigación o educativo, y denote su actuar con un enfoque de planeación

y control. Este apartado permite replantear la importancia de la auditoría en los últimos años, ya que con el tiempo ha dejado de ser exclusivamente una rama de la contabilidad y comenzó a ser utilizada por otras profesiones, y en los últimos tiempos se ha aplicado en materia de salud, con una orientación hacia la visión no sólo para el control de gastos o de la administración financiera, sino más como herramienta de calidad.

En el ámbito de la salud la auditoría es un área que requiere un alto grado de cualificación de los profesionales y de los responsables, tanto de quienes la realizan como de los equipos que son objeto auditable. La auditoría sirve como una importante herramienta de gestión cuando se usa correctamente para planificar, organizar y supervisar las mejores prácticas en el cuidado de la salud; asimismo, el personal de Enfermería es el profesional cualificado que se involucra en gran parte de los procesos susceptibles de auditoría y que incluso deben llevar a cabo las acciones de ésta.

Por tanto, se puede concluir que en el cuidado de la salud la auditoría y la participación de Enfermería juegan un papel clave en la realización de dicho cuidado, y que a su vez las auditorías son herramientas de diagnóstico para la mejora continua en el trabajo de Enfermería que buscan promover la calidad en su trabajo, la eficiencia y la eficacia de los servicios.

Es imperativa la necesidad de contar con los elementos de formación en el tema de auditoría para el profesional de Enfermería, que den certeza del desempeño de sus funciones y respuesta al proceso de auditoría, por lo que se requiere trabajar en ese vacío en cuanto al conocimiento de este tema, mediante cursos, diplomados y estudios de posgrado que cuenten con diseños curriculares con temas de interés, actualizados y con enfoque en la profesión de Enfermería ante los procesos de fiscalización.

ENFERMERÍA EN EL ENTORNO VUCA (VOLATILITY, UNCERTAINTY, COMPLEXITY, AMBIGUITY)

Sandra Beatriz González Mota, Noé Pérez Raíz

El contexto de la salud se ha caracterizado por una constante evolución y ambiente epidemiológico cambiante. A pesar de la existencia de modelos matemáticos que permiten definir los probables escenarios futuros relacionados con el análisis de los canales endémicos, la aparición de nuevas cepas de virus y las estadísticas de enfermedades no transmisibles, se ha hecho necesario el planteamiento de metodologías que permitan hacer frente a situaciones inesperadas por parte del personal de salud.

Lo anterior incluye las enfermedades emergentes y reemergentes, lo cual genera incertidumbre, en muchas ocasiones con efectos poco controlados. En este sentido, se hace necesario que las organizaciones de salud evolucionen para permanecer y progresar. Esta situación ha generado nuevas tendencias en el diseño de los planes para alcanzar el éxito; asimismo, requiere innovación, creatividad y mejores competencias para enfrentar la transformación de los sistemas organizacionales ante estas situaciones, incluyendo los sistemas de Enfermería, toda vez que éstos son imprescindibles en todos los sistemas de salud.

Una de las metodologías actuales relacionadas con el entorno y la dinámica cambiante de las organizaciones se identifica con el acrónimo VUCA (*volatility*: volatilidad, *uncertainly*: incertidumbre, *complexity*: complejidad y *ambiguity*: ambigüedad), que fue creado en el decenio de 1990 por el ejército estadounidense y hace referencia a las condiciones y situaciones cambiantes de los contextos. Estos conceptos son de gran utilidad organizacional, ya que permiten darle un significado estratégico al análisis y a la predicción del entorno VUCA.¹⁶

El llamado entorno VUCA hace referencia a la volatilidad, que se relaciona con el hecho de que el ambiente está de manera permanente expuesto a dinámicas de cambio; a la incertidumbre, derivada de que difícilmente es posible predecir lo que sucederá en el futuro con seguridad y fidelidad, de modo que la incertidumbre es un aspecto esencial que deberá ser gestionado; a la complejidad,



ya que es un sistema constituido por innumerables variables interrelacionadas; y a la ambigüedad, en cuanto a que la existencia de entornos se puede interpretar en congruencia con las partes que los forman, así como con diversas formas.¹⁷

Estos son los elementos que conforman el escenario actual y futuro en el que viven las organizaciones y en el que plantean las situaciones que deberán considerarse para la planificación y el ejercicio del liderazgo. Es decir, el contexto VUCA dificultará o bien permitirá mejorar la capacidad para observar con mayor claridad, planificar y transformar el estado actual, y crear nuevos escenarios para la evolución en la dirección y el liderazgo. Como se mencionó, el contexto mundial se encuentra en cambio invariable, lo que en toda organización genera escenarios volátiles, inciertos, complejos y ambiguos en todos los niveles de gestión; la capacidad para adaptarse con la finalidad de superar los obstáculos establecidos por estos nuevos entornos estribará en gran medida en el liderazgo que se aplique en el ambiente interno y externo de las organizaciones.¹⁸

Al ahondar en el tema de los sistemas de Enfermería en el entorno VUCA, resulta de suma importancia adaptarse a los cambios e imprevistos que surgen al interior de las organizaciones de salud, que pueden parecer situaciones poco probables; no obstante, en general serán de alto impacto.

La pandemia por COVID-19, por ejemplo, implicó cambios disruptivos en un corto espacio de tiempo. En situaciones de crisis se requiere realizar un diagnóstico interno y externo lo más aproximado a la realidad. Precisamente, en esta pandemia fue preciso implantar cambios de forma rápida para dar respuesta, por lo que resulta positivo que en momentos de crisis la movilización del equipo de trabajo resulta mucho más fácil,¹⁸ ya que el personal comprende la complejidad de la situación y participa con mayor responsabilidad y compromiso una vez que es conducido de forma adecuada por directivos competentes. Al inicio es posible movilizar al equipo por ese momento de oportunidad. Mantener en el tiempo la tensión y la exigencia genera nuevos conflictos, y las prioridades de los implicados pueden cambiar; esta situación está plenamente comprobada. Conseguir que esa movilización se mantenga en el tiempo y logre mejores resultados implica una gran capacidad de comunicación y liderazgo excepcionales.

Por esta razón, los líderes actuales requieren destrezas que permitan superar los retos en un entorno inconstante, con la finalidad de facilitar la toma de decisiones, en consideración a la potencialidad de definir el futuro cercano. Las competencias que todo directivo requiere desarrollar para hacer frente al entorno VUCA, de acuerdo con Johansen (2012), citado en Allendes,¹⁶ se refieren a las siguientes cualidades: instinto realizador, claridad, transformación de dilemas, aprendizaje por inmersión, bioempatía, despolarización constructiva, transparencia, calma, creación rápida de prototipos, organización de redes inteligentes y creación de bienes comunes.

El entorno en relación con la dinámica cambiante en el IMSS hace evidente la necesidad de contar con personal directivo de Enfermería con alta capacidad de análisis y toma de decisiones con base en resultados, para conservar la estabilidad organizacional ante una época tan cambiante y volátil.

CONCLUSIONES

El IMSS es una institución que cuenta con una estructura orgánica definida, sólida y estable, la cual se mantiene competitiva a nivel nacional desde su creación hasta la época actual, mediante el otorgamiento de servicios de salud de calidad en los que cada uno de los sistemas y procedimientos que se efectúan se rigen mediante la jerarquía normativa vigente, dando como resultado el trabajo de cada una de las líneas de mando de la estructura orgánica asignada. En este sentido, la profesión de Enfermería a través de las diferentes décadas ha fortalecido su identidad, pero se requieren fundamentos jurídicos para el ordenamiento de las funciones directivas de Enfermería en la toma de decisiones con el cuerpo directivo de la institución y para el establecimiento de políticas de salud.

Finalmente, los profesionales de Enfermería, como defensores de la calidad, la seguridad y el acceso a la atención, tienen un vínculo directo con la defensa de las personas, sus familias y las

comunidades con un sentido ético profesional único; no obstante, el reto para asumir un lugar en la mesa de toma de decisiones lo constituyen el desarrollo directivo, el amplio conocimiento de los conceptos teóricos y prácticos en el ámbito de la Enfermería y el dominio de los conceptos básicos relativos a la rendición de cuentas, la transparencia, las auditorías e incluso la generación de ambientes laborales que reflejen cambios constantes en las necesidades de las personas, sus gustos y sus intereses que permitan involucrarse en la formulación de políticas públicas.

REFERENCIAS

1. **Abdon JB, Melo RC, Vieira BD, Martín NJ, Aries EP et al.:** Auditoría de los registros de enfermería en la consulta tras el crecimiento y desarrollo infantil. *Diario de la Red de Enfermería del Nordeste. Fortaleza* 2009;10(3):90-96.
2. **Araujo I, Pasión S:** *Introducción a la auditoría*. 2ª ed. Río de Janeiro, FGV, 2001.
3. **Boynton WC, Johnson RC, Kell WG:** *Auditoría: traducción autorizada*. 7ª ed. Sao Paulo, Atlas, 2002.
4. Ministerio de Salud de Brasil: Ley n. 8080, al 19 de septiembre de 1990. Se prevé que las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los correspondientes servicios y otras medidas. *Bol Oficial Brasilia* 1990;182(Parte I):18-55.
5. Gaceta Oficial de la República Federativa del Brasil: Ley n. 8689, al 27 de julio de 1993. *Se prevé la extinción del Instituto Nacional de Asistencia Médica y Bienestar Social (INAMPS) y otras medidas*. Brasilia, 1993;:573.
6. **Cardoso OA:** El aporte de la auditoría en servicios de salud. *Rev Electr Int Unión Latinoam Entidades Psicol* 2019;31:81-92.
7. **Sotelo AJG:** La planeación de la auditoría en un sistema de gestión de calidad tomando como base la norma ISO 19011:2011. *Rev Iberoam Invest Desarrollo Educativo* 2018;8(6).
8. **Ortiz de Agui ML, Palacios FEE:** *Intervención de enfermería mediante la auditoría de la gestión del talento humano para el aseguramiento de la calidad del desempeño*. Red de Salud Huánuco, 2017. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2018.
9. **Arango GPN, Flórez HPA, Pérez PÁP, Maritza RC:** *Estado del arte del concepto de auditoría en salud*. Universidad de Santander, Repositorio UDES, 2018.
10. **Vargas GGY, Zapata HAM, Zuluaga Á:** *Auditoría y evaluación de la calidad de la atención del personal auxiliar de enfermería en la IPS Clínica CES, Facultad de Salud Pública*. Medellín, Universidad CES, 2011.
11. **Mateo SA:** *Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepéquez, Guatemala*. Agosto a octubre de 2014. Facultad de Ciencias de la Salud, 2015.
12. **Mundaca ENR, Oblitas IA:** *La imagen de la enfermera en la óptica de actores sociales. Distrito de Lambayeque*, 2017. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, 2018.
13. **Idrogo AAG, Vásquez BEDR:** Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. *Rev RECIEN* 2020.
14. **Ramos CG, González SA, Hernández NA, Prado GGL, Garay CMI et al.:** La auditoría académica como herramienta para evaluar la calidad y apoyar la acreditación institucional. *Rev Cub Educ Med Super* 2020; 34(2).
15. **Da Silva KR, de Oliveira LMD, de Sousa MA:** Auditoría: herramienta de enfermería para mejorar la calidad de la atención. *Rev Electr Gestão Saúde* 2016.
16. **Allendes DBA:** *Entorno VUCA: enfrentando el desafío organizacional a través del liderazgo efectivo*. Tesis doctoral. Universidad del Desarrollo, Facultad de Ingeniería, 2020.
17. **Oliva JA:** Adaptación de los centros de atención primaria a la virtualidad. *Aten Prim Pract* 2021; 3:100119.
18. **Martínez PM:** Una nueva forma de dirigir a profesionales: 15 reglas imprescindibles. En: Mancinas CR: *Universidad, innovación e investigación ante el horizonte* 2030. Egregius, 2021:343.

REFERENCIA DE CONSULTA

1. **Alhama BR:** Max Weber y la concepción burocrática. En: *Nuevas formas organizativas*. Cuba, Instituto de Estudios e Investigaciones del Trabajo, 2004:26-27.





CAPÍTULO III

Trascendencia del cuidado de Enfermería

María Antonieta Castañeda Hernández, Consuelo Villafuentes Peña, Tania Reyes Hernández, Teresa Vértiz Vázquez, Anastacia Romo García, Marcela Díaz Mendoza, Norma Patricia Torres López, María Elena del Ángel Mendoza, Graciela Martínez Velasco, Hilda Gamboa Rochín, Selma Amasis Meléndez Gómez, Gerardo Campuzano Lujano, Veaney Gómez Gutiérrez, Martha Raquel Pulido Gómez, Alma Rosa Silva Herrera, Ramón Rea Salamanca, Blanca Estela de la Rosa García, Lorena Fernández Jiménez, Ana Belém López Morales, Luis Alberto Pérez Camargo, Guadalupe Estrada Zarazúa, Miriam Pérez Peralta, María del Rosario Jaime Rodríguez, Margarita Álvarez García



INTRODUCCIÓN

Desde el origen de la humanidad el objeto del cuidado ha sido mantener la vida y la supervivencia. Es así que desde la época prehistórica surgieron la constitución de la familia y el trabajo en grupo como parte de la estructura y la organización sociales, mediante la cual se determinó que mientras los hombres se dedicaban a la caza y la recolección, las mujeres se ocupaban del cuidado de los niños y los ancianos, y brindaban ayuda durante el parto, entre otras prácticas de higiene y alimentación, las cuales comportaban una actitud afectiva, como sobar, que era propio y natural de las mujeres.

En todo el mundo los sistemas que prestan atención en salud conciben a los equipos multidisciplinares como una estrategia para minimizar los riesgos a los que están expuestos los trabajadores, los pacientes y todas las personas que intervienen en los procesos de atención médica.

En el presente capítulo se abordan los tópicos de importancia y trascendencia en el cuidado de Enfermería, como la humanización del cuidado, la relevancia de la seguridad del paciente, la Enfermería en la atención primaria a la salud, las intervenciones que realizan los profesionales de Enfermería en la atención integral a la salud, el rol ampliado de Enfermería, la descripción del escalamiento tecnológico y los beneficios en la atención, y la participación en el desarrollo de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención Integral, así como la colaboración en la planeación de infraestructura, definición de plantillas y equipamiento de unidades médicas.

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

María Antonieta Castañeda Hernández, Consuelo Villafuentes Peña

La Enfermería de hoy, siempre y permanentemente enfocada hacia el futuro, de manera paradójica se apoya en el pasado. Porque la Enfermería siempre es de ayer, de hoy y de mañana. La Enfermería de siempre y para siempre se cimenta en la historia. ¡Tal es la fuerza de la historia!

Cecilio Eseverri Chavarri, Centro Asistencial "San Juan de Dios", Palencia

¿De qué hablamos cuando hablamos de humanización del cuidado de Enfermería?

Hablar de humanización del cuidado de Enfermería implica tratar de entender la complejidad de un concepto que por su propia estructura y composición amerita un abordaje a la luz de la historia,



la filosofía, la ética y la teoría de Enfermería; en primera instancia se revisará el tema en dos vertientes: el cuidado humano y la humanización, donde el cuidado está presente y es inherente a la condición humana y a su existencia.

A la par de la evolución humana, el contexto histórico del cuidado humano fue adquiriendo diversas formas y expresiones por la influencia de varios factores, como los modos de producción, las relaciones de poder, las creencias religiosas, la cultura, la economía, los progresos en la curación y el tratamiento de las heridas y las enfermedades. De la misma forma, los cambios que se generaron en la organización social condujeron a la inclusión de los hombres en el cuidado humano, tarea que sólo era realizada por las mujeres.

En sí mismo, el cuidado humano de persona a persona es un valor y un bien que legitima la actuación, y que significativamente es una forma de vida plena. Desde su dimensión ontológica, es un proceso de interacción, de reciprocidad, confianza y compromiso afectivo por otro ser humano; constituye la máxima expresión de empatía con el otro ser y con el mundo.

Primordialmente, el cuidado de la otra persona implica el desarrollo de habilidades, como la sensibilidad y la creatividad, en la acción de cuidar, con el propósito de que la persona que cuida logre, por un lado, reconocer la complejidad de la otra persona como sujeto de cuidado y, por el otro, distinguir entre el objeto y el sujeto de cuidado. Es pertinente hacer esta precisión, el sujeto de cuidado es la persona, como la unidad esencial del cuerpo que le permite mediar entre la naturaleza, la cultura y el espíritu, como ser único indivisible y particular (espiritual, emocional, física, cultural, religiosa y social), que piensa, siente, quiere, desea y tiene alegrías, tristezas, objetivos y planes que posibilitan la autorrealización, la libertad y la acción.

¿Cómo resignificar la relación de cuidado a una relación ética de cuidado para comprender la naturaleza humana en los procesos de vida-muerte, salud-enfermedad y sufrimiento-trascendencia?

Lévinas —citado por Viveros—,² en su concepto de alteridad, caracteriza con claridad la relación de cuidado de la persona, su naturaleza humana y su dignidad. La filosofía de Lévinas se basa en la relación con el otro como una relación eminentemente ética; en el sentido de que “el otro me conmueve y me importa”, plantea que una relación ética se establece en el encuentro cara a cara con el otro, rompe con el esquema occidental sujeto-objeto y propone un nuevo esquema yo-otro, que significa el respeto del otro, y no el dominio del otro como una relación cognoscitiva.

Mediante la acción de cuidar se articulan los valores implícitos en el cuidado, los propósitos de la vida humana y la naturaleza del ser y de la realidad. El cuidado del sí (cuidar de uno mismo) y del otro es un acto ético, estético y ontológico que impulsa el desarrollo de la persona cuidada y el ser cuidador hacia la búsqueda del bienestar en el proceso de vida-muerte.

Posiblemente en el ahora, más que nunca, en donde privan el egoísmo, la individualidad y la violencia sobre la humanidad, adquiere relevancia la relación ética de cuidado en un acto de reciprocidad entre el yo-otro y el otro-yo para incorporarla al acontecer de la vida y la práctica cotidiana. Quizá este sea el momento propicio para repensar en cómo retomar el camino hacia un proceso de humanización del cuidado y hacerlo mediante una serie de acciones reflexivas y de integración de los seres humanos en el mundo, en las que la ética del cuidado de Enfermería trascienda en una relación amorosa de cuidado del otro. Rodríguez Jiménez y col.³ hacen referencia a diversas concepciones del cuidado que fundamentan el ser, el hacer y el deber ser de la Enfermería, con la idea de facilitar la resignificación del cuidado, a partir de lo que se concibe como una práctica tradicional a la transformación de una práctica humanizada y humanizante.

Presenta una noción del cuidado a partir del pensamiento filosófico de Marie Françoise Collière, enfermera, antropóloga y filósofa (1930-2005), quien se centró en el cuidado ético del otro y de uno mismo, ante una condición humana que puede ser vulnerable pero también con potencialidades

de desarrollo; es así como el profesional de Enfermería despliega un poder terapéutico con los otros al restablecer la esperanza de existir, de alcanzar la autonomía y de reconocer sus conocimientos y saberes. Los cuidados de Enfermería y la forma en que se cuida significan un poder liberador cuando la persona cuidada utiliza el poder que le queda para movilizar todo lo que todavía no es capaz de hacer, incluidos sus deseos.

En el mismo sentido, desde la perspectiva de Jean Watson (1961), el cuidado transpersonal es una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera para proteger la dignidad humana. El pensamiento con enfoque holístico de Watson se centra en un proceso de interacción recíproca de la persona con su entorno social y cultural, donde adquieren relevancia la energía y la conciencia para un cuidado humano, en el que la espiritualidad de uno mismo y de la persona son fundamentales. Los preceptos del modelo Caritas o modelo de cuidados se constituyen como una forma de habitar en el mundo, un mundo al que se ha venido para desarrollar un proyecto que permitirá la trascendencia, un mundo con los otros a través de la relación interpersonal, intersubjetiva, transpersonal, situada en una esfera cósmica.

Cruz Riveros⁴ clarifica la naturaleza del cuidado humanizado mediante la descripción de cinco atributos que supone como indispensables: ser humano, relación profesional-usuario, sujeto de cuidado, comunicación y enfoque holístico.

- Ser humano. Jean Watson, en su pensamiento filosófico y teórico del cuidado transpersonal, utiliza indistintamente ser humano, persona y personalidad, y lo define como la unidad de mente, cuerpo, espíritu, naturaleza; en el ser humano se reconoce la capacidad de pensar y reflexionar sobre cualquier realidad y de autoconciencia plena de dignidad y de derechos.
- Relación profesional-usuario (persona profesional-persona usuaria). Para ella son relevantes las capacidades de comunicación y relación interpersonal. La relación interpersonal es parte del ser sociable que tiende al propio perfeccionamiento y a la creciente humanización del mundo y sus estructuras. En este sentido, hay que considerar la posibilidad de transformar la práctica del cuidado de Enfermería en un cuidado humanizado y ético con la significación de la relación de persona a persona y resignificación de una relación entre personas con saberes propios y únicos.
- El usuario y su familia tienen su propia percepción del cuidado humanizado. Es así como se comprende que el atributo de la persona usuaria sujeta del cuidado es un ser humano o grupo de seres humanos. Al ser personal y social se le ayuda a superar la deshumanización provocada por la enfermedad y a recuperar todos los elementos de humanidad, a partir de la dimensión cultural, histórica, ética, religiosa y económica con un enfoque subjetivo y emotivo.
- La comunicación implica verse “cara a cara”, hablar y escuchar, conocerse, tomar en cuenta a la persona en su situación y en su contexto como sujeto de cuidado y en consideración a sus necesidades de privacidad, acompañamiento y visitas, actividad y movilidad, independencia y continuidad educativa. A través de la comunicación efectiva se mantiene una relación dialógica e interpersonal, que supone una acción consensual y responsable entre iguales, con un intercambio de saberes individuales y colectivos. Con el establecimiento de relaciones que trascienden la dimensión física del cuidado se permite la libre expresión de emociones y sentimientos de tranquilidad y bienestar.
- El paradigma holístico fundamenta que la persona que recibe el cuidado es el “todo” apreciado como persona humana en toda su amplitud, un ser humano individual y social que está inmerso en un ambiente externo e interno; de la misma forma, considera que la persona que cuida mediante un abordaje interdisciplinario incluye al equipo del cual forma parte. En contraposición, el enfoque biomédico deshumaniza el cuidado porque reduce al ser humano a lo biológico y a la curación de la enfermedad; de esta forma, el cuidado de Enfermería se centra en la prescripción de técnicas y procedimientos.



- Entender la complejidad del concepto humanización del cuidado de Enfermería implica hacer una clara distinción con otros conceptos, como trato digno, empatía, buen trato y cuidado holístico, los cuales son ampliamente utilizados en el lenguaje cotidiano del ámbito de la Enfermería y la salud.
- Darle un significado al concepto de humanización del cuidado de Enfermería comprende la ampliación de la forma de mirar al otro, entender su diversidad como persona, como sujeto de cuidado. Si se concibe desde la alteridad como el principio filosófico de alternar o cambiar la propia perspectiva por la del “otro”, entonces se podrán comprender su punto de vista, su concepción del mundo, sus intereses y su ideología, así como saber que existen otras formas de mirar el mundo, y que como lo ve uno” no es la única posible. Es así como los “otros” adquieran forma y visibilidad, y la posibilidad de interpelar mediante la expresión de sus pensamientos, sentimientos, conocimientos y saberes.
- La resignificación del concepto de humanización del cuidado de Enfermería se concibe como la transformación del estado de conciencia sobre el ser enfermera, y en cierta forma asumir el riesgo de transitar de una relación de cuidado hacia una relación ética del cuidado. Regina Waldow reconoce la existencia del ser cuidado y del ser cuidador desde la visión de Heidegger, y le atribuye características crítico-reflexivas al proceso con un enfoque ético-moral en el desarrollo del ser humano a partir de la conciencia de cuidar.
- La alteridad es posible a partir de la convivencia en un mismo espacio, que se fundamenta en la relación ética para el cuidado del otro y en la relación profesional ética en tanto se aprende de los unos y de los otros.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ENTORNO MULTIDISCIPLINARIO

Tania Reyes Hernández, Teresa Vértiz Vázquez, Anastacia Romo García

En todo el mundo los sistemas que prestan atención en salud conciben a los equipos multidisciplinares como una estrategia para la minimización de riesgos a los que están expuestos los trabajadores, los pacientes y todas las personas que intervienen en los procesos de atención médica.

En este contexto, es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) “reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como un principio fundamental en todos los sistemas de salud”. En octubre de 2004 la OMS lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente. Con esta alianza se busca, además de la difusión del proyecto, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y los costos agregados, y los ajustes que tendrían que realizarse”.

“La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y como consecuencia del aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, los errores y los daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua con base en el aprendizaje a partir de los errores y los eventos adversos”, de acuerdo con la OMS.

La preocupación por la seguridad del paciente, entonces, no es un tema nuevo; ha estado presente al menos desde la sentencia *primum non nocere* atribuida a Hipócrates hasta el enunciado de Florence Nightingale: “el primer requisito de un hospital es que no debería hacer daño a las personas enfermas”. En 1964 se identificó que 20% de los pacientes hospitalizados sufrían alguna iatrogenia, pero hasta 1999 se reconoció que errar es humano —“los seres humanos, en todas las líneas de trabajo, cometemos errores”—; al mismo tiempo, se logró establecer la identificación de que “los errores se pueden prevenir mediante el diseño de sistemas en los que sea difícil para las personas hacer lo incorrecto y fácil hacer lo correcto”.⁵

Para 1998, el Instituto de Medicina de EUA inició el proyecto *Quality of Health Care in América*, en el que la fase inicial del informe examina los errores médicos y sus consecuencias, indicando que 4% de los pacientes sufrieron algún tipo de daño por eventos adversos, 70% padecieron incapacidad temporal y 14% de los incidentes fueron mortales; el dato más importante que referenció el estudio fue la mortalidad de pacientes por errores médicos, que osciló entre 44,000 y 98,000 para ese año. Ese dato fue muy importante, ya que estaba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad en EUA para el año en mención, muy por arriba de accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA. Dicho estudio establece que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.⁶

Otro dato internacional de relevancia es el de Reino Unido, donde después de identificar hallazgos semejantes se promovió una política de identificación y reducción de errores médicos, que consta de un sistema obligatorio para notificar los eventos adversos y las complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, gestionado por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente, surgida después de la publicación del informe del *National Health Service*: “Una organización con memoria”, que puso en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente, mediante el programa “Construyendo un sistema seguro”. El programa se ha beneficiado de intensos contactos e intercambios entre representantes de Reino Unido, Australia y EUA.⁷

En España, la seguridad del paciente como política prioritaria a través del Ministerio de Sanidad implementa desde 2005 una política social basada en objetivos:

1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria, incluyendo la difusión de sus proyectos (entre ellos el estudio ENEAS).
2. Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
3. Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
4. Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos.⁸

Para Latinoamérica se ha desarrollado la seguridad del paciente a través del Estudio IBEAS en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), que describe la incidencia de pacientes con algún evento adverso (EA) en 19.8%. Lo anterior se explica por la ubicación del paciente, si ingresó a través del área de urgencias, el tiempo que lleva hospitalizado y la exposición a factores de riesgo o presencia de comorbilidades. En el estudio también se identificó que 10.3% de los EA tuvieron lugar antes de la hospitalización.

Finalmente, es destacable que las variables que explican el impacto que tiene un EA son que el paciente sea atendido por un servicio quirúrgico o una unidad de terapia intensiva y que se trate de una infección nosocomial, una complicación de un procedimiento o un error o retraso en el diagnóstico. Con todos los datos anteriores, el estudio permite conocer que 65% de los EA se consideraron evitables.⁹

Después de los diversos esfuerzos en las distintas partes del mundo respecto a la seguridad del paciente, en la 57ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud se propuso crear una alianza internacional que facilitara la formulación de políticas acerca de la seguridad del paciente y fomentar prácticas adecuadas en todos los Estados miembros para impulsar el logro de mejoras a escala internacional. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se puso en marcha en octubre de 2004 con el objeto de coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo.

Los retos mundiales por la seguridad del paciente son iniciativas cuyo fin es establecer programas de acción por tipo de riesgo y acorde a las prioridades de cada país miembro. El primer reto

mundial elegido en 2005 fue el que plantean las infecciones asociadas a la atención de la salud: “Una atención limpia es una atención más segura”, con la finalidad de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, haciendo hincapié principalmente en la mejora de la higiene de las manos; el segundo reto, en 2008 fue el de “Cirugía segura salva vidas”, con la intención de evitar los errores y así garantizar la cirugía correcta en el sitio correcto, en el paciente correcto, que va de la mano con acciones específicas como protocolo universal, que consiste en el tiempo fuera, el marcaje quirúrgico y la verificación preprocedimiento; en 2017 surgió “Medicación sin daño” para reducir hasta 50% los daños graves evitables relacionados con los medicamentos en un periodo de cinco años a nivel mundial; es decir, el reto sigue vigente al día de hoy.

En el contexto internacional, y como país miembro de la OMS, el Estado mexicano debe respetar y garantizar el derecho a la protección de la salud, por lo que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución”, artículo reglamentado en la Ley General de Salud.¹⁰

Asimismo, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica establece en el artículo 9 que “La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”; el artículo 48 menciona que “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, los técnicos y los auxiliares”.¹¹

En relación con las acciones en materia de seguridad del paciente, en México se han orientado a problemas como la aplicación de medicamentos, la identificación del paciente, la cirugía en el sitio incorrecto, la caída del paciente, la comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud, la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud, que son barreras de seguridad contenidas en las metas internacionales de la seguridad del paciente; éstas son las competencias con las que debe contar el talento humano a fin de identificar los eventos adversos e incidir en un cambio de cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención.

En México la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en su informe anual de actividades 2019, reportó que recibió 7,358 solicitudes, de las que 2,801 fueron quejas médicas, 39% correspondieron a daño permanente y 29% equivalieron a un daño temporal. En 49% de un universo de 128 el resultado fue la muerte y 69% de las quejas fueron condenatorias.¹²

En el Sistema de Salud Mexicano el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pionero en México de la calidad y la seguridad de los pacientes, ha sido un tema de incesante impulso de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitud y habilidades éticas a la luz de la tarea del grupo multidisciplinario de salud, centrado en un plan de atención integral para cubrir las necesidades específicas de cada paciente.

Para el IMSS la calidad y la seguridad del paciente son una prioridad de la atención en salud en las unidades de atención; los incidentes y los eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental del nivel de calidad y de seguridad en la prestación del servicio.

A nivel internacional se identifican los siguientes factores relacionados con la seguridad: comunicación, ergonomía, fatiga, inadecuada formación, dotación de personal y supervisión, entre otros. Cuando alguno de estos factores falla o está presente, o existen otros riesgos, se produce daño al paciente. Los eventos adversos¹³ se han integrado en los objetivos institucionales para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Es importante enfocar las acciones a la identificación activa de los riesgos para que éstos se reduzcan de manera significativa; es un hecho que se presentan

eventos adversos en cualquier hospital y sistema de salud, de tal suerte que resulta indispensable conocer más del tema y tomar las medidas necesarias para que se reduzca su existencia.¹⁴

La seguridad del paciente en el sistema de salud representa un reto para las instituciones y los profesionales, a fin de garantizar a los pacientes intervenciones de calidad con el mínimo riesgo para su integridad física.¹⁵

La seguridad en los procesos de atención médica hoy en día es un tema de gran interés que requiere atención. La seguridad del paciente posee múltiples ángulos de abordaje y desarrollo para su implementación en los establecimientos de atención médica.

Diversas estrategias y acciones desarrolladas a nivel mundial se han implementado en la institución para consolidar la seguridad del paciente como una prioridad y mejorar la calidad de la atención. Todas estas medidas se han orientado a disminuir el daño que puede ser provocados por una mala práctica en muchas ocasiones prevenible; las más importantes y que fueron punto de partida en este tema son las metas internacionales para la seguridad del paciente, que lista una serie de actividades en rubros, como:

1. Identificación correcta del paciente.
2. Comunicación efectiva entre profesionales.
3. Seguridad en la administración de medicamentos.
4. Seguridad en los procedimientos.
5. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención.
6. Prevención de caídas.

Los datos institucionales, como el programa de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, a través de la unidad de atención médica, visualizaron la relación de la calidad con la seguridad del paciente como un área de oportunidad para la mejora de los procesos de atención médica, por lo que desarrolló un programa institucional de calidad y seguridad del paciente en mayo de 2010. Este programa se centró en la implementación de las seis metas internacionales para la seguridad del paciente (MISP).

Las MISP son una serie de acciones específicas (barreras de seguridad) que previenen riesgos, por lo que la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela es menor. La clave para la implementación de las MISP consiste en llevar a cabo la acción o acciones específicas de manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias, de tal manera que ayuden a “dificultar el error” en ciertos procedimientos clínicos específicos que se llevan a cabo durante el proceso de atención.

Este programa incluyó a las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención, en especial las unidades sedes de residencias médicas. En su momento, el objetivo fue alcanzar la certificación de estas unidades médicas mediante el cumplimiento de los estándares del Consejo de Salubridad General (CSG).

Hacia 1999 el CSG conformó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, y varios hospitales del Instituto se incorporaron a esta evaluación de la calidad, con la participación de otras instituciones del sector. En 2009 el Consejo de Salubridad homologó sus estándares con la *Joint Commission International*, mediante un enfoque centrado en la seguridad de los pacientes; aunado a esto, el movimiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, impulsado por la Organización Mundial de la Salud, cobró especial énfasis a nivel mundial, debido a la publicación del libro *To err is human*, en el que se hacen evidentes los errores a partir de la atención médica, con las graves consecuencias que generan.

En 2009 el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica se encargó de homologar los estándares de la *Joint Commission International*, al contexto de la atención médica de México. El Modelo de Seguridad del Paciente del CSG es a la fecha el máximo referente



con el cual el IMSS cuenta para reducir la probabilidad de causar daño a los pacientes e implementar modelos de calidad y seguridad, como el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. No es tarea fácil, ya que dicho modelo se desarrolla mediante la implementación de procesos seguros.¹⁶ Cabe resaltar que la articulación del Instituto Mexicano del Seguro Social con el CSG fue una estrategia enfocada en la seguridad de la atención como una dimensión transversal de la calidad vigente en sus estándares para implementar la versión 2018 del modelo en los hospitales. Las acciones se refuerzan continuamente para capacitar y promover la mejora de la seguridad del paciente en el Instituto.

El Modelo de Seguridad del Paciente del CSG ofrece a todos los establecimientos de atención médica, independientemente de su nivel de atención (primero, segundo o tercer niveles) o su carácter (público o privado), la posibilidad de salvaguardar la integridad y la seguridad de los pacientes que son atendidos en los centros hospitalarios a través de barreras de seguridad específicas durante su estancia en ellos. Los elementos de este modelo en su conjunto proporcionan estratégicamente seguridad en todos los momentos de atención de los pacientes, los familiares, los visitantes y el personal de salud. Para el IMSS, la calidad en la atención médica y la seguridad del paciente son esenciales e ineludibles, ya que día a día demandan la atención de todo el personal que labora en el Instituto; por ello, de forma conjunta, el personal directivo, administrativo y operativo debe orientar sus acciones para cumplir con estos preceptos.

Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social ha implementado políticas y acciones que favorecen la mejora de la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, sin olvidar que en el terreno de la calidad ha sido pionero en el país, ya que desde 1956 ha realizado intervenciones para evaluar la calidad de la atención médica.

El personal de la Unidad de Atención Médica realizó un diagnóstico situacional en relación con los eventos adversos identificados en un periodo comprendido del 1 enero al 30 junio de 2010, con los datos solicitados a todas las Delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad, y obtuvo los siguientes resultados: se identificaron 1,332 eventos adversos en 177 hospitales de segundo nivel, y 1,952 en 23 unidades de tercer nivel. Lo anterior demostró la falta de registro en el sistema; por otro lado, si se consideran las referencias internacionales, 10% de los egresos hospitalarios son susceptibles de sufrir eventos adversos, lo cual implicaría la identificación de 94,159 eventos adversos en ese periodo, por lo que se planteó la necesidad de fortalecer la cultura del registro de eventos adversos para la mejora de la calidad de la atención médica, a través del rediseño de un instrumento que facilitaría el registro. De aquí surgió el sistema VENCER II, un sistema de vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.

En el lanzamiento del sistema VENCER II había que analizar las causas que originan estos eventos y planear las acciones pertinentes para su implementación en cada hospital reportante. Mediante esta acción el IMSS brinda cobertura a la vigilancia de eventos en sus tres niveles de atención, impulsando un proceso más a favor de la seguridad y la calidad de la atención de la población derechohabiente.

Entre otras acciones, en 2012 se creó el Área de Calidad y Seguridad del Paciente, cuyo propósito es asesorar, diseñar y difundir herramientas que faciliten el proceso de mejora continua para coadyuvar a una cultura de calidad de la atención médica y seguridad del paciente, alinear sus procesos de atención médica y administrativos a través de la identificación y el análisis de riesgos, e integrar y capacitar equipos de trabajo multidisciplinario en las unidades de atención médica con la finalidad de promover los estándares de certificación del CSG en las áreas, supervisar su implementación y concentrar los hallazgos para facilitar la toma de decisiones orientada hacia la mejora de la seguridad de los pacientes.

En fechas recientes el Instituto impulsó de manera intensiva todas las acciones a favor de la seguridad del paciente, además de consolidar una cultura de la seguridad, para lo cual la unidad de aten-

ción médica formuló un plan de acción cuyos objetivos y estrategias se orientan a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las unidades médicas, con el Plan de Acción en Pro de la Calidad y la Seguridad del Paciente a través de la incorporación de la gestión de riesgos y el fortalecimiento de aspectos básicos de su seguridad, con el objetivo de proporcionar estrategias a todo el personal de salud para reducir los daños evitables en la atención clínica, así como mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente en los tres niveles de atención.

El Plan de Acción en Pro de la Calidad y la Seguridad del Paciente cuenta con seis objetivos específicos, los cuales se están implementando en las unidades de primero, segundo y tercer niveles de atención del régimen ordinario del IMSS:

1. Implementar barreras de seguridad con el personal que participa en la atención de la salud, con el fin de reducir al máximo los riesgos en el paciente (MISP).
2. Establecer las bases para la integración, la operación y el funcionamiento correctos del Comité Local de Calidad y Seguridad del Paciente (Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente).
3. Establecer la metodología para la gestión de riesgos asociados a la atención clínica.
4. Instaurar el sistema VENCER III como método estandarizado de recopilación y análisis de datos relacionados con la seguridad del paciente.
5. Evaluar el impacto cultural de las iniciativas y las intervenciones de seguridad de los pacientes en los profesionales de la salud.
6. Incrementar la satisfacción del usuario a través de la mejora de la calidad de los servicios médicos.

La responsabilidad y el éxito no sólo son tarea del personal de salud, sino de todos los que de manera directa e indirecta participan —directivos, administradores y equipo multidisciplinario de salud—, los cuales se deben preocupar por crear un entorno favorable que reduzca en gran medida los obstáculos que interfieren con la calidad de la atención, como la demanda de pacientes y la falta de recursos humanos y materiales.

El IMSS participa de forma activa en las medidas establecidas, como la instauración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, celebrado por primera vez el 17 de septiembre de 2019 como una forma de concientización de la importancia que guarda esta problemática y que debe ser atendida desde todos los ámbitos y sectores involucrados en la atención de la salud.

El IMSS, como la institución más grande de seguridad social de México y América Latina, tiene el compromiso permanente de proveer servicios de salud oportunos y de alta calidad que sean financieramente viables como pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México; asimismo, considera que la calidad y la seguridad del paciente son la plataforma para mejorar todos los procesos de atención médica, administrativos y financieros, por lo que son los pilares de la atención a la población derechohabiente. Al cierre de 2021 los datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación del IMSS contabilizaron un total de 71'579,550 personas derechohabientes, para las cuales el Instituto debe trabajar en el otorgamiento de calidad, seguridad y oportunidad en los servicios médicos que se les proporcionan, por lo que existe la obligación de mejorar para poder satisfacer esas exigencias.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con una plantilla mayor de 440,000 trabajadores, de acuerdo con las estimaciones de 2021, y sus acciones más importantes están orientadas a la atención médica, entre las que destacan 77 millones de consultas de Medicina Familiar, especialidad y dental, y 11.3 millones de atenciones en los Servicios de Urgencias. Lo anterior representa el otorgamiento de 88.3 millones de atenciones.¹⁷

Comprometidos con la seguridad en la atención médica, el CSG y el IMSS organizaron el primer evento conmemorativo para celebrar el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2020, con un foro



interinstitucional presidido por el Secretario del CSG y el Director General del Instituto, además de autoridades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, PEMEX, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y Organización Panamericana de la Salud-OMS, entre otras.¹⁸

Las acciones institucionales de calidad y seguridad, como se ha observado a lo largo del presente capítulo, son prioridad en la actual administración y están sustentadas en la creación de la Coordinación Técnica de Riesgos Médicos, Calidad y Seguridad del Paciente en julio de 2021. A partir de esa fecha se desarrollan acciones como la capacitación del personal directivo de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en conjunto con sus unidades complementarias, con el objetivo de fortalecer la seguridad de los pacientes a través de la capacitación con cursos virtuales y presenciales, con una participación de 16,430 trabajadoras y trabajadores en el periodo de julio de 2021 a junio de 2022.¹⁸

A partir de febrero de 2021 se inició la medición de un tablero de indicadores de calidad y seguridad del paciente en 96 unidades médicas de los tres niveles de atención: 45 unidades de primer nivel, 33 de segundo nivel y 18 de tercer nivel. Son 20 los indicadores autoevaluados en las unidades médicas de forma mensual y 1,155 tableros evaluados, con 67% de cumplimiento. Cabe señalar que este resultado fue de las unidades que estaban trabajando en un programa de fortalecimiento de la seguridad del paciente, unidades certificadas y en proceso de certificación ante el CSG.¹⁸

En 2022 se publicaron en el Manual Metodológico de Indicadores Médicos de la Dirección de Prestaciones Médicas los primeros indicadores de calidad y seguridad del paciente relacionados con el cumplimiento del Comité Local de Calidad y Seguridad del Paciente (Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente), con los eventos asociados a la seguridad del paciente y con las metas internacionales de seguridad del paciente relacionadas con la identificación correcta del paciente y la evaluación del riesgo de caídas.¹⁸

Otra fortaleza institucional que tiene un impacto multidisciplinario es la creación de la Especialidad de Calidad de Atención Clínica con sedes en la UMAE Hospital de Cardiología N° 34 (Monterrey, Nuevo León) y en la UMAE Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, respaldada por universidades de prestigio a nivel nacional. El 1 de marzo de 2022 egresó la primera generación, que actualmente se encuentra laborando en unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención del Instituto en los OOAD de Aguascalientes, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Jalisco, Michoacán, Nuevo León y Yucatán.¹⁹ En el mismo 2022 se llevó a cabo de manera virtual el Foro Institucional “Día Mundial de la Seguridad del Paciente”, bajo el lema “Medicación sin daño”, ya que la OMS hizo un llamado a las instituciones de salud a tomar medidas que evitaran daños graves causados a los pacientes debido a prácticas de medicación inseguras. Participaron en este foro el CSG, la Organización Panamericana de la Salud/OMS, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente, y el Instituto Internacional de Futuros de la Salud y del Consorcio Internacional de Calidad y Liderazgo en Organizaciones de Salud.²⁰

Para desarrollar una cultura de seguridad del paciente es indispensable implementar barreras de seguridad con el personal que participa en la atención a la salud del paciente, con el fin de reducir al máximo los riesgos para el paciente dentro del IMSS.

La seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, por lo que se debe seguir avanzando. El ser humano no está exento de cometer algún error; precisamente la capacidad de cometer errores es lo que nos hace humanos, pero se debe tener cuidado en el contexto en que se aplica esta premisa.

En la práctica hospitalaria pueden influir diversos factores para que ocurra un error, como agotamiento físico o mental, un mal clima laboral, deficiencia de conocimientos, sobrecarga de trabajo,

problemas personales, falta de material y recursos indispensables, estrés y algunas fallas en los lineamientos y protocolos, pero esto no condiciona que los errores se repitan, pues se tiene la capacidad de aprender de ellos e implementar estrategias que de alguna manera permitan mejorar la atención en salud. Cuando se prioriza la seguridad del paciente es posible evitar y prevenir los resultados adversos o lesiones derivados de los procesos de atención sanitaria. La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no depende sólo de una persona, un dispositivo o el área de trabajo; mejorar la seguridad depende del trabajo en equipo más allá de los procesos. Se debe enfocar y dirigir la mirada al tema de la seguridad del paciente y a nuevas dimensiones, y adoptar una verdadera cultura de seguridad.

Los esfuerzos se deben enfocar en crear conciencia de la importancia que tiene el trabajo en equipo y en abandonar las viejas ideologías que impiden brindar una atención de calidad.

El desarrollo de un programa de mejora de la calidad en una institución es un proceso lento que supone necesariamente un cambio en la forma de hacer las cosas, con el involucramiento de todos los profesionales impulsando el espíritu de equipo y compartiendo metas comunes.

Las organizaciones que favorecen el mejoramiento de la calidad reconocen que la naturaleza del acto médico propende a la ocurrencia de errores u accidentes; sin embargo, estimulan el análisis del error no centrado únicamente en el individuo, sino también en el sistema, y por supuesto que su identificación no se acompañe de una penalidad o castigo. Es importante promover la colaboración de los altos niveles jerárquicos para corregir los procesos más vulnerables y destinar recursos para la mejora de la seguridad de forma sostenida e involucrar a la sociedad; trabajar en estos aspectos será lo que marque el cambio en las organizaciones de salud que promuevan la calidad y la seguridad de la atención médica. Es importante que exista un compromiso ético, profesional e institucional que se confirma a través de la creación de áreas normativas que controlan los riesgos de forma transversal en el Instituto, es decir, implementando acciones seguras en los tres niveles de atención, fomentando la capacitación, asesorando y evaluando hasta llegar al proceso de implementación de barreras de seguridad en búsqueda de un modelo de seguridad para el paciente acorde a las necesidades de su unidad médica y de su talento humano, con base en los lineamientos normativos institucionales y la disposición de equipos multidisciplinarios y herramientas (sistema VENCER, Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, medición de indicadores contenidos en el Manual Metodológico, entre otros). Lo anterior permite reducir los eventos adversos a través de la administración de los riesgos y fortalecer la gestión de la seguridad con un enfoque integral dirigido a identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para lograr la seguridad del paciente en cada ámbito.¹⁹ El conjunto de todas estas acciones se transforma en mejoras en la atención para el paciente, su familia y la sociedad.

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD COMO RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE SALUD

Marcela Díaz Mendoza, Norma Patricia Torres López, María Elena del Ángel Mendoza

La atención primaria en salud (APS) surgió como política en salud en 1978 con la Declaración de Alma-Ata (Kazajistán, ex integrante de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas), en la cual todos los países del mundo se comprometieron a alcanzar para 2000 una salud basada en una estrategia de atención que implica el concepto integral de la salud en el cuidado de los pacientes, el combate a la desnutrición, las campañas de vacunación, la dotación de agua potable, el saneamiento básico y el crecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer servicios de calidad adecuados para toda la población.²¹

En México hay antecedentes de la atención primaria en salud como política y práctica desde 1936, cuando el doctor Gustavo Baz, siendo director de la Escuela Nacional de Medicina, lanzó el programa de servicio social de pasantes para las escuelas de medicina.²²

El IMSS es la organización de mayor tamaño en estructura, personal y cobertura que presta servicios de salud a la población mexicana desde 1942, cuando surgió como parte importante del Sistema Nacional de Salud, y hasta la fecha es la institución líder y vanguardista en materia de atención médica.

La importancia de considerar el desarrollo de la atención primaria a la salud en relación con las necesidades de la población ha permitido tener importantes avances en las políticas de salud, en las propias instituciones y sobre todo en la formación de recursos humanos en el ámbito de Enfermería. El IMSS tiene las especialidades de enfermera especialista en salud pública, enfermera especialista en medicina de familia y enfermera de atención prenatal hospitalaria con enfoque en la atención primaria a la salud.

Hay que considerar que la atención primaria a la salud ha tenido un importante avance por ser la entrada de la atención, lo cual ha permitido orientar al individuo a tener una práctica de estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida en condiciones igualitarias para toda la población.

Antecedentes de la atención primaria a la salud

Después de que en 1978, en conferencia de la OMS, la Declaración de Alma-Ata concibió la APS como una estrategia fundamental e internacional para cumplir la meta “salud para todos” a través de un conjunto de herramientas educativas, promocionales y preventivas, se fijó la meta de su completa aplicación y expansión para 2000; sin embargo, el objetivo no ha sido cumplido, por lo que en 2018, en la conmemoración del cuadragésimo aniversario de Alma-Ata, se formó la Declaración de Astana, en la que los países de todo el mundo prometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud, sobre todo en cuatro áreas: la toma de decisiones políticas multisectoriales, la construcción de un sistema sostenible de atención primaria de salud, el empoderamiento de la ciudadanía y las comunidades, y la alineación del apoyo de los grupos de interés a las políticas nacionales, las estrategias y los planes.^{23,24}

Hoy en día se debe aprender a disociar los conceptos “atención primaria de salud” y “primer nivel de atención”, sin ponderar a uno sobre otro, puesto que son acciones complementarias que benefician tanto a los individuos en singularidad —en situaciones específicas y momentáneas (para el primer nivel de atención)— como a las personas en colectivo, en su pluralidad, proporcionando cuidados generalizados y vitalicios (APS). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar.²⁵

Desde hace algunas décadas, las principales estrategias de atención a los diversos grupos poblacionales han hecho énfasis en la importancia de incrementar de forma gradual la cobertura de los servicios en el primer nivel de atención y el acceso a una serie de intervenciones de alto impacto en la salud pública. Tal es el caso de las campañas de vacunación, la dotación de la hidratación oral, el tratamiento oportuno de las infecciones respiratorias, la desparasitación, el control prenatal, la dotación de ácido fólico, el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño sano, así como la planificación familiar, por señalar algunas de las intervenciones más relevantes, todas ellas bajo la responsabilidad del médico familiar y su equipo de salud.²⁶ Algunos estudios ponen en evidencia que los sistemas de salud basados en los principios de la APS tienen la capacidad de resolver 80% de los problemas con la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible. Contar con un sistema de APS renovado es una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera la salud como un derecho humano.²⁷ Existen múltiples barreras que muestran que los esquemas de salud tienen la capacidad de mejorar el proceso de salud-enfermedad. Siempre habrá barreras de acceso, y es nuestra responsabilidad trabajar en eso en el Sector Salud. Sin embargo, también los factores determinantes sociales tienen mucho que ver con todo

lo que está apareciendo en este ámbito: si no se consideran esos factores en el diseño del sistema de salud, obviamente no se obtendrán los resultados de salud esperados.²⁹ La APS es una alternativa de solución ética y económicamente viable para promover los servicios de salud, especialmente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en amplios grupos de población, reducir problemas de acceso a servicios médicos y contribuir al bienestar general. La APS es:

- Un enfoque sistémico (con equidad, solidaridad y justicia social) que redefine los sistemas de salud y la participación intersectorial para proteger, mejorar y mantener la salud de la población.
- Una forma de organización de la comunidad y de asignación de recursos para contribuir a proteger y promover la salud (más que tratar personas enfermas).
- El mecanismo para hacer abogacía ante otros sectores que pueden intervenir más efectivamente que el Sector Salud en algunos factores determinantes sociales de la salud.
- Prevenir la enfermedad; cuidar, recuperar y rehabilitar a las personas enfermas.
- Un compromiso de gobierno, intersectorial y de comunidad para lograr metas en salud acordadas localmente y a nivel internacional, como las metas del milenio.²⁹

Estrategia PrevenIMSS

Como una respuesta a lo que antecede respecto a la APS, el IMSS como institución líder planteó en 2001 un reordenamiento en la prestación de servicios preventivos a través de los Programas Integrados de Salud (PrevenIMSS), cuyo propósito es la provisión sistemática y ordenada de acciones claramente definidas y relacionadas con:

1. Promoción de la salud.
2. Vigilancia de la nutrición.
3. Prevención, detección y control de las enfermedades.
4. Salud reproductiva.

Dicha estrategia abarca los 39 programas específicos de salud pública y reproductiva, todos ellos justificados, pero que dificultaban la tarea de los equipos de trabajo, sobre todo en las unidades de medicina familiar.²⁹

Se establecieron cinco Programas Integrados de Salud por grupos etarios, la cual obedece a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa, tal cual se señala en las guías técnicas de cada programa como sigue:

- Salud del niño (menores de 10 años).
- Salud del adolescente (de 10 a 19 años).
- Salud de la mujer (de 20 a 59 años).
- Salud del hombre (de 20 a 59 años).
- Salud del adulto mayor (mayores de 59 años).²⁹

Para la operacionalización se establecen las siguientes estrategias:

1. **Información a la población.** Para que las personas derechohabientes participen de forma corresponsable en el cuidado de su salud es necesario que conozcan los programas que para este fin desarrolla el Instituto.
 - Líneas de acción:
 - Establecimiento de un sistema institucional de cartillas de salud por grupo etario, las cuales se entregan a toda la población derechohabiente de manera informada desde el momento de su alta en las unidades de adscripción:
 - Elaboración de guías para el cuidado de la salud por grupo etario, para ser distribuidas a toda la población derechohabiente.
 - Desarrollo de un programa de comunicación social en medios electrónicos.



- Promoción de los programas integrados de salud en coordinación con la Dirección de Prescripciones Sociales, la Coordinación de Orientación y el área de Atención a la Población Derechohabiente.
2. **Capacitación.** Antes de la implementación de la estrategia se requiere el desarrollo de un programa de capacitación para todo el personal de salud, con énfasis en el primer nivel de atención.
 - Líneas de acción: actualización de la normatividad en cuanto a:
 - Elaborar y distribuir las guías prácticas que definen la periodicidad de las actividades por grupo etario y por cada uno de los componentes; elaborar y distribuir las guías técnicas que describen los procedimientos relacionados con cada componente.
 - Incorporar a todos los trabajadores del IMSS a los Programas Integrados de Salud, con el propósito de que se beneficien de ellos y participen en su promoción y difusión.
 3. **Reorganización de servicios en las Unidades de Medicina Familiar con base en las propuestas elaboradas en nivel operativo.** Las consideraciones para las propuestas de los diferentes modelos operativos son acordes al tamaño de las unidades médicas, los recursos disponibles y las variaciones regionales.
 4. **Supervisión.** Para tal fin se desarrolla un sistema de supervisión integral con la participación de los niveles normativo, delegacional y operativo, y de diseño de instrumentos.
 5. **Sistema de información.** El sistema de información de los Programas Integrados forma parte del sistema único de información en salud. Entre sus propósitos están simplificar las tareas que actualmente realiza el personal de nivel operativo y fomentar la cultura de análisis de la información.
 6. **Evaluación.** Utilizar la información del sistema para la construcción de indicadores de cobertura y de impacto.²⁹

Cabe señalar que para el otorgamiento de los componentes de los Programas Integrados de Salud se diseña un modelo de Enfermería, denominado Atención Preventiva Integrada (API), que consiste en realizar las acciones en una sola consulta, por la misma enfermera y en el mismo consultorio colocando al centro a la población derechohabiente.²⁹ Hoy se conoce como Chequeo PrevenIMSS.

Actualidades en la prestación de la atención preventiva integrada e integral

El Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social menciona en el Objetivo prioritario 2 que se debe garantizar la calidad y la cobertura de los servicios y las prestaciones institucionales, privilegiando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; la Estrategia prioritaria 2.2 señala que se deben fortalecer los mecanismos de prevención de enfermedades, así como la promoción de estilos de vida saludables.³⁰ En este sentido, el personal de Enfermería especialista en medicina de familia se suma a estas prioridades implícitas en la APS, toda vez que su rol de actuación es esencial por otorgar atención integral a la población derechohabiente con actividades primordiales enfocadas en la promoción, la educación, la prevención, la detección, el tratamiento y el control de la enfermedad conforme a las necesidades sociodemográficas y el perfil epidemiológico presente en México.

En este contexto, el personal de Enfermería especialista en medicina de familia realiza una valoración integral a través de un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado que permite la recolección de datos y la interpretación de información; en consecuencia, determina un plan de intervención específica de acuerdo con la condición de salud y el individuo según el grupo etario, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad; asimismo, resalta la atención y el seguimiento de las personas con enfermedad crónico-degenerativa, síndromes geriátricos, vigilancia prenatal y control del niño sano, entre otros, con acciones dirigidas a la educación para la ejecución y la continuación de las mismas, coadyuvando a la adopción de cambios de estilo de vida con incre-

mento de las habilidades, los hábitos y las conductas que fomenten el autocuidado en la población derechohabiente.

El éxito de la APS depende en gran parte de la importancia que la población le ha dado a la atención preventiva como la parte inicial y a la voluntad política para dar respuesta a las necesidades de salud.

Es importante señalar que el reordenamiento en la prestación de los servicios preventivos fortalece la aceptación de una cultura preventiva en la población, la cual demanda su API.

Resaltar la participación y empoderamiento del personal de Enfermería como eje primordial en la promoción de la salud, prevención, detección, atención, tratamiento y control de la enfermedad dentro de la APS favorece la disminución de la morbilidad en la población derechohabiente.

La prestación de la atención preventiva integrada e integral por parte de enfermeras especialistas garantiza que cada persona derechohabiente reciba las acciones que le corresponden por grupo etario y sexo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD

Graciela Martínez Velasco, Hilda Gamboa Rochín, Selma Amasis Meléndez Gómez, Gerardo Campuzano Lujano

La necesidad de implementar cuidados de Enfermería centrados en la persona requiere impulsar, sensibilizar y promover una cultura de trabajo multidisciplinario para otorgar una atención de Enfermería integral y de calidad. El Instituto Mexicano del Seguro Social incluye para guiar la práctica de Enfermería la capacitación en los procesos de APS, cuidados a grupos de riesgos y grupos vulnerables, en relación con la transición epidemiológica, con una práctica más reflexiva y moderna, sin omitir para ello la investigación y los avances tecnológicos.

El IMSS otorga atención a un gran porcentaje de la población del país, por lo que uno de sus objetivos es favorecer el acceso a los servicios de salud y la oportunidad de la atención, reconociendo así el derecho a la salud de la población que atiende. Los procesos de atención se han tenido que adaptar a las necesidades de cada grupo poblacional, determinadas por los cambios epidemiológicos, el crecimiento del grupo de adultos mayores y la presencia de enfermedades crónico-degenerativas presentes en todos los grupos etarios; para ello se han implementado varios programas enfocados en los principales problemas de salud de la población, los cuales abarcan desde la niñez hasta la adultez mayor, sin dejar de atender a las poblaciones vulnerables, como la mujer embarazada, los recién nacidos y los infantes enfermos, entre otros. Estos programas no sólo están dirigidos a la parte preventiva, curativa y de rehabilitación, por lo que recientemente se ha incluido el aspecto de la salud mental. El personal que opera estos programas es multidisciplinario, pero la participación del personal de Enfermería ha sido fundamental, lo cual deriva en que el área de Enfermería vincula el proceso directamente con el paciente. En ese sentido, la institución ha propiciado la especialización y la profesionalización del gremio de Enfermería.

El Instituto otorga servicios a la población en tratamiento, como terapia renal sustitutiva, una de las más importantes que permite a todos los pacientes una oportunidad de vida. Ante el incremento de pacientes con insuficiencia renal crónica se decidió tratar esta enfermedad en las unidades médicas, inicialmente en 1990; la atención para brindar terapia renal sustitutiva (diálisis, hemodiálisis) dependía de que estos servicios fueran contratados de forma subrogada, pero no se hacía un seguimiento adecuado, por lo que fue necesario elaborar lineamientos para consolidar la atención de estos pacientes por parte de un equipo médico transdisciplinario, en el que se crearon plazas para médicos nefrólogos y enfermeras que fueron capacitadas en diversas modalidades; luego fueron integrados a los servicios de diálisis peritoneal intensiva, diálisis peritoneal continua ambulatoria, diálisis peritoneal automatizada y hemodiálisis, los cuales actualmente existen en las uni-





Figura III-1. Paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento renal de reemplazo con terapia de hemodiálisis, Hospital General de Zona N° 3 Mazatlán, Sinaloa.

dades de segundo y tercer niveles de atención. Estos hechos tienen un impacto directo en los costos de la atención. La evidencia de la mejora de los servicios y el impacto de la atención de Enfermería en estos procesos derivó en 2009 en el desarrollo del curso postécnico de la especialidad para formar a la enfermera especialista en nefrología como nueva especialidad dentro del Instituto. Uno de los objetivos de este programa es mantener al paciente en las mejores condiciones para que pueda ser candidato a trasplante renal de donante vivo relacionado o cadavérico en las unidades de trasplante renal. En la actualidad, en todas las unidades médicas existe la implementación del “Código Vida”, que se refiere a todas las actividades relacionadas con la procuración de órganos y el favorecimiento del programa de trasplante (figura III-1).

Asimismo, en relación con la atención de las personas adultas mayores, el IMSS, cuenta con el Plan Geriátrico Institucional —GeriatrIMSS—, que tiene como líneas estratégicas la mejora de la capacidad de atención a la salud para satisfacer la creciente necesidad de los servicios médicos de las personas mayores, prevenir y reducir los riesgos, diseñar e implementar intervenciones, y así disminuir la discriminación y el maltrato. Los lineamientos del programa GeriatrIMSS se desarrollan en los tres niveles de atención. En 2013 el Instituto reforzó sus acciones para la atención de la persona adulta mayor, integrando a las enfermeras especialistas en geriatría a la atención de una población sumamente vulnerable; el personal especializado forma parte de un equipo de trabajo. Hoy en día la implementación del programa funciona a través de un equipo multidisciplinario en el que el profesional de Enfermería toma el liderazgo para evaluar las capacidades intrínsecas de la persona adulta mayor e identificar oportunamente los síndromes geriátricos y establecer un plan de cuidados individualizado en busca de la autosuficiencia del adulto mayor, así como diseñar un plan de cuidados individualizado y detectar con oportunidad síndromes los geriátricos, con el objetivo de que el adulto mayor se incorpore a sus actividades básicas de la vida diaria y se limite el daño. Otras intervenciones destacadas son el apoyo y la educación del cuidador primario, quien es primordial en la atención del adulto mayor como parte de las intervenciones especializadas por los profesionales de Enfermería, para la prevención de afectaciones como colapso, maltrato del cuidador, buscando siempre una convivencia sana del cuidador y la persona adulta mayor. Uno de los grandes éxitos de esta estrategia institucional a nivel hospitalario es lograr la movilización tem-



Figura III-2. La movilización temprana del adulto mayor es una estrategia de atención integral en la transición hospital-hogar. Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza”.

prana de la persona adulta mayor para prevenir las lesiones por presión, llegando a contar con unidades médicas con cero lesiones por presión o con cuidados en el hogar (figura III-2).

Las lesiones por presión no son exclusivas del paciente geriátrico; su origen es multifactorial, por lo que el personal de Enfermería participa activamente en su prevención y resolución a través de los cubículos para la curación de heridas y estomas, ubicados en las unidades médicas de medicina familiar y los hospitales; actualmente se encuentran distribuidos a nivel nacional 50 módulos de curaciones, en los que el personal de Enfermería atiende a la población de manera ambulatoria y en las áreas hospitalarias. Esta actividad ha sido reconocida por las experiencias exitosas en el manejo de las lesiones, y en la aplicación de la cura avanzada a través de capacitación se ha visto gradualmente el aumento de la productividad de realización de curaciones; en promedio se estima un total de 2’853,620 curaciones de heridas agudas, crónicas o estomas, cuyas intervenciones contribuyen a recuperar en un menor tiempo la integridad de la piel, limitando la pérdida de la función o la pérdida de alguna extremidad. En relación con los pacientes con estomas, su función es educativa en cuanto al manejo; el advenimiento de las nuevas tecnologías, como son los apósitos que favorecen la cicatrización —como los de ambiente húmedo— entre otros, ha logrado la pronta recuperación de los pacientes y así disminuido el tiempo de recuperación, optimizando los recursos humanos y financieros. Una cobertura en la atención de urgencia que brinda el Instituto es el Protocolo de Atención Integral Código Infarto, que atiende a personas con afectaciones cardiovasculares en la cual se agilizan las acciones para que el personal médico y los profesionales de Enfermería se coordinen más rápido y permitan en menos de 30 min una oportuna intervención de reperfusión a través de la administración de medicamentos intravenosos y en los hospitales con sala de hemodinamia realizar el procedimiento para abrir la arteria obstruida y restablecer el flujo sanguíneo, brindando un mejor pronóstico. En ellos intervienen asistentes médicos, camilleros y personal de vigilancia. La oportunidad de la atención es igual a vida.

Esta estrategia está implementada en todos los niveles de atención a nivel nacional, la cual inició en 2015 en la Unidad de Médica de Alta Especialidad Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, debido al gran beneficio que ofrece a los pacientes que presentan patología





Figura III-3. Personal de Enfermería a cargo de otorgar atención materna integral. Hospital General Regional N° 58 de León, Guanajuato.

cardiaca. Para ello la capacitación ha sido imprescindible, y se ha realizado utilizando diversos mecanismos presenciales y virtuales.

Por otra parte, el incipiente inicio de la vida acapara la atención del personal de salud, por lo que las Normas Oficiales Mexicanas decretaron que la atención materna es una prioridad; la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la atención de la persona recién nacida integran los criterios y los procedimientos para la prestación de los servicios prioritarios de salud. El Código Mater deriva a la activación de un mecanismo de llamado al personal de salud del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, el cual sigue un protocolo de atención integral con la finalidad de establecer pautas de actuación del personal en los diferentes niveles para homologar acciones y actividades referentes a la atención de una emergencia obstétrica cuyo objetivo es salvar la vida de la madre y el producto de la gestación. En este sentido, la integración de los profesionales de Enfermería Código de Urgencia ha demostrado el compromiso, la responsabilidad y el liderazgo. Hay que mencionar la participación de una atención integrada mediante la prevención de la morbilidad y la mortalidad maternas y perinatales a través de intervenciones para realizar una valoración correcta del riesgo reproductivo con bases en la evidencia científica, logrando que su diagnóstico y tratamiento oportunos tengan un impacto en la salud materno-infantil para mejorar el pronóstico de la mujer una vez finalizado el embarazo; destacan la promoción y la educación sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la elección de un método de planificación familiar (figura III-3).

El Instituto, derivado de los cambios epidemiológicos, ha recurrido a la implementación de estrategias de emergencia, como el Código Cerebro, como protocolo de manejo dirigido a las personas con riesgos de sufrir un evento vascular cerebral. Esta estrategia tiene el objetivo de salvaguardar la integridad neurológica del paciente y sus funciones; se encuentra implementada en los tres niveles de atención en los que el profesional de Enfermería capacitado tiene una participación muy activa, al ser Enfermería quien recibe al paciente en el servicio de urgencias, para otorgar una aten-

ción integral sustentada en las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención Integral mediante intervenciones coordinadas multidisciplinarias para prevenir, diagnosticar, tratar oportunamente, mejorar el tiempo de respuesta y reducir la discapacidad y la mortalidad.

Por otra parte, se ha hecho referencia a un grupo de población vulnerable, como las personas con padecimientos oncohematológicos que reciben atención institucional, en quienes se busca mejorar la oportunidad de la atención. Para los niños y las niñas se han implementado dos programas específicos: “Hora Dorada, minutos que salvan vidas”, que define el tiempo en el que el personal de salud debe iniciar el tratamiento antimicrobiano del paciente que presente fiebre y neutropenia; son 60 min que representan vida para los pacientes. El segundo programa consiste en la Escala de Valoración de Alerta Temprana, que permite que los profesionales de Enfermería inicien con la atención y a través de la evaluación de los signos vitales identificar alteraciones e implementar acciones para contener y resolver las complicaciones del paciente; se inicia de manera temprana y oportuna para identificar datos de deterioro en el paciente e implementar las acciones para limitar o eliminar el riesgo de complicaciones mayores. Este programa fue implementado en una acción colaborativa entre el Hospital de St. Jude y el Hospital de Pediatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” en 2018; gracias a los resultados exitosos obtenidos, fue implementado en los Centros de Referencia Estatal para la Atención del Niño y de la Niña con Cáncer (OncoCREAN), que son espacios creados con características especiales, donde la población infantil se siente en un ambiente amigable mientras recibe el tratamiento; son atendidos sobre todo por enfermeras con especialidad en pediatría u oncología, o ambas (esta última surgió en el Instituto como necesidad en 2009 para atender de manera especializada a la población); también participan en el tratamiento de quimioterapia hospitalaria y ambulatoria, y en el trasplante de médula ósea, que respalda con intervenciones de Enfermería específicas el manejo del paciente desde el protocolo de preparación, el trasplante y el cuidado del paciente hasta el egreso al domicilio; por ello las intervenciones de educación y capacitación de Enfermería son fundamentales para los cuidados en casa (figura III-4).

Como parte fundamental del equipo de salud en esta estrategia el personal de Enfermería ha demostrado con conocimiento y habilidades técnicas la implementación de estos programas; a fin de lograr un fortalecimiento con capacitación presencial y virtual se diseñaron microlecciones de aprendizaje a través de la plataforma educativa institucional con temas relacionados con el manejo de los padecimientos oncohematológicos.

Entre los problemas de salud que la población infantil presenta se encuentra el síndrome de intestino corto, en el cual se requiere tratamiento permanente de nutrición parenteral, lo que obliga a los niños a permanecer durante un largo tiempo e incluso años dentro de las unidades hospitalarias; para favorecer el desarrollo del niño en un ambiente familiar en el Instituto se desarrolló el programa de Nutrición Parenteral Domiciliaria, el cual destaca la capacidad del personal de Enfermería para educar a los cuidadores primarios en el manejo correcto del procedimiento de la administración de nutrición parenteral en el domicilio. Este programa tiene alrededor de 20 años, y se lleva a cabo actualmente en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” y en el Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza”.

Entre las intervenciones que el personal de Enfermería realiza no se pueden omitir las dirigidas al cuidado de los dispositivos intravasculares, los cuales son un recurso necesario en un alto porcentaje de los pacientes, pero implican un riesgo para la presencia de infecciones, por lo que el IMSS creó como estrategia para la reducción de riesgos las clínicas de catéter, que operan con personal de Enfermería altamente comprometido en el cuidado de los dispositivos, y los recursos materiales con que actualmente se cuenta hacen que el trabajo de mantenimiento de los dispositivos sea exitoso. La educación para el cuidado de ellos es muy necesaria, ya que algunos pacientes van con ellos a casa, como las personas con tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis y las personas con





Figura III-4. Intervenciones de Enfermería en el Centro de Referencia Estatal para la Atención del Niño y de la Niña con Cáncer, Hospital de Especialidades N° 25, Monterrey, Nuevo León.

padecimientos oncohematológicos. La trascendencia de las intervenciones de los profesionales de Enfermería en el cuidado de los dispositivos intravasculares propició que durante 2022 fueran capacitados más de 16,000 enfermeros a nivel nacional, teniendo como objetivo homologar los cuidados a los dispositivos, utilizando el escalonamiento tecnológico que contribuya a mantenerlos funcionales y libres de infección, sin riesgos para la persona, pues son cuidados con apego a la normatividad vigente.

El personal de Enfermería realiza intervenciones curativas y actividades preventivas, por lo que en el primer nivel de atención se lleva a cabo el Programa PrevenIMSS, que agrupa una serie de detecciones susceptibles de oportunidad de referencia o tratamiento; es un programa ejecutado totalmente por personal de Enfermería, que otorga educación a las familias para un estilo de vida saludable; las enfermeras especialistas en medicina familiar realizan visitas al hogar del paciente para la detección de riesgo y enseñar a las familias acciones encaminadas a la conservación de la salud. En el primer nivel de atención, a través del personal de Enfermería, la población infantil recibe las inmunizaciones de acuerdo con el esquema de vacunación en cada uno de los grupos etarios.

Como se ha descrito, el IMSS tiene un interés prioritario para que la población derechohabiente reciba atención oportuna, de calidad y libre de riesgos, para lo cual cuenta con personal de Enfermería capacitado, comprometido, responsable y consciente de la labor que le ha sido asignada, la cual realiza en cualquier ámbito en que se encuentre de manera profesional mediante intervenciones con exactitud técnica que le dan el conocimiento y su experiencia. Los profesionales de Enfermería conocen el impacto de la atención que otorgan día con día a la población. A lo largo de 80 años el personal de Enfermería del Instituto ha caminado adaptándose y preparándose para enfrentar cada reto que implica la atención de las personas sanas o enfermas, para prevenir, cuidar, acompañar e intervenir.

ROL AMPLIADO DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Veaney Gómez Gutiérrez, Martha Raquel Pulido Gómez, Alma Rosa Silva Herrera

La Enfermería surgió como ejercicio de las “prácticas cuidadoras”, y ha sido una actividad necesaria para la conservación de la especie humana; es tan antigua como la humanidad, y era atribuida preponderantemente a las mujeres. Los pocos conocimientos que tenían eran empíricos, pero en el siglo XIX apareció la Enfermería como una profesión gracias a Florence Nightingale (1859), quien procuró establecerla con fundamentos firmes sobre conocimientos científicos y principios ético-morales y humanísticos.

En el IMSS la Enfermería surgió con la creación de la institución en 1943. Julieta Rico Sierra fue la primera enfermera de más de 146,000 elementos que actualmente laboran en el Instituto.

En la Ceremonia Institucional del Día de la Enfermería llevada a cabo en mayo, el Mtro. Zoé Robledo destacó su espíritu, tesón y voluntad, virtudes que hoy se repiten en el personal de Enfermería, que sin dar ni recibir excusas demostró su valor ante la mayor y más grave crisis de salud que ha enfrentado la humanidad: la pandemia por COVID-19.³¹

En este sentido, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ratificó que “Los profesionales de Enfermería son la columna vertebral de cualquier sistema de salud, y que hoy en día muchos de ellos se encuentran en primera línea en la batalla contra el COVID-19”.

Como profesionales las enfermeras han experimentado muchos cambios y adquirido un papel importante no sólo en la práctica asistencial, sino incluso en la responsabilidad y la gestión de los servicios de salud; las nuevas necesidades sociales, sanitarias, políticas y económicas han conducido a la aparición de nuevos roles de Enfermería que tratan de dar respuesta a la realidad social.

Ampliación del rol del profesional de Enfermería en el primer nivel de atención

Ampliar el rol de los licenciados en la Enfermería en el primer nivel de atención puede eliminar barreras de acceso a la salud y expandir los cuidados en áreas con escaso personal sanitario, señala una nueva publicación de la Organización Panamericana de la Salud. El personal de práctica avanzada desempeña un papel resolutivo en la atención primaria, pues tiene una alta tasa de satisfacción de los usuarios y una reducción de costos. La evidencia científica demuestra su impacto en los servicios y en los costos de salud.³²

En las unidades de primer nivel el profesional de Enfermería desempeña un papel fundamental para maximizar el acceso a la atención primaria de salud a través del monitoreo intensivo de los pacientes con enfermedades crónicas; el excelente desempeño de la jefa de Enfermería, la enfermera especialista en medicina de familia, la enfermera general, la auxiliar de Enfermería en salud pública y la auxiliar de Enfermería general permite contar con mayor grado de autonomía en la toma de decisiones, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del paciente.

La atención primaria a la salud es el eje central de una institución que se ha consolidado como referente de la seguridad social en México y América Latina al ofrecerle a la población derechohabiente servicios médicos como el Programa Universal de Vacunación y el programa de PrevenIMSS, mediante el cual el profesional de Enfermería realiza acciones educativas en temas de salud por grupo etario y sexo, como medición del peso y la talla, orientación alimentaria saludable, prevención y detección de enfermedades, acciones de salud bucal, salud reproductiva y prevención de enfermedades de transmisión sexual; adicionalmente, a lo largo de su historia ha demostrado su capacidad de respuesta ante desastres naturales y crisis sanitarias, con el compromiso de brindar servicios de salud a 83.2 millones de mexicanos, lo que representa un gran reto para 146,000 enfermeros que laboran actualmente en el Instituto.



Con el surgimiento del Programa IMSS-Bienestar, el cual contaba en 2021 con una población adscrita de 11.6 millones de personas, las cuales viven en zonas rurales o urbanas marginadas, al cierre del ejercicio se atendieron más de 20,000 localidades pertenecientes a 1,000 municipios en 19 entidades federativas, de las cuales 80% tienen índices de alta y muy alta marginación;³³ por ello es necesario implementar roles ampliados de Enfermería a fin de proporcionar una atención eficiente, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Ampliación del rol del profesional de Enfermería en el segundo nivel de atención

El desempeño del profesional de Enfermería es fundamental en la prestación del servicio, el cual se ve reflejado en los resultados a través de estándares, criterios e indicadores de los procesos de atención en las unidades médicas de segundo nivel, las Unidades de Atención Ambulatoria, las Unidades Médicas Móviles, las Unidades de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama, y las Unidades y Servicios de Rehabilitación, considerando para su formulación los parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad nacionales e internacionales, con el rigor científico indispensable para su adecuada medición y el desarrollo de la mejora continua de los procesos de la atención.

La transición demográfica y epidemiológica ha tenido consecuencias negativas:

- Un elevado número de personas enfermas.
- La larga duración en el tratamiento de este tipo de enfermedades.
- La tendencia a desarrollar complicaciones.
- La presencia de comorbilidades que requieren atención frecuente y especializada. Con la finalidad de mitigar esta problemática, las unidades médicas han implementado servicios que antes correspondían a un tercer nivel, como hemodiálisis, quimioterapia, epidemiología, nutrición parenteral, centrales de mezclas, cubículo de heridas y estomas, equipos de terapia de infusión, clínicas del dolor, tanatología y geriatría, grupos de apoyo para pacientes nefrópatas y trasplantados, y niños con diabetes mellitus, entre otros, lo que exige que el profesional de Enfermería cuente con capacitación continua y una mayor preparación académica.

Ampliación del rol del profesional de Enfermería en el tercer nivel de atención

La atención médica especializada en los hospitales de tercer nivel del IMSS la brinda personal de salud altamente capacitado en el uso de tecnología de punta para contribuir a mejorar la salud de las personas derechohabientes con padecimientos complejos. En 2021 existían 36 unidades de tercer nivel de atención, conformadas por 25 UMAE y 11 unidades médicas complementarias, las cuales contribuyen a mejorar la salud de la población derechohabiente cuyos padecimientos son complejos y requieren recursos tecnológicos para su manejo, a través de 69 especialidades médicas y quirúrgicas.³⁴

En el tercer nivel de atención el IMSS cuenta con profesionales en Enfermería competentes, capacitados y responsables, con conocimientos teóricos y prácticos, capaces de desempeñarse con éxito de manera creativa, y aptos para interactuar con la realidad y contribuir a su transformación con calidad. Para ello son necesarias la actualización continua y la profesionalización, por lo que el Instituto ofrece cursos posttécnicos de Enfermería en geriatría, medicina de familia, salud pública, cuidados intensivos, pediatría, quirúrgica, oncología, nefrología, gestión y educación en medicina de familia, y gestión y educación de segundo y tercer niveles de atención, además de becas para licenciaturas, maestrías y doctorados.

Ampliación del rol del profesional de Enfermería en nivel central

La dirección estratégica es una de las principales tareas de los que dirigen una organización tan grande como el IMSS. A través de ella se establecen tanto el rumbo del Instituto como los criterios

generales para delimitar objetivos y la organización del trabajo, atendiendo las necesidades sociales, sanitarias y las políticas en salud. Esto revela una alta complejidad, ya que se ocupa de la forma en que la organización se adapta a su entorno siempre cambiante, particularmente cuando se habla del profesional de Enfermería, que es el personal más numeroso que labora en el Instituto.

Para el IMSS, igual que para las instituciones que conforman el sistema de salud, el Sistema de Gestión de Calidad debe estar enfocado en la proporción de atención integral y de calidad en los servicios médicos bajo una triple meta:

1. Proteger la salud de la población derechohabiente centrándose en la prevención y el bienestar.
2. Mejorar la experiencia del paciente bajo un enfoque de seguridad, eficiencia y efectividad.
3. Reducir los costos de atención *per capita* mediante la optimización de recursos.

Para ello es necesario contar con profesionales de Enfermería altamente capacitados en el ámbito asistencial, docente, de investigación, gerencial y liderazgo.

La enfermera, que históricamente participaba de manera única y exclusiva en el ámbito asistencial, poco a poco fue adquiriendo roles ampliados, de acuerdo con el Informe de los Servicios Personales del IMSS de 2021; en las Oficinas Centrales laboran un total de 74 profesionales de Enfermería. Entre estos grandes logros, la División de Enfermería se convirtió en la Coordinación Técnica de Enfermería en la estructura orgánica de la Dirección de Prestaciones Médicas en 2021.

Adicionalmente, el personal que labora en nivel central, además de la Coordinación Técnica de Enfermería, se encuentra distribuido en la Coordinación de Educación en Salud (División de Formación de Recursos Humanos para la Salud) de la Unidad de Educación e Investigación, la Unidad de Planeación e Innovación en Salud a través de la Coordinación Técnica de Infraestructura Médica, la Coordinación de Innovación en Salud (División de Excelencia Clínica y División de Evaluación de Tecnologías en Salud), la Unidad de Atención Médica a través de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel y la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, entre otras. Las aportaciones que realiza el profesional de Enfermería son esenciales para el cumplimiento de los objetivos del área de adscripción; no obstante, la relevancia radica en el impacto en los diferentes niveles de atención del área operativa; ejemplo de ello son algunas de las funciones que se realizan en la División de Evaluación de Tecnologías en Salud, las cuales están orientadas a que el profesional de la salud del Instituto disponga de insumos para la salud (medicamentos, insumos de nutriología y dispositivos médicos), así como los accesorios y consumibles eficaces, seguros y costo-efectivos que impliquen el mayor beneficio clínico para la atención de la población derechohabiente.

El IMSS requiere un liderazgo inteligente, competitivo y capaz de adaptarse a los cambios de su entorno; se debe plantear nuevos retos cada día, en los que el conocimiento es un factor clave, a través del aprendizaje a todos los niveles para la implementación de nuevas estrategias para la capacitación continua y la regulación profesional en enfermería que les proporcionen las herramientas para hacer frente a los retos que confronta la institución de seguridad social más grande de América Latina. La ampliación del rol del personal de Enfermería mediante la formación y regulación adecuadas podría ser una medida que apoye el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, ya que poseen una formación en niveles avanzados, además de las habilidades y los conocimientos basados en la evidencia necesarios para promover la salud, la prevención y el control adecuado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Su participación en equipos interprofesionales de salud y en ampliación del rol del personal de Enfermería en la atención primaria de salud puede convertirse en realidad en todos los países de la región y no sólo en los de mayor desarrollo.³⁵

Ante los cambios vertiginosos, como la pandemia por COVID-19, y la demanda del derecho a la protección a la salud de un paciente actual informado que exige calidad en la atención, el profesio-



nal de Enfermería que labora en el IMSS se ha visto en la necesidad de recibir una capacitación continua, sea proporcionada por el Instituto a través del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social o por sus propios medios, lo que le ha permitido adquirir un rol ampliado de Enfermería para brindar un cuidado integral, satisfaciendo las necesidades de la población derechohabiente durante su ciclo vital y utilizando el proceso de atención de Enfermería como instrumento de trabajo científico basado en las teorías de Enfermería, siendo capaz de liderar el equipo de salud y actuar en su quehacer personal y profesional con integridad, responsabilidad, compromiso y respeto a la diversidad cultural, sustentado en los principios deontológicos.

NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Ramón Rea Salamanca, Blanca Estela de la Rosa García, Lorena Fernández Jiménez

Cuidado de Enfermería antes del escalamiento tecnológico

En el siglo XX se presentó en el mundo uno de los avances más significativos en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, denominado revolución científico-técnica, que posicionó a la humanidad en una gran encrucijada; fue así como en el siglo XXI la influencia y la complejidad de la tecnología sobre la vida humana se convirtieron en algo determinante en el proceso de su desarrollo. El efecto de esta revolución permeó en numerosos procesos relacionados con el nivel de vida de la población y en forma particular en los servicios médicos, que constituyen un elemento de gran importancia; esto representó una gran oportunidad de progreso en el proceso salud-enfermedad en la población humana que dio como resultado un aumento de la expectativa de vida, disminuyendo la mortalidad y la morbilidad, y la enorme ventaja de poseer el resultado del desarrollo de estas nuevas tecnologías que no se tenían en el siglo pasado.

De esta forma, se puede entender el actual contexto, en el que la tecnología convive tan de cerca con el desempeño diario de los profesionales de Enfermería, dando lugar a diferentes formas y tecnologías para proporcionar cuidados en los diferentes servicios de salud. A partir de esta gran evolución de la tecnología y el avance que representó en los diferentes dispositivos actualmente disponibles para otorgar atención a los pacientes se ha mejorado la calidad de los cuidados, reflejada en una mejor calidad de atención hacia la población derechohabiente.

En este sentido, definir el concepto del cuidado resulta complejo, dado que se encuentra presente en las distintas dimensiones del proceso de la vida, la enfermedad y la muerte, y en las diferentes apreciaciones que dependerán del cuidador, de la persona que es cuidada y del medio ambiente o el entorno.

El concepto del cuidado es complejo porque combina la objetividad y la subjetividad; además de estas dos cualidades y percepciones se suma el uso apropiado de las tecnologías, que surgen como un intermediario de la racionalidad y la subjetividad, medios que fortalecen y mejoran los cuidados de Enfermería, poniendo en práctica la incorporación de diferentes procesos y productos, expresiones puras aplicadas en la tecnología del conocimiento y la tecnología materializada en un dispositivo.

Es así como la construcción del conocimiento aplicado en las diferentes tecnologías sistematiza las técnicas, y posteriormente con la organización de los principios científicos de los cuidados de Enfermería se reconoce la expresión tecnológica de la atención como un proceso y un producto.

La tecnología como proceso implica el conocimiento y las habilidades, y se debe distinguir de la tecnología como un producto, que es representada por los equipos o por los dispositivos tecnológicos, los cuales configuran una expresión de la tecnología que resulta del conocimiento que hace posible ese producto, que luego se convierte en equipo.

La implementación de equipos y nuevas tecnologías en los servicios de salud tiene como consecuencia la necesidad de capacitar y formar personal de Enfermería calificado para el manejo de ellas, así como el desarrollo de investigaciones sistemáticas en busca de un conocimiento específico

en el cuidado de Enfermería y la elaboración de modelos conceptuales para el desarrollo de la práctica en Enfermería apoyada en estas nuevas herramientas.

Integración de las tecnologías leves, leves-duras y duras

Las tecnologías en salud empleadas en el cuidado de los pacientes son los medios que permiten aplicar los conocimientos de cómo hacer las cosas con bases científicas, mediante un modelo conceptual y el método del cuidado es parte de la estructura disciplinar que se vincula con la teoría y la práctica de los cuidados de Enfermería, lo cual permite que la aplicación de las tecnologías se individualice con base en las necesidades, los estilos de vida, las creencias y los valores de las personas y su interacción continua con el entorno. En relación con el cuidado, las tecnologías representan nuevas formas para su abordaje, e incluyen las tecnologías leves, leves duras y duras.

En Latinoamérica se plantea la siguiente clasificación para comprender las tecnologías en salud:

- **Tecnologías leves:** se refiere a las que tienen relación del tipo de producción de vínculo, automatización y gestión como forma de organizar el proceso de trabajo.
- **Tecnologías leves-duras:** son los saberes bien estructurados que operan en el proceso del trabajo en salud, como los saberes medios de Enfermería.
- **Tecnologías duras:** son los equipos tecnológicos, como máquinas, normas y estructuras organizacionales.

En las leves se incluyen la interacción, el tacto y la escucha atenta; las leves duras consideran las interacciones; en las duras están los diferentes equipos, dando lugar a diferentes formas de cuidar.

La implementación de las tecnologías no ocurre de manera separada porque al otorgar atención de Enfermería se interactúa con el paciente, dependiendo del plan de cuidados, del entorno que lo rodea y de las habilidades que la enfermera desarrolla a partir de su formación y su ejercicio profesional.

Impulso de la Coordinación Técnica de Enfermería en la implementación de tecnología para el cuidado de los pacientes

Actualmente un reto que enfrenta el personal de Enfermería en el Instituto es la plena integración de la tecnología en su actividad asistencial, docente e investigadora para aumentar su impacto en el cuidado del paciente. La aplicación de la tecnología en la salud está en la agenda de la gestión asistencial y de la Enfermería, siendo un factor importante en la toma de decisiones relacionadas con la estructura, el proceso y los resultados para la puesta en marcha de innovaciones asistenciales. El desarrollo tecnológico va más allá de la toma de decisiones sobre un equipamiento o un programa. La adopción de la tecnología se redirecciona hacia áreas que necesitan un mayor grado de mejora que posicionen al IMSS como una de las mejores instituciones asistenciales.

La incorporación de los avances tecnológicos requiere la participación del personal directivo de Enfermería; la participación del personal de Enfermería debe estar marcada por la humanización de la tecnología, de modo que aumente la calidad del cuidado, ampliando el abanico de la práctica profesional en el marco de una visión interdisciplinaria y de integración clínica.

El personal de Enfermería está preparado para participar e incluso dirigir esos cambios clínicos, de modo que su liderazgo es esencial para alcanzar el éxito en este proceso de transformación.

Desde esta perspectiva, la tecnología en el IMSS, a través de la Coordinación Técnica de Enfermería, ha tenido una visión del cuidado, pensada en la capacidad del profesional de Enfermería que busca la innovación, transformando el quehacer rutinario en la implementación de estas tecnologías que coadyuvan en la mejora de los procesos de los diferentes servicios de salud.

Este desarrollo de la tecnología es aplicable en la mayoría de las áreas de la Enfermería, desde la atención, los cuidados, la educación y la investigación en salud hasta la administración de los servicios. La gestión del cuidado de Enfermería da respuesta al modelo enfocado en la mejora de



la calidad de la atención para ofrecer un servicio humanizado mediante el manejo eficiente de recursos tecnológicos, así como a los estándares de la profesión de Enfermería, cumpliendo así con el objetivo del Instituto.

La tecnología aplicada en el cuidado enfermero en el Instituto Mexicano del Seguro Social constituye el modelo de Enfermería en el que exista un punto de partida para el “hacer” al proporcionar cuidados, resolver situaciones y contribuir al bienestar de los pacientes y el mantenimiento de la vida. El compromiso del Instituto es buscar estrategias que otorguen un cuidado de Enfermería humanizado acompañado de la tecnología, sin perder los valores humanos del cuidado; las tecnologías aplicadas al cuidado de los pacientes ofrecen conocimiento y técnicas para la permanencia de la salud. La Enfermería como disciplina de las ciencias de la salud ha sido influida por la tecnología en sus diferentes áreas; sin embargo, el cuerpo humano sigue siendo el instrumento para la prestación de los cuidados de Enfermería.

En este sentido, la Coordinación Técnica de Enfermería ha realizado gestiones de forma conjunta con otras áreas normativas para el escalamiento tecnológico de dispositivos médicos en diferentes áreas de atención para la población derechohabiente; un ejemplo de esto es la identificación de necesidades del equipo médico, como los monitores portátiles útiles para la vigilancia y el registro preciso de signos vitales que detectan, procesan y despliegan en forma continua los parámetros fisiológicos, y sirven como apoyo para el personal de Enfermería en la detección de situaciones adversas o fuera de los límites deseados del estado hemodinámico del paciente. Otra de las gestiones trascendentales por su importancia, debido al acuerdo publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, es el que instruyó a las instituciones de seguridad social y de salud del sector privado para que brindaran atención a la salud con insumos libres de mercurio a más tardar hasta el 31 de diciembre de 2021. Esto incluye la petición de termómetros digitales, una tecnología aparentemente sencilla pero que implica mucha mejora de las actividades, ya que mide la temperatura del cuerpo humano y avisa cualquier anomalía que detecte, además de que se apega a la indicación del *Diario Oficial de la Federación*. Asimismo, formaliza los requerimientos para la adquisición de material de consumo, como los apósitos transparentes estériles, que son de utilidad para que la fijación de los accesos venosos periféricos sea cómoda y segura para el paciente, permitiendo al personal de Enfermería, en la medida de lo posible, hacer un seguimiento del sitio de punción y mantener una barrera de seguridad. También se acordó la gestión de gasas empaquetadas y estériles, que son de gran utilidad para los múltiples procesos que realiza el personal de Enfermería en su labor diaria.

Retomando el origen del cuidado de Enfermería a la par de la tecnología

Como se ha estado mencionando, la tecnología implementada en el campo de la salud se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y tecnológicos para resolver problemas que surgen en diferentes áreas en las que se otorga atención a los pacientes, con el fin de resolver diversas situaciones que influyen en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los pacientes.

Es importante dejar claro que el cuidado va de la mano con la tecnología, en la que se desarrollan habilidades, métodos, formas de hacer y la relación que existe entre saber y hacer, y que cualquier avance enfocado en el cuidado es percibido y valorado por los pacientes como un logro para mejorar sus condiciones de vida y de salud, con la consecuente experimentación de cambios favorables en el proceso salud-enfermedad. Por otro lado, es fundamental pensar en el desarrollo de tecnologías que remitan a las necesidades básicas de los pacientes, teniendo como marco principal el medio ambiente y buscando promover y restaurar la salud, a partir de la propuesta de Florence Nightingale de que para establecer la salud y la cura hay que ofrecerle al individuo las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.

Con frecuencia se conceptualiza el término de innovación tecnológica como la implementación de equipos con nuevas cualidades desarrolladas a base de experimentación infructuosa y que gene-

ralmente son propuestas para resolver problemas. No obstante, la innovación tecnológica en el campo de la salud es mucho más que eso, dado que comprende desde la identificación y la clasificación de la propia necesidad hasta el conocimiento del personal de Enfermería que operacionaliza las diferentes alternativas tecnológicas para resolver el problema, fortaleciendo ese cuerpo de conocimiento basado en las experiencias profesionales y humanas, dando lugar a los cuidados individualizados ante las necesidades identificadas.

Si bien muchas de las tecnologías requieren una gran inversión para su desarrollo y adquisición, es posible innovar con medidas que mejoren la atención sin que esto implique un aumento en los costos. Por ello se requieren acciones básicas y necesarias, como permitir que un recién nacido tenga ese contacto piel a piel en el momento de nacer o ayudar a que las personas hospitalizadas puedan tener un ciclo de luz-oscuridad.

No es sólo tener la tecnología más especializada disponible para la atención de los pacientes, sino priorizar los cuidados con base en el origen de los cuidados de Enfermería; de nada sirve tener los mejores dispositivos si no son utilizados de la mejor forma, con juicio crítico en aras de restaurar, prevenir o mantener el estado de salud de los pacientes; de nada sirve tener las mejores tecnologías si no hay profesionales de Enfermería capaces de identificar las necesidades humanas más básicas. Actualmente la Coordinación Técnica de Enfermería ha identificado que la innovación tecnológica tiene que ser paralela al retorno al origen, a lo que el profesional de Enfermería representa en esencia: profesionales que en todo momento respetan la individualidad del paciente, identifican sus prioridades y procuran las mejores condiciones de atención para las personas y las familias, para que esta inversión pueda tener un efecto y, principalmente, con la reducción de los daños derivados del uso exacerbado de innovaciones tecnológicas que pueden sustentar la vida, pero que no garantizan su calidad. Por tanto, a pesar de las frecuentes innovaciones en el campo de la salud basadas en evidencias científicas, en general resultan en importantes beneficios potenciales para las personas, por lo que se vuelve imprescindible superar las barreras que impiden su difusión y uso en la práctica clínica diaria para que su impacto alcance mayores dimensiones de la experiencia humana.

El personal de Enfermería es responsable de la aplicación de la tecnología en casi todas sus variantes, por lo que se le demanda una preparación competitiva, capacitación continua en el uso y aplicación de las más novedosas técnicas terapéuticas o de diagnóstico. Pero no sólo se requiere habilidad técnica, sino que se necesita emplear criterios éticos propios de la disciplina para considerar al paciente como ser humano, en el momento de implementar los cuidados y evitar centrarse sólo en la enfermedad (reduciendo lo humano a lo biológico), desempeñarse de forma automatizada sólo para realizar actividades y alejar al profesional de Enfermería de su visión holística y humanista del cuidado, al no tomar en cuenta las necesidades reales o potenciales del paciente.

CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL

Ana Belém López Morales, Luis Alberto Pérez Camargo, Guadalupe Estrada Zarazúa

Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1942, con la presentación de la iniciativa de ley para la promulgación del Instituto, el cual inició operaciones de atención a la salud en 1943 con apenas 207 empleados, con el transcurso de los años el recurso humano se ha configurado como la principal y mayor fortaleza de la institución. Actualmente laboran más de 420,000 personas en el desempeño de actividades tan diversas como opciones de servicios tiene el Instituto, los cuales son otorgados a más de 120 millones de personas aseguradas y beneficiarias a lo largo y ancho de la geografía nacional.³⁶

De la fortaleza que representa el recurso humano con que el Instituto ha contado en su historia, destaca el personal de Enfermería, que es el pilar angular de la salud de los pacientes y sus familias (figura III-5).





Figura III-5. Sanatorio N°1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tomado de <https://relatosehistorias.mx/nuestras-historias/el-surgimiento-del-imss>.

La cada vez mayor exigencia social por contar con una atención de calidad con eficiencia ha propiciado que la Enfermería haya evolucionado, pasando de acciones y conocimientos empíricos y limitados en los primeros años a la adopción de sistemas de capacitación, educación y asistencia cada vez más complejos y eficientes, logrando la profesionalización de ella, en donde toda actividad que realiza el personal de Enfermería se sustenta en conocimientos obtenidos con metodología científica. Para darle sentido a la gestión del cuidado de Enfermería se cuenta con una serie de instrumentos basados en la evidencia que sirven de apoyo para la toma de decisiones, entre las que están las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención Integral, instrumentos diferentes pero complementarios que se basan en conocimientos científicos y dan la pauta para adoptar las mejores prácticas clínicas en beneficio de la salud de la población.

La evolución histórica de la Enfermería en pro del avance disciplinario ha conllevado al desarrollo científico de la profesión, condición que ha dado como resultado la producción de conocimiento basado en la evidencia científica y su aplicabilidad a nivel práctico.³⁷

El desarrollo de la Enfermería basada en la evidencia (EBE) representa un avance en la evolución de la profesión, viéndose favorecida desde 1970 por la existencia de diversas iniciativas dirigidas a promover la utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica.

Es imprescindible destacar que la EBE considera al método científico como la mejor herramienta para conocer la realidad actualizada del conocimiento en el contexto del momento histórico, expresándolo de forma inteligible y sintética, y reconociendo que la investigación científica es la actividad capaz de generar conocimientos válidos y relevantes para el desempeño profesional. Por tanto, se pone de manifiesto la trascendencia en la que se basa la actividad profesional con la mejor evidencia científica para aumentar la esfera del saber, lo cual garantiza el desarrollo de la profesión de Enfermería.³⁸

De manera paralela al avance profesional del gremio de Enfermería, la EBE ha evolucionado, así como se ha actualizado su conceptualización; en 2000 Ingerson la definió como “la utilización cons-

ciente, explícita y juiciosa (crítica) de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se le da a individuos o grupos de pacientes en consideración a las necesidades y preferencias individuales”.³⁹

Dos años más tarde, en el marco de la primera reunión sobre EBE, celebrada en 2002 en Granada, España, se adoptó la siguiente definición: “La Enfermería basada en la evidencia es el uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visibles las perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”, planteándola como el interés de los profesionales de Enfermería por conocer el grado de certeza o incertidumbre en que se basan los cuidados que prestan a su población y en la medida en que las nuevas investigaciones de calidad pueden incrementar la evidencia en la práctica clínica enfermera.⁴⁰

En la actualidad se define como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones⁴¹ en busca de respuestas válidas para realizar una aproximación a la verdad, con aplicabilidad clínica.⁴²

La EBE es una metodología que acoge la mejor evidencia científica actualizada sobre cualquier problema o fenómeno de Enfermería, la cual suma al análisis y el estudio crítico de la literatura científica, dando valor a la experiencia y a la certidumbre de la información sobre el cuidado; tiene la capacidad de generar recomendaciones sustentadas⁴³ y permite sacar conclusiones rigurosas para su implementación en intervenciones de Enfermería.

En este sentido, la mejor búsqueda es la que genera evidencia científica bajo rigor metodológico acerca de la efectividad y la seguridad de las intervenciones enfermeras, la precisión de las técnicas de valoración, el poder de los marcadores pronósticos, la fuerza de una relación causal, el costo-efectividad de las intervenciones y el significado de la enfermedad o de las experiencias vividas o anticipadas por la persona receptora del cuidado.

Bajo este paradigma, la práctica de Enfermería exige jerarquizar las evidencias para guiar la toma de decisiones en los diversos ámbitos de acción inherentes a la profesión. Cabe destacar que un elemento clave de la toma de decisiones es personalizar dicha evidencia para ajustarla a las circunstancias específicas de cada persona.⁴⁴

Es pertinente reiterar que al implementar la EBE en la práctica profesional se deben considerar los límites y los alcances de su aplicabilidad y facilitar la creación de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención Integral, lo que permite mejorar la gestión del cuidado y estimular el pensamiento crítico y las competencias. El sustento de las intervenciones en evidencia científica no sólo se refleja en mejores acciones clínicas, sino que favorece la redimensión de las prioridades, reinvierte la evaluación clínica de los usuarios, estimula la participación de la persona en la toma de decisiones y valora la experiencia del profesional, hechos que son esenciales para determinar las necesidades, los diagnósticos y las conductas del cuidado, debidamente pautadas; facilita la evaluación de la calidad de los cuidados de Enfermería y la flexibilidad en la gestión administrativa,⁴⁵ todo ello derivado del conocimiento.

Las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) dan respuesta a estas interrogantes y son un recurso para estandarizar la práctica de la Enfermería, además de facilitar la toma de decisiones, garantizando una atención segura y de calidad, toda vez que propicia una práctica reflexiva y crítica en la que se descartan las rutinas, las opiniones sin fundamentos y la intervención basada en intuición.⁴⁶ Las GPCE son un conjunto de recomendaciones que especifican las acciones a desarrollarse de forma sistemática para ayudar al personal de Enfermería en la toma de decisiones acerca del cuidado eficaz de determinadas enfermedades o condiciones de salud en la población, las cuales de-





Figura III-6. A. Portada de la Guía de Práctica Clínica. B. Portada de la Guía de Práctica Clínica Sectorial.

ben ser elaboradas incorporando los aspectos técnicos de la atención clínica con los relacionados con el proceso de Enfermería (figura III-6).

Las GPCE surgieron en respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de los servicios asistenciales; sin embargo, su impacto va mucho más allá, considerando su influencia en los ámbitos de competencia de la práctica enfermera, lo cual ha permitido desarrollar el conocimiento en materia de investigación, docencia, gestión y asistencial. Se utilizan con el fin de disminuir la variabilidad del cuidado otorgado en la práctica diaria, y constituyen un instrumento importante en la implementación de estrategias de educación continua para mejorar la práctica clínica y la atención a la salud en cada uno de sus niveles;⁴⁷ además, se constituyen como una excelente estrategia para que la investigación apoye la práctica asistencial y se potencien mutuamente, y facilitan el desarrollo de una práctica enfermera efectiva y eficiente al estar basadas en estudios rigurosos.

La implementación de las acciones de Enfermería en torno a las recomendaciones plasmadas en las GPCE y los Protocolos de Atención Integral (PAI) refuerza la seguridad en los cuidados otorgados y potencia la autonomía profesional, mejorando la comunicación entre los profesionales de Enfermería y los de otras disciplinas, así como con los usuarios de los servicios de salud. Apoya la formación continua de los profesionales, como la mejor herramienta para conocer la realidad, capaz de generar conocimiento válido y relevante para la práctica profesional.

Desde el punto de vista docente, es un recurso didáctico en todo el proceso de aprendizaje de los nuevos profesionales sanitarios.

Los antecedentes en el desarrollo de protocolos clínicos o de atención y GPCE en el IMSS se remontan a 2005, cuando el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” publicó el libro *Protocolos de atención de Enfermería para el cuidado del paciente oncológico*; un año más tarde un grupo de profesionales de Enfermería del IMSS publicó una obra con la que se dio a conocer el fruto de su experiencia durante el diplomado de Atención Integral de Enfermería al Adulto



Figura III-7. Grupos de trabajo para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.

Mayor, en el cual se desarrollaron protocolos de intervención de Enfermería para el cuidado de las personas de edad avanzada (figura III-7).⁴⁸

En 2008 el IMSS integró grupos de trabajo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica, formados por personal de los tres niveles de atención y con perfiles heterogéneos en cuanto a su ámbito de acción profesional; para el desarrollo de los trabajos se tomó como base metodológica la propuesta por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; es importante mencionar que estos grupos desarrolladores fueron capacitados a través de talleres diseñados para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. Finalmente, en 2012 se publicó la primera Guía de Práctica Clínica en la *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, así como un artículo que refiere la importancia de estas guías.⁴⁹

En 2013 se integró el Manual metodológico para la integración de guías de práctica clínica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de establecer una estructura metodológica para el desarrollo de GPCE que permita estandarizar las intervenciones y los cuidados de Enfermería en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.⁵⁰

Hasta este momento las GPCE desarrolladas con enfoque intervencionista se encuentran disponibles en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica y en el portal del IMSS.

Para la implementación de una GPCE se requiere un diagnóstico situacional que permita identificar las barreras que causan resistencia, así como el reconocimiento de los factores facilitadores que favorezcan la implementación y el uso de la GPCE. La difusión es la primera fase de la implementación, la cual se define como el acto de llevar las GPCE a las áreas de atención y hacerlas disponibles en el contexto de la práctica clínica. Esta fase incluye estrategias educativas para que el personal de Enfermería conozca el contenido de las guías y considere las recomendaciones en sus decisiones clínicas. La segunda fase de una implementación requiere un plan de capacitación dirigido a líderes o responsables de la implementación y profesionales de la operación (figura III-8).



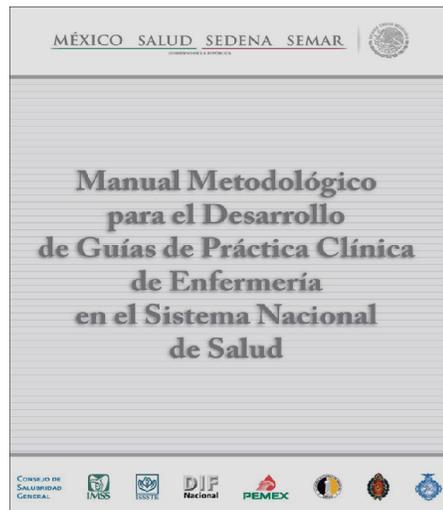


Figura III-8. Portada del *Manual metodológico para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud.*

Desde el inicio de la instrumentación del plan de implementación de las GPCE se deben definir los métodos de monitoreo, los roles, los miembros responsables y los tiempos en los que se deben desarrollar las actividades. En la evaluación se mide el progreso tanto de la difusión como de la implementación de las GPCE que están disponibles. La evaluación se debe realizar a través de instrumentos para determinar la concordancia entre la toma de decisiones clínicas expresadas en los registros clínicos de Enfermería y las recomendaciones emitidas en las GPCE.⁵⁰ En lo que respecta a la implementación de las GPCE, de 2013 a 2018 se capacitó al personal directivo y operativo del área de Enfermería de los tres niveles de atención; el propósito de las estrategias de implementación propuestas era impactar en el conocimiento científico, en el comportamiento del personal de salud y en su actuación profesional, y sobre todo en la mejora de la calidad de los cuidados otorgados.

Orgullosamente, el IMSS es la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica, y en México y América Latina es un referente en el ámbito de la investigación y de la elaboración de GPC; de la misma manera, Enfermería ha realizado 57 GPCE, de las cuales las realizadas por profesionales de Enfermería del IMSS destacan no sólo por ser las de mayor cantidad, sino por su gran calidad. Las guías realizadas por y para profesionales de Enfermería constituyen 10% de todas las publicadas; cabe mencionar que además se ha participado activamente en la elaboración de guías con una perspectiva multidisciplinaria, imprimiéndoles el sello particular construido a partir de la perspectiva profesional independiente (figura III-9).

La prioridad actual en México en cuanto a los servicios de salud es transformar la vida pública, presentando propuestas a través del Plan Nacional de Desarrollo 2019- 2024, destacando la importancia de consolidar un Sistema Nacional de Salud no fragmentado e implementar un modelo de atención primaria integral que contribuya a sistematizar y estandarizar los procesos de atención en salud de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica disponible y con la participación de profesionales de la salud, gestores y administradores para la correcta y oportuna toma de decisiones clínicas en torno al paciente.

Bajo este enfoque, el IMSS, a través del Programa IMSS: Bienestar para toda la vida y del Plan Estratégico de la Dirección de Prestaciones Médicas, ha considerado como uno de sus proyectos



Figura III-9. Capacitación del personal de Enfermería en Guías de Práctica Clínica de Enfermería.

estratégicos el desarrollo de PAI respecto a temas prioritarios en salud que representan la principal carga de enfermedad en la institución, al poner a disposición de todo el equipo de salud un conjunto de documentos en los que de forma clara se incorporen acciones específicas relativas al pro-



Figura III-10. Grupos de trabajo de Enfermería.

ceso de atención ante escenarios clínicos concretos, con el objetivo de reducir la variabilidad de la práctica clínica y garantizar una atención médica integral, con calidad, equidad y eficiencia.⁵⁰

Los PAI se definen como “instrumentos técnicos-médicos de apoyo y orientación, que incorporarán acciones específicas ante escenarios clínicos concretos, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, con secuencia lógica en el tiempo, así como la descripción de la responsabilidad de cada equipo o grupo de trabajo, detallando con precisión la conducta a seguir en cada momento, con el propósito de optimizar las actividades del personal que otorga los servicios entre los distintos niveles de atención para garantizar una atención médica integral”. Su propósito principal es contribuir a la estandarización de buenas prácticas en los tres niveles de atención, con un enfoque preventivo que favorezca el retraso de la aparición de enfermedades crónicas o bien limite el daño de manera oportuna.

Su metodología de elaboración radica en cinco fases: preparación, desarrollo, prueba piloto, implementación y evaluación, en las que el personal de Enfermería está inmerso, dando representación y relevancia a la práctica clínica, docente, asistencial y de gerencia.

De manera inicial, el primer PAI realizado en el Instituto fue el de diabetes mellitus, y cubrió las necesidades de la población mexicana; luego se sumó el PAI de hipertensión arterial sistémica, y de forma extraordinaria se tuvo que cubrir la prioridad que en este momento de la historia se presentó: el COVID-19, que de forma súbita, con pocas información y evidencia científica plenamente estudiada, se tuvo que representar por motivos epidemiológicos mundiales, y que evidentemente dejaban ver la trascendencia de conocer la manera ideal de la atención a quien presentara ese padecimiento. Por último, el PAI que se sumó fue el de VIH, que mostró una pandemia silenciosa que fue incrementándose poco a poco, y que junto a la hipertensión y la diabetes son de las enfermedades crónicas de mayor incidencia en el país (figura III-11).

La Enfermería es una pieza angular en los procesos de atención a la población derechohabiente del IMSS, siempre a la vanguardia y teniendo perspectivas fundamentales para facilitar el desarrollo



Figura III-11. Capacitación a grupos de trabajo.

y la implementación de nuevas metodologías. La base principal es el Proceso de Atención de Enfermería, que ha evolucionado día con día desde su origen, introduciendo en él los avances científicos, como la EBE a través de las GPC, que si bien sólo permiten reafirmar que la “ciencia del cuidado” es responsable de brindar una atención de calidad y eficiente, también dan la pauta para distinguir el quehacer en una prioridad.

Como se sabe, con el surgimiento de las epidemias en los últimos años el ser humano se ha visto obligado a modificar sus expectativas y prioridades de vida, entre las cuales los cuidados preventivos han adquirido gran relevancia; en este contexto, y pese a las vicisitudes que se generan en momentos de crisis, la Enfermería ha reivindicado su amplio reconocimiento profesional y social, adquiriendo un papel preponderante en el terreno asistencial, así como la responsabilidad de proponer e implementar estrategias que se necesitan para favorecer el mejor estado de salud posible tanto en el individuo como en la comunidad, incidiendo en las acciones sistematizadas de promoción de la salud, de prevención, diagnósticas y terapéuticas en los tres niveles de atención, las cuales son plasmadas en los PAI.

Con todo ello, las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención Integral son herramientas que no sólo involucran al personal de Enfermería en su metodología de elaboración, en la búsqueda y en la propuesta de intervenciones innovadoras, sino en su implementación, en la que se vislumbra la interacción directa con los pares profesionales de todas las áreas del equipo transdisciplinario, al intervenir para otorgar cuidados específicos y fundamentados en evidencia científica desde el periodo prepatogénico, durante el proceso agudo de la enfermedad y en las etapas posteriores independientemente de que sea por recuperación de la salud, hasta llegar a un estado de cronicidad o incluso procurando una muerte digna. La labor no sólo se centra en el usuario que sufre la alteración a su salud, sino que se extiende a sus cuidadores primarios y familiares, con la finalidad de contribuir positivamente de manera directa e indirecta a la salud global de la población.

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA, DEFINICIÓN DE PLANTILLAS Y EQUIPAMIENTO DE UNIDADES MÉDICAS

Miriam Pérez Peralta, María del Rosario Jaime Rodríguez, Margarita Álvarez García

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creado para garantizar el acceso integral de los trabajadores al desarrollo y con el objetivo principal de “garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”,⁵¹ ejerce un servicio público de carácter nacional, el cual brinda servicios de salud a la población derechohabiente en constante crecimiento y con una diversidad de necesidades de atención médica.

La planeación de la infraestructura médica es dinámica y obedece a un grupo de variables clínicas: epidemiológicas, demográficas y de morbimortalidad; y sociales: desarrollo poblacional, fuentes y medios de empleo, zona de influencia, acceso y vías de comunicación.

En este sentido, ha sido necesario desarrollar modelos médicos arquitectónicos, guías de equipamiento y definición de plantillas que permitan otorgar estas atenciones en salud demandada por la población derechohabiente.

Para el logro de los objetivos de brindar una mayor y mejor atención médica el IMSS instauró el proceso de planeación de infraestructura médica para el desarrollo y la modernización de infraestructura, equipamiento, servicios médicos y definición de plantillas, acatando de manera estricta las políticas y los criterios técnicos-médicos establecidos por el IMSS.

El personal de Enfermería aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, la investigación de su



práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de Enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial, y las funciones adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.⁵¹

Entre las competencias, el personal de Enfermería no sólo participa de forma activa en el área asistencial, sino que su experiencia laboral ha generado que desarrolle habilidades técnico-administrativas y que de forma creciente participe en la planeación de unidades médicas, la proyección, la ejecución y el seguimiento de equipamiento médico y la asignación de recursos humanos asociados a obra, de sustitución o de programas especiales en los tres niveles de atención médica.

Antecedentes en Enfermería

La Enfermería ha sido denominada la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal, ha superado numerosas etapas y ha formado parte de diferentes movimientos sociales. La Enfermería se ha caracterizado por grandes transformaciones en la práctica profesional y las áreas asistencial, docente, de investigación y gerencial. Estos cambios han sido fruto de la interconexión de numerosos factores, que van desde el cuidado de forma biológica hasta otros de mucho mayor alcance: cuidado de ancianos, personas desvalidas o débiles y tendencia de toda ocupación con aspiraciones de profesionalidad y de autonomía, por lo que se convirtió en un componente vital como concepto global. La práctica de Enfermería se ha visto forzada a realizar ajustes en el contexto social más amplio; a medida que han aumentado los conocimientos se han generado variaciones en las actitudes y los valores, por lo que ha tenido un crecimiento horizontal y vertical.

“La profesión de Enfermería, que ha ido evolucionando a través de los tiempos, todavía no ha alcanzado su plena madurez. Continúa creciendo y desarrollándose a fin de incluir esferas más amplias del servicio y la práctica profesional y así aumentar sus responsabilidades”.⁵¹

En Enfermería se han producido cambios trascendentes a lo largo del tiempo. El surgimiento de nuevas enfermedades, fármacos, nuevas técnicas, actualización en procedimientos y tecnologías ha acrecentado la responsabilidad de las enfermeras, así como ha obligado a modificar radicalmente los cuidados de Enfermería.

De la misma manera, ha incentivado la innovación en su actuar, generando nuevos conocimientos, desarrollo de tareas y funciones en otras áreas, como la investigación, la docencia y su inclusión en la toma de decisiones técnico-administrativas.

Hospitales

El desarrollo y la construcción de los primeros hospitales se ligaron estrechamente a la caridad. En consecuencia, se inició la existencia de casas para personas enfermas, forasteros, personas pobres y ancianos. Las habitaciones en las casas para la hospitalidad y el cuidado de los pacientes se llamaban *diakonia*. Este nombre denota la estrecha asociación entre el cuidado de los pacientes pobres en hogares privados y las actividades del diaconado. El término *diáconos* se convirtió luego en sinónimo de director de hospital o de Enfermería.

Con el crecimiento de las necesidades se expandieron los servicios sociales; las *diakonias* resultaban insuficientes, por lo que hubo que añadir nuevas habitaciones, alas y edificios. “Por lo general, parecía más económico reunir a todo tipo de desvalidos en una misma institución, conocida como *xenodocheion*, que fue predecesora del hospital moderno y de la mayoría de demás instituciones caritativas.”

Existe controversia en torno a la fecha de aparición del primer *xenodocheion*. Se dice que se construyó uno en Constantinopla bajo el reinado de Constantino, pero también que los erigidos en la época de Juliano “El Apostata” fueron los primeros. Lo cierto es que el más famoso que ellos fue el fundado por Basilio “El Grande” en Cesárea (370 d. C.), al que a menudo se designa como “Basilias”.

El más grande e importante de los numerosos hospitales fue fundado en 1575 en la ciudad portuaria de la Valetta, Malta. En sus primeros tiempos este hospital fue un modelo para toda Europa, en él se albergaron algo menos de 1,000 pacientes. Tenía una estructura arquitectónica organizativa bien definida, la cual proporcionaba jefes de departamento, Enfermería, distribución de alimentos, etcétera.

En general, los hospitales se edificaban para cuidar a las personas enfermas pobres. Las salas eran muy espaciosas y la intimidad solía obtenerse mediante el uso de cubículos. Las estructuras eran por lo general de gran belleza; la forma arquitectónica era similar a la de una iglesia de la época. Las prácticas de administración e higiene variaban de un hospital a otro; por lo general habían sido construidos en lugares cuidadosamente escogidos.⁵²

En el México prehispánico la práctica nosocomial en los aztecas no fue desconocida; sus emperadores no olvidaron abrir asilos a los infelices agobiados por padecimientos.

Los aztecas tuvieron algo semejante a hospitales, que eran sostenidos con el sobrante de las cosechas del diezmo destinado para el culto de los dioses.

En Tenochtitlán hubo hospitales para las personas viejas y enfermas; Moctezuma II tenía en el palacio imperial una casa para las enfermedades incurables y extraordinarias; anexo al templo mayor había un hospicio y junto a él un edificio llamado Netlatiloyan, consagrado al dios Nanáhuatl, en el que eran acogidos los leprosos.

En su vasto imperio Moctezuma II estableció en la ciudad de Colhuacán un hospital de inválidos sostenido por él y por el Estado para los servidores militares y civiles del imperio que habían servido a la corona y que por su edad, heridas o enfermedad necesitaran asistencia social.

Hospitales novohispanos

Los hospitales en América surgieron con características semejantes a las de los nosocomios europeos de la Edad Media y al mismo tiempo con rasgos de las ideas más avanzadas de su época. El 29 de diciembre de 1503 se inauguró en Santo Domingo “La Puerta de América”, el Hospital de San Nicolás de Bari, primer nosocomio americano, fundado por el gobernador fraile Nicolás de Ovando de la orden militar de Alcántara, restaurado en 1519 y reeducado en 1552, el cual llegó a tener capacidad para 50 pacientes. En 1541 obtuvo la ilación con el archihospital romano de Santo Spirito.

Respecto a la Nueva España, las instituciones hospitalarias fueron fruto de una idea de la vida frente a una serie de necesidades. Al ocurrir el descubrimiento, la conquista y poco después la colonización de América empezaron a presentarse circunstancias muy semejantes, ante un pueblo, el español, que había conservado un profundo sentido cristiano de la vida.

Cuando se realizó la conquista de la gran Tenochtitlán empezó a surgir en la mente de los conquistadores la idea de hacer de ella una ciudad de tipo español, principalmente por sus instituciones. Cuando Bernal Díaz habló del modo “justo y bueno” en el que debió repartirse la Nueva España, señaló: “una quinta parte para el rey, tres para Cortés y los conquistadores, y la quinta restante para que fuese la renta de ellas para iglesias y hospitales y monasterios”, y mercedes que el rey quisiese conceder. El mismo Cortés, preocupado porque la ciudad de México cobrase un nuevo esplendor, se esforzó para que los indios regresaran a poblarla como antes y los exceptuó del pago de tributos al rey, “hasta que tengan hechas sus casas, arregladas las calzadas, puentes, acueductos...” y “en la población de los españoles tuviesen hechas iglesias y hospitales, y atarazanas y otras cosas que convenían”. Así, fundó los primeros hospitales: el de la Inmaculada Concepción y el de San Lázaro. De aquel de la Concepción, actualmente de Jesús Nazareno, ya se hablaba en 1524, y fue básicamente un sanatorio para personas pobres.

Características de los hospitales

La enseñanza de la medicina en la Real y Pontificia Universidad de México fue puramente verbalista en latín del siglo XII, excepto la cátedra de anatomía, que se podía discutir en lengua romance; no



se tenía contacto con los enfermos y no se disecaba el cadáver durante el aprendizaje de la anatomía hasta 1546. Los profesores de medicina tenían los sueldos más bajos del claustro y la facultad contaba con pocos alumnos, cuyo número se redujo cuando se creó la división entre las carreras de médico y cirujano al establecerse en 1768, por real decreto de Carlos III, la Escuela Real de Cirugía. Los médicos de entonces se negaban a practicar la cirugía por ser “arte inferior” y la obstetricia por ser “arte denigrante”. México prácticamente ingresó en la modernidad con la ley del 25 de junio de 1856, que ordenó la desamortización de los bienes inmuebles de las instituciones religiosas.

El concepto de que la salud de todos es responsabilidad del Estado comenzó a gestarse con la generación liberal que impulsó la Reforma y cobró plenitud después de la Revolución Mexicana, cuando el país empezó a organizar instituciones sólidas, con el propósito de abarcar al país completo y extender los servicios ofrecidos a toda la población. La medicina comenzó a tener importantes avances a partir de la creación de hospitales entre los siglos XVI y XVII, aunque sus funciones eran diferentes de las actuales.

El 19 de noviembre de 1844 se instalaron tres hospitales con 25 camas cada uno en el convento de Porta Coeli (hoy Regina) a cargo del Dr. Leopoldo Río de la Loza, otro en la Profesa (Madero) a cargo de los doctores Joaquín Villa y Joaquín Navarro y el tercero en el convento de Santo Domingo (Plaza de Santo Domingo) a cargo de los doctores Francisco Ortega, G. Corona y Torres Guapillo. El 16 de agosto de 1847 se libró la orden que pone a disposición del Excelentísimo Ayuntamiento el local del Colegio de San Pablo para ser destinado a hospital.⁵³

Situación actual

El Programa Sectorial de Salud se deriva del Plan Nacional de Desarrollo, que establece los objetivos, las estrategias y las acciones a los que se deberán apegar las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud (figura III-11). El Plan de Desarrollo de Infraestructura debe partir de un eje rector único, que es “El rescate del Sector Público de Salud”, lo cual no sólo contempla la construcción de nuevas obras, sino que implica, entre otras cosas, el mantenimiento y la ampliación de la infraestructura actual, la renovación del equipamiento y el incremento de las plazas de trabajo (figura III-12).⁵⁴

Por lo anterior, y en seguimiento al artículo 34 fracción I de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, así como al artículo 44 del Reglamento de la Ley, en el cual se establece que las dependencias y las entidades de la Administración Pública Federal deberán contar con un mecanismo de planeación de los programas y proyectos de inversión⁵⁵ en proceso de realización, así como los que se consideren susceptibles de realizar en años futuros y se establezcan las necesidades de inversión a corto, mediano y largo plazos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, debido a la necesidad de involucrar al área médica en los procesos de planeación, desarrollo y supervisión de los programas médicos arquitectónicos para la adecuada operación de los modelos de atención, mediante su desarrollo y modernización, así como la definición de plantillas de personal, creó la División de Infraestructura Médica en coordinación con los órganos normativos correspondientes a través de la definición de estrategias y criterios técnico-médicos con el propósito de contribuir a la mejora de los procesos en la atención médica integral que demanda la población derechohabiente.

No obstante, las condiciones, las limitaciones y las circunstancias con las que se labora en el Instituto lo obligan a evolucionar y actualizarse continuamente, con el propósito de seguir ofreciendo los servicios que demanda la población derechohabiente en constante incremento; se requieren grandes inversiones para intentar llegar al valor recomendado, mediante la edificación de más hospitales y Unidades de Medicina Familiar, además de la ampliación, remodelación y modernización de los ya existentes, con el objeto de mejorar su funcionalidad, capacidad resolutoria e imagen, en congruencia con las políticas señaladas por el Instituto.

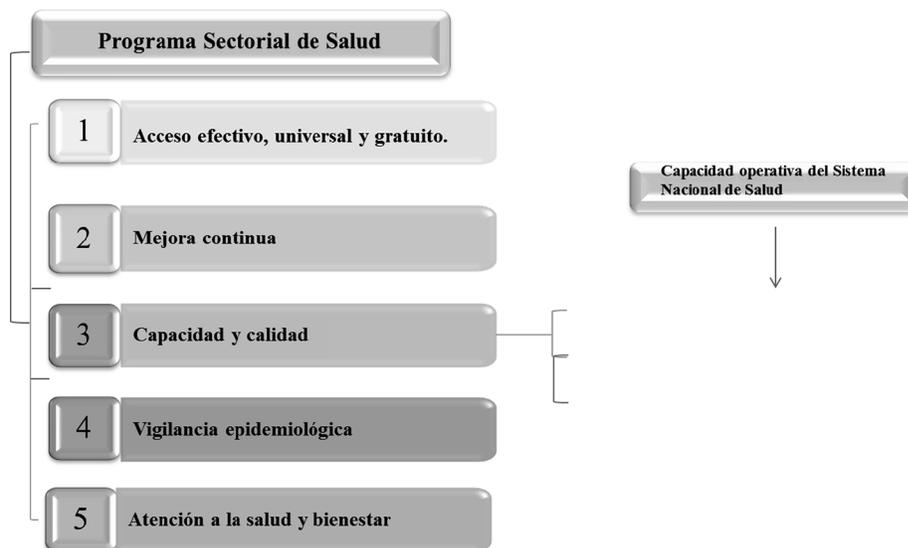


Figura III-12. Estructura de los objetivos y las estrategias prioritarias del Programa Sectorial de Salud 2020-2024 Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo-Coordinación Técnica de Infraestructura Médica-División de Evaluación de Equipamiento. Elaborado por los autores. Coordinación Técnica de Infraestructura Médica-División de Evaluación de Equipamiento PNS 2022-2024.

Para el logro de los objetivos trazados por el IMSS de brindar una mayor y mejor atención médica, la Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo, a través de su Coordinación Técnica de Infraestructura Médica (CTIM) y la División de Evaluación de Equipamiento, en común acuerdo con las diferentes áreas administrativas y médicas, interviene de manera directa en los diferentes procesos: planeación, desarrollo de los programas médicos, equipamiento y definiciones de plantillas, acatando de manera estricta los criterios técnico-médicos establecidos por el IMSS.⁵⁶

Planeación de infraestructura

La Coordinación Técnica de Infraestructura Médica es una unidad médica administrativa interdependiente con otras áreas de gestión administrativa, entre las cuales existe una interresponsabilidad para la construcción de las acciones de obras médicas, por lo que es de suma importancia el intercambio de la información homologada.

Con paso firme y determinación, la constante participación del personal de Enfermería en la CTIM ha jugado un papel importante en la toma de decisiones de los diferentes procesos sustantivos que se llevan a cabo en los tres niveles de atención.

Infraestructura

La participación de Enfermería involucra la planeación de infraestructura médica a nivel nacional, priorizando la inversión con una visión integral para garantizar en cada proyecto el cumplimiento de los requerimientos del área médica, lo que permitirá otorgar mayor atención a la salud y satisfacer las necesidades de los pacientes.

- Identificar las necesidades de infraestructura médica a nivel nacional mediante un método de planeación contemplando las condiciones de oferta y demanda, y los riesgos de salud.
- Realizar análisis de la capacidad instalada del IMSS contra la población usuaria, a fin de identificar las necesidades de camas censables y los consultorios de Medicina Familiar.

- Mantener comunicación entre las áreas involucradas en el proceso de desarrollo y proyecto de infraestructura médica, a fin de que las obras se realicen con base en las necesidades de operación médica, garantizando su funcionalidad que equivale a beneficios para la población derechohabiente.
- Supervisar el proceso en forma integral durante todas las etapas de la obra, con la finalidad de garantizar la funcionalidad, la operatividad de las áreas médicas, el cumplimiento de los criterios técnicos y de las normas establecidas, y optimizar el uso de los recursos otorgados para la puesta en operación.
- Asesoramiento continuo al personal que participa en la elaboración de las Cédulas de Evaluación de Proyectos de Inversión Física Médica.

Equipamiento médico

En la División de Evaluación de Equipamiento se realiza una reingeniería al proceso de adquisición del equipo, a fin de garantizar la calidad y la oportunidad para el desarrollo de las actividades diarias y brindar ese beneficio a los pacientes. Se debe planear la entrega del equipo conforme el avance de la obra, a fin de evitar gastos adicionales al realizar la instalación del equipo.

- Desarrollar estrategias para la integración de los requerimientos de las unidades médicas en los tres niveles de atención en los procesos licitatorios de equipo médico, cocina y comedor, instrumental médico, camas y camillas hospitalarias.
- Coadyuvar en el plan de modernización de equipamiento médico, gestionar y dar seguimiento a su desarrollo.
- Analizar en conjunto con las áreas involucradas la inclusión de avances tecnológicos en equipo médico, de cocina y de comedor, instrumental médico, camas y camillas hospitalarias nuevas o de reemplazo, congruentes con las necesidades de atención médica.
- Diseñar programas de inversión en equipo médico, de cocina y de comedor, instrumental médico, camas y camillas hospitalarias para las unidades médicas de los tres niveles de atención.
- Diseñar cédulas de descripción de artículo estándar de equipamiento médico, de cocina y comedor, instrumental médico, camas y camillas hospitalarias, en correspondencia con las necesidades operativas.
- Definir y aplicar en relación con las necesidades operativas, los modelos de equipamiento médico, de cocina y de comedor, instrumental médico y mobiliario médico en los servicios de atención médica de los tres niveles de atención, incorporando las innovaciones tecnológicas pertinentes.
- Asesorar a las áreas técnicas de las jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas y de las Unidades Médicas de Alta Especialidad en los procesos de adquisición, recepción y seguimiento de contratos de equipo médico, de cocina y de comedor, instrumental médico, camas y camillas hospitalarias.
- Analizar las solicitudes de sustitución de bienes del sistema de proforma requisición electrónica para mejorar la asignación y la distribución del equipo médico, de cocina y de comedor, instrumental médico, camas y camillas hospitalarias en el nivel central, para su validación por parte de la Coordinación Técnica de Infraestructura Médica.
- Elaborar programas de inversión en equipo médico, de cocina y de comedor, instrumental médico, camas y camillas hospitalarias en el nivel central para su integración en la cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en colaboración con las áreas requerentes del Instituto.

Personal

Efectuar la planeación y la definición de plantillas de personal en las unidades médicas de los tres niveles de atención para las acciones de obras nuevas, sustitución, ampliación, remodelación, do-

nación de inmuebles y ampliación asociada a la incorporación o sustitución de equipo médico con base en los lineamientos institucionales vigentes y en armonía con los requerimientos de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables, con la finalidad de otorgar el personal necesario para operar las unidades de salud correspondientes.

- Determinar la plantilla de personal acorde a la entrega de la obra y la puesta en operación de las unidades nuevas, sustituciones, ampliaciones y remodelaciones.
- Supervisar el proceso en forma integral durante todas las etapas de la obra con la finalidad de garantizar la funcionalidad, la operatividad de las áreas médicas y el cumplimiento de los criterios técnicos y de las normas establecidas, optimizando el uso de los recursos otorgados para la puesta en operación.
- Administrar en forma óptima las plazas de Enfermería autorizadas para mantener una fuerza de trabajo equilibrada y garantizar la atención de los pacientes.
- Mantener actualizado el cuadro de distribución de Enfermería de acuerdo con los servicios, los programas y los recursos físicos vigentes.
- Diseñar un tablero de control que permita monitorear el avance de la obra para alinearla a la adquisición del equipo médico y a la asignación del personal.
- Analizar la funcionalidad de los indicadores de dotación de recursos humanos aplicables a las unidades médicas, considerando la participación de las normativas correspondientes para su actualización.
- Actualizar los indicadores que se encuentran integrados en el “Procedimiento para la planeación y la definición de plantillas de personal para unidades médicas sujetas a acción de obra”.

Los análisis que se realizan en la Coordinación de Planeación de Servicios Médicos de Apoyo, específicamente en la CTIM y la División de Evaluación de Equipamiento, reflejan las necesidades reales en la operación, por lo que siempre se deben tener la visión y el conocimiento científico y actualizado de los modelos de atención, la epidemiología, la demografía, la morbimortalidad, el desarrollo poblacional, las fuentes y los medios de empleo, la zona de influencia, el acceso y las vías de comunicación, la vida útil de las unidades y la modernización del equipamiento, para así poder facilitar la adquisición objetiva de las necesidades de las áreas requirentes.

CONCLUSIONES

El personal de Enfermería es responsable de la aplicación de la tecnología en casi todas sus variantes, por lo que se demanda la preparación competitiva, la capacitación continua en el uso y la aplicación de las más novedosas técnicas terapéuticas o de diagnóstico. Pero no sólo se requiere habilidad técnica, sino el empleo de criterios éticos propios de la disciplina para considerar al paciente como ser humano en el momento de implementar los cuidados y evitar centrarse sólo en la enfermedad (reduciendo lo humano a lo biológico), desempeñándose de forma automatizada para realizar actividades y alejando al profesional de Enfermería de su visión holística y humanista del cuidado, al no tomar en cuenta las necesidades reales o potenciales del paciente.

Al retomar la historia de la Enfermería se observaron los logros ganados a través del tiempo, se hizo evidente el crecimiento del papel de Enfermería en los diferentes procesos sustantivos y adjetivos dentro del área de la salud, y se prestó atención al empoderamiento que se ha ganado, así como el fortalecimiento del desarrollo de sus funciones en la práctica.

El desarrollo de una unidad médica no es una tarea fácil, así como tampoco lo es el trabajo fino de identificar las necesidades de la población, ya que actualmente no se cuenta con muchas herramientas técnico-administrativas para el crecimiento de un área, la generación de un indicador y la identificación de un proceso, pero tampoco es imposible; por ello el personal de Enfermería participa de manera conjunta con el equipo de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario en la toma

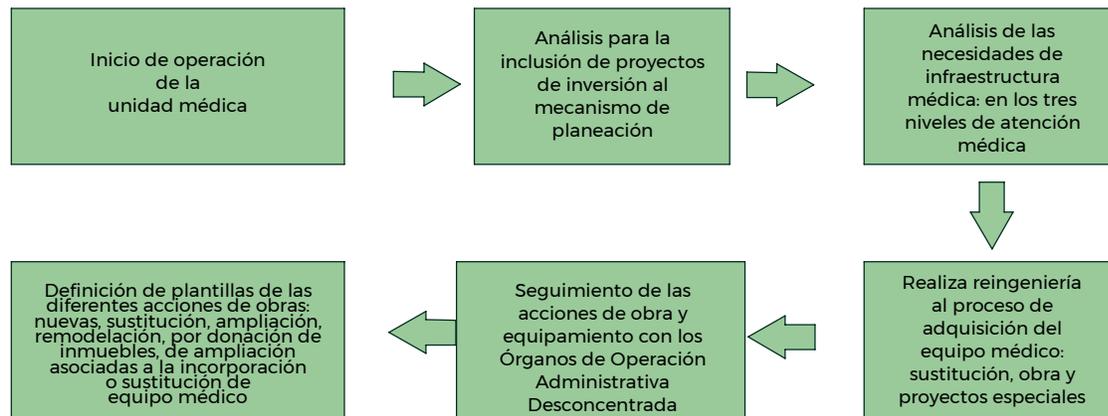


Figura III-13. Planeación de infraestructura médica, equipamiento y definición de plantillas. Elaborada por los autores. Coordinación Técnica de Infraestructura Médica-División de Evaluación de Equipamiento.

de decisiones para el incremento de la infraestructura médica, el fortalecimiento del equipamiento médico y la asignación de la definición de plantillas en las unidades médicas con acciones de obra: nuevas, ampliaciones-remodelaciones y proyectos especiales. La transformación es dinámica, continua y activa, y aumenta la participación en las áreas técnico-administrativas (figura III-13).

REFERENCIAS

1. **Eseverri CC:** Hospitalidad-enfermería, conceptos unívocos. *Rev Enferm Cuidados* 2066;20:32-38.
2. **Viveros CEF:** Referencias conceptuales. En: *Alteridad familiar: una lectura desde Emmanuel Lévinas*. Medellín, Fundación Universitaria Luis Amigó, 2015:20-35.
3. **Rodríguez JS, Cárdenas JM, Pacheco AAL, Ramírez PM:** Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enferm Univ* 2014;11(4):145-153.
4. **Cruz RC:** La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montev)* 2020;9(1):21-32.
5. **Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MSeds.:** *To err is human: building a safer health system*. Washington, National Academy Press, 2000:27-86.
6. *Ibid*, p. 27-86.
7. Department of Health: *An organization with a memory*. Londres, The Stationery Office, 2000:19-46.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo: *Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización*. Madrid, 2005:7-10
9. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud: *Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. 2009.
10. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México 1917.
11. Ley General de Salud. *DOF*.
12. Comisión Nacional de Arbitraje Médico: *Informe anual de actividades*. 2019.
13. Department of Health: *An organization with a memory*. Londres, Stationery Office, 2000:19-46.
14. Connecticut Hospital Association: *Connecticut's adverse event reporting system for hospitals*. Wallingford, 2002.
15. **Pompilio TO:** Boletín CONAMED-OPS. *Cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima, 2018*. Servicios de Salud del Estado de Colima, 2018;3.
16. *El proceso de certificación actualización*. México, Consejo de Salubridad General, 2018.
17. **Juárez PH, Durán MC:** Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2009;17(1):39-44.
18. *Comparecencia del cuarto informe de Gobierno*. CTRMCYSP, IMSS, 2021.

19. Organización Mundial de la Salud: *Seguridad del paciente*. 2019.
20. *Seguridad del paciente-medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
21. **Casa PD, Rodríguez TA, Casas PI**: Atención primaria en salud: concepto o utopía. *Rev Medwave* 2013;4:1-1.
22. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: *Declaración de Astana* (WHO/HIS/SDS/2018.61). Kazajistán, 2018.
23. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: *Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná*. 25 de octubre de 2018.
24. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Norma que establece las disposiciones para la aplicación de programas integrados de salud PREVENIMSS en el Instituto Mexicano del Seguro Social* (2000-001-019). México.
25. **Varela RCE, Reyes MH, Albavera HC, Díaz LHO, Gómez DH et al.**: La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gac Méd Méx* 2016;152:137.
26. **Giraldo OA, Vélez AC**: La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria* 2013;45(7):384-392.
27. **Girard J, Lamy P**: La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud. OPS.
28. **Echeverri O**: *Atención primaria de la salud: una nueva oportunidad*.
29. **Jinéz L**: Programas integrados de salud. *Rev Enferm IMSS* 2005;(13):41-56.
30. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024. *DOF* 2020.
31. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Personal de enfermería del IMSS es indispensable para transitar hacia el Modelo Integral para la Salud y el Bienestar*. Ciudad de México, IMSS, 2022.
32. **Bortoli CSH**: *Rev Latinoam Enfermagem* 2009.
33. IMSS: Acuerdo ACDO.IN2.HCT.250522/153.P.DA, dictado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social en sesión ordinaria del 25 de mayo del presente año, relativo al Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2021. *DOF* 2022.
34. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Contribuyen UMAE del IMSS a mejorar salud de derechohabientes con 69 especialidades médicas y quirúrgicas*. Ciudad de México. IMSS, mayo de 2021.
35. Organización Panamericana de la Salud: *Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud*. Washington, OPS, OMS, 2018.
36. **Lozada LG**: *El surgimiento del IMSS. Su legado arquitectónico en la capital mexicana*.
37. **Ramírez N**: Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. *Enf Costa Rica* 2011;32(29).
38. **Orellana A, Paravic T**: Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. *Rev Ciencia Enferm* 2007;XIII(1):17-24.
39. **Alonso P, Ezquerro O, Fargues I, García J, Marzo M et al.**: *Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia*. España, 2004.
40. **Ramírez N**: Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. *Enf Costa Rica* 2011;32(29).
41. **Alcolea M et al.**: Enfermería basada en la evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nurse Invest* 2011;(52).
42. **Ortega C, Puntunet, Suárez, Leija, Montesinos et al.**: *Guías de práctica clínica cardiovascular*. Médica Panamericana, 2011.
43. **Mancilla M, Zepeda F**: Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2012;20(1):1-3.
44. **Dicenso A, Guyatt G, Ciliska D**: The basics: using the nursing literature. En: *Evidence-based nursing. A guide to clinical practice*. EUA, Elsevier Mosby, 2005;4.
45. **Caballero E**: Enfermería basada en evidencia. *Rev Senferdialt* 2006;3(7).
46. **Cabrero J**: Enfermería basada en la evidencia. *Index Enferm (Gran)* 1999;27:12-18.
47. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Plan general para la implementación, aplicación y control de las Guías de Práctica Clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2013.
48. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Medicina basada en la evidencia y guías de práctica clínica*. México, 2014.

49. **López AB, Torres ALP et al.:** Desarrollo de GPC de enfermería en el IMSS. *Rev Enferm IMSS* 2013;21(3): 121-128.
50. *Manual metodológico para la integración de guías de práctica clínica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.* Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Secretaría de Salud, 2013.
51. *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.*
52. **Donahue MP:** *Historia de la enfermería.* 2ª ed. España, Harcourt, 1988:4-13.
53. **Stewart IM, Austin AL:** *A history of nursing.* 5ª ed. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1962.
54. **Martínez MRA:** Hospitales prehispánicos. *Bol CONAMED-OPS Mex* 2017;17:25-27.
55. *Programa Sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.*
56. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. *DOF*, 2020.

REFERENCIAS DE CONSULTA

1. **Waldow VR:** *Cuidar: expresión humanizadora de enfermería. Etica Cuidados.* 2011;4(7).
2. **Izquierdo ME:** Enfermería: teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Rev Cub Enferm* 2015;31(3).
3. **Siles GJ, Solano RCM:** La historia cultural y estética de los cuidados de enfermería. *Rev Latinoam Enfermagem* 2011;19(5):11.
4. **Vázquez FA:** Tres conceptos de alteridad: una lectura actitudinal. *Rev Int Filosofía* 2014;61:75-91.
5. **Kuerten RP et al.:** El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. *Index Enferm* 2013;22(3):156-160.
6. **Vialart VN:** Las tecnologías de la información y las comunicaciones: un desafío para la gestión del cuidado. *Rev Cub Enferm* 2016;32(1).
7. **Arredondo GCP, Siles GJ:** Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index Enferm* 2009;18(1):32-36.
8. **Ferreira MAA, Marques dos Santos L:** Innovación tecnológica en salud: de vuelta a los orígenes. *Rev Bras Enferm* 2021;74(Supl 5):e74.



IMSS

CAPÍTULO IV

Transformación del cuidado de Enfermería ante las emergencias sanitarias

María Isabel López López, Abel Castañeda Cordero, Miguel Ángel Flores Rolón,
Daniel Joaquín Quiroga Pacheco, Norma Patricia Torres López, Rosalina Rodríguez Valenzuela,
Gehazul Palacios Torres, Martha Verónica Murillo Gómez, Alma Rosa Silva Herrera,
Guadalupe Núñez Sánchez, Fabiana Maribel Zepeda Arias



INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la existencia de una pandemia por COVID-19, que se expandió en todo el mundo. Al 22 de marzo de 2020 a nivel mundial se reportaron 292,142 casos confirmados de COVID-19 y 12,784 defunciones. El primer caso de COVID-19 en México se confirmó el 28 de febrero de 2020.

Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el personal de Enfermería participa en el proceso de vacunación, distinguiéndose por efectuar una de las intervenciones sanitarias que más impacto tienen en la salud pública, coadyuvando con esta acción a la prevención de enfermedades prevenibles por vacunación; cabe señalar que este personal dispone de conocimientos, competencias y habilidades que permiten llevar a cabo dicho proceso, de acuerdo con el tipo de biológico y universo a aplicar. La disciplina que caracteriza al personal de Enfermería para enfrentar nuevos retos en el tema de vacunación siempre está presente, en especial cuando surge la necesidad de reunir esfuerzos, como ocurrió en la vacunación durante la pandemia por COVID-19.

En el presente capítulo se tratan temas relacionados con la respuesta de los sistemas de Enfermería para hacer frente a los fenómenos epidemiológicos recientes, toda vez que Enfermería realiza intervenciones trascendentales para el adecuado funcionamiento de las unidades de salud que permiten otorgar una atención oportuna y libre de riesgos.

LIDERAZGO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: RETOS, EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJE

María Isabel López López, Abel Castañeda Cordero, Miguel Ángel Flores Rolón,
Daniel Joaquín Quiroga Pacheco

Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades que van del resfriado común a algunas más graves, como el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) o el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). En 2019 se descubrió una cepa nueva (SARS-CoV-2) que no había sido identificada previamente en los seres humanos, la cual dio origen a un brote epidemiológico en la provincia china de Hubei de la enfermedad infecciosa que recibió el nombre de COVID-19; al 17 de marzo de 2020 se habían confirmado casi 185,000 casos en 159 países o territorios, que provocaron más de 7,500 muertes.



El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la pandemia por COVID-19, por identificar a la enfermedad en un país o territorio distinto a donde ocurrió el primer caso.

Al 22 de marzo de 2020 a nivel mundial se reportaron 292,142 casos confirmados de COVID-19 y 12,784 defunciones.

El primer caso de COVID-19 en México se confirmó el 28 de febrero de 2020.

Al 22 de marzo de 2020 se tenían confirmados 316 casos de COVID-19 en el país.

Con base en el comportamiento de la epidemia por COVID-19, se tomaron como referencia los datos de la OMS, que consideró que 14% de los pacientes requerían un promedio de cinco días de hospitalización, mientras que 6% de los pacientes ameritarían terapia intensiva, con un promedio de 10 días de hospitalización.

En marzo de 2020 el IMSS estableció un Plan Estratégico para la reorganización de los servicios de salud a fin de dar respuesta a las necesidades de atención médica de la población derechohabiente y no derechohabiente, a través de la reconversión hospitalaria y la creación de Módulos de Atención Respiratorios del Seguro Social (MARSS) en las Unidades de Medicina Familiar y de 26 Centros de Atención Temporal en todo el país.¹

Preparación de la contingencia. Experiencia en el Autódromo Hermanos Rodríguez

Ante la imposibilidad del Sector Salud de dar respuesta a una demanda masiva de servicios y atención médica, en el IMSS se integró un grupo técnico de trabajo, llamado Comando Central, y grupos homólogos en los estados, denominados comandos en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), para dar una respuesta integral y multidisciplinaria, con procedimientos definidos con base en la evidencia documental conforme avanzaba la pandemia para mitigar los efectos negativos en la población; se realizaron las gestiones para la creación de Centros de Atención Temporal (CAT) en los estados con mayor número de casos y la contratación del Autódromo Hermanos Rodríguez, centro de eventos deportivos y musicales, para su transformación en Unidad Médica Hospitalaria; con un presupuesto inicial de 301'724,137 pesos para el periodo del 11 de mayo al 31 de octubre 2020.

El CAT Autódromo inició con 192 camas censables y 26 de terapia intermedia con 944 plazas autorizadas operativas y 44 plazas de confianza, de las cuales 636 plazas corresponden a Enfermería y se distribuyen como se indica en el cuadro IV-1.

Para el inicio de la operación del CAT Autódromo se estimó el Consumo Promedio Mensual de los insumos terapéuticos y no terapéuticos, como equipo de protección personal para cubrir la demanda de cerca de 1,000 trabajadores en 24 h los siete días de la semana; medicamentos sustantivos, clave 4000, 5000 y psicotrópicos, material de curación, ropa quirúrgica y hospitalaria reusable, sin un referente histórico y con el objetivo de brindar atención a los pacientes convalecientes que serían referidos de las unidades médicas reconvertidas para la atención por COVID-19. De igual

Cuadro IV-1. Personal de Enfermería por categoría y turno

Categoría	JE	SJE	EJP	EESP	EG	AEG	Total	CUH
Turno matutino	1	7	6	1	64	97	176	14
Turno vespertino		5	6		64	97	172	12
Turno nocturno "A"		4	5		54	82	145	9
Turno nocturno "B"		4	4		53	82	143	8
Total	1	20	21	1	235	358	636	43

JE: jefe de enfermeras; SJE: subjefe de enfermeras; EJP: enfermero jefe de piso; EG: enfermero general; AEG: auxiliar de Enfermería general. Tomada de la Plantilla autorizada, mayo de 2020.

forma, se realizó la estimación de insumos de pulpa de papel, los cuales se desintegran a través de dispositivos de fácil manejo y alta tecnología para finalmente ser eliminados mediante el drenaje municipal, lo que coadyuva a la disminución de infecciones asociadas a la atención de la salud de los tractos respiratorio y digestivo.

Gestión directiva

La gestión directiva se implementó con base en la normatividad institucional vigente, la gestión del talento humano, la gestión y la supervisión del cuidado enfermero, los enlaces de turno (operativo, gerencial y directivo), el seguimiento a la cobertura de plazas, la programación de guardias festivas, la atención a quejas, el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos, el carro de reanimación, el proceso de medicación segura, las pruebas selectivas de insumos, medicamentos y ropa, el requerimiento de insumos para fin de semana y días festivos, la validación del riesgo de trabajo y la gestión y la supervisión de la cadena de frío.

Gestión del talento humano

La gestión del talento humano se realizó con base en el indicador de COVID-19 (una enfermera general y una enfermera auxiliar de Enfermería general por cada seis pacientes).

Para la operación del CAT Autódromo se asignó personal de nuevo ingreso, recién egresados de diferentes instituciones educativas carentes de experiencia laboral y con áreas de oportunidad en el área del conocimiento y de la práctica profesional, así como en el manejo y el cuidado del paciente con COVID-19, por lo que fue necesario un proceso de capacitación de tópicos en sitio, que van desde fundamentos de Enfermería hasta el manejo específico del paciente con diagnóstico de COVID-19.

En el proceso de capacitación el personal de Enfermería del CAT Autódromo participó en la prueba piloto del aplicativo electrónico “Infórmate de tu familiar”, los registros clínicos, el esquema terapéutico y las intervenciones de Enfermería (figura IV-1).

Expectativa vs. realidad

La experiencia del CAT Autódromo se vivió en varias etapas con un giro de 180°, lo que significó pasar de 218 a 414 camas para la atención de los pacientes en los días más críticos de la pandemia

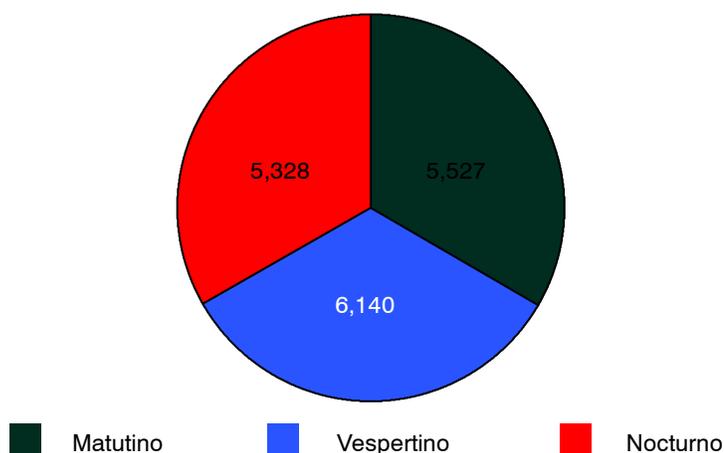


Figura IV-1. Acceso al aplicativo electrónico “Infórmate de tu familiar”. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería por turno. Tomado del aplicativo “Infórmate de tu familiar” del 27 de julio al 21 de octubre de 2020.



Cuadro IV-2. Personal de Enfermería por categoría y turno, mayo de 2020

Categoría	JE	SJE	EJP	EESP	EG	AEG	Total	CUH
Turno matutino	1	7	6	1	64	97	176	14
Turno vespertino		5	6		64	97	172	12
Turno nocturno "A"		4	5		54	82	145	9
Turno nocturno "B"		4	4		53	82	143	8
Total	1	20	21	1	235	358	636	43

JE: jefe de enfermeras; SJE: subjefe de enfermeras; EJP: enfermero jefe de piso; EG: enfermero general; AEG: auxiliar de Enfermería general. Tomado de la Plantilla autorizada, mayo de 2020.

y brindar cuidados al paciente en estado crítico, los cuales fueron proporcionados por personal no especializado en cuidados intensivos, con capacitación y acompañamiento en sitio del personal de confianza de Enfermería. Esto dio como resultado una tasa de 37.1% de mortalidad global y una tasa de 36.7% de letalidad global, reportada como una de las más bajas del Sector Salud a nivel nacional (45%).²

A la par del incremento del número de camas, también aumentó la plantilla del personal operativo de todas las categorías; el de Enfermería pasó de 679 a 1,229 recursos (cuadros IV-2 y IV-3).

La supervisión operativa continua y permanente del personal de confianza de Enfermería en la colocación y el retiro del equipo de protección personal, el uso correcto de los insumos terapéuticos y no terapéuticos y del cuidado enfermero, contribuyó a tener un 8% de personal contagiado con COVID-19, siendo la única unidad hospitalaria en el país sin registro de decesos en la plantilla total del personal asignado para la atención de la pandemia.

Término del inicio

Todo lo que empieza termina, así que en agosto de 2021 el proyecto del CAT Autódromo llegó a su fin, debido a la reprogramación de los eventos deportivos y artísticos aplazados por la pandemia y al anuncio de la tan esperada Fórmula 1 a celebrarse en noviembre de 2021. Gracias al éxito obtenido, el Director General del IMSS, Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto, dio luz verde para la creación de dos Centros de Atención Temporal, uno en la Unidad Deportiva Morelos, con 162 camas censables y 20 camas de cuidados críticos, y otro en el extinto Hospital General de Zona N° 27, en Tlatelolco, con 144 camas censables y 20 camas de cuidados críticos; para esta etapa se contó con personal de la categoría de enfermera especialista de cuidados intensivos de contratación temporal.

Con el referente de la práctica profesional adquirida en el CAT Autódromo se implementó el programa de trabajo para ambos CAT.

La experiencia de los CAT permitió establecer las bases para el cuidado enfermero en el paciente con COVID-19, partiendo del desconocimiento de la enfermedad y su tratamiento a nivel mundial, así como la falta de experiencia laboral del equipo de salud.

Cuadro IV-3. Personal de Enfermería por categoría y turno, agosto de 2021

Categoría	JE	SJE	EJP	EESP	EG	AEG	Total	CUH
Turno matutino	1	3	8	1	126	163	302	14
Turno vespertino		4	7	1	144	134	290	14
Turno nocturno "A"		3	7		128	153	291	14
Turno nocturno "B"		3	7		127	153	290	14
Total	1	13	29	2	525	603	1,173	56

JE: jefe de enfermeras; SJE: subjefe de enfermeras; EJP: enfermero jefe de piso; EG: enfermero general; AEG: auxiliar de Enfermería general. Tomado de Plantilla autorizada, agosto de 2021.

La vacunación contra el COVID-19 ha sido la mejor estrategia para la contención y la disminución de la letalidad por la enfermedad, y es una actividad 100% operada por personal de Enfermería.

Gran parte del éxito de los Centros de Atención Temporal es la disposición del personal de Enfermería y de camillas de nuevo ingreso, que antepusieron los intereses del IMSS a los personales, situación nunca vista en el personal de salud de otras instancias.

CONTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD POR EL COVID-19 A TRAVÉS DE LA VACUNACIÓN

Norma Patricia Torres López, Rosalina Rodríguez Valenzuela, Gehazul Palacios Torres, Martha Verónica Murillo Gómez, Alma Rosa Silva Herrera

Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social el personal de Enfermería participa en el proceso de vacunación, distinguiéndose por efectuar una de las intervenciones sanitarias que más impacto tienen en la salud pública, coadyuvando con esta acción a la prevención de enfermedades prevenibles por vacunación; cabe señalar que este personal dispone de conocimientos, competencias y habilidades que permiten llevar a cabo este proceso, de acuerdo con el tipo de biológico y universo a aplicar. La disciplina que caracteriza al personal de Enfermería para enfrentar nuevos retos en relación con la vacunación siempre está presente, en especial cuando surge la necesidad de reunir esfuerzos, como ocurrió en la vacunación contra COVID-19.

La declaración y la emisión de alerta sanitaria por COVID-19 que realizó^{3,4} el gobierno de la República Popular China a la Organización Mundial de la Salud el 31 de diciembre de 2019 derivaron en una de las pandemias de más rápida dispersión en la historia de la humanidad. En México el 23 de marzo de 2020 el Consejo de Salubridad General emitió el acuerdo por el que se reconocía la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), una enfermedad grave con una tasa de mortalidad muy elevada que requiere atención prioritaria; asimismo, se establecieron las actividades de preparación y respuesta ante dicha pandemia.⁵

Más adelante la Secretaría de Salud publicó en el *Diario Oficial de la Federación* del 24 de marzo de 2020⁶ el acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas a implementar para la mitigación y el control de los riesgos para la salud que implica el COVID-19. En ambos se indica que la Secretaría de Salud cuenta con la facultad para establecer las medidas de prevención y promoción de la salud que estimara necesarias, como la vacunación, una vez que se disponga de tal tecnología.

En noviembre de 2020 la farmacéutica Pfizer ingresó a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) evidencia documental para solicitar autorización para uso de emergencia de su vacuna desarrollada en la plataforma RNA mensajero, la cual fue desarrollada en conjunto con la alemana BioNTech y la China Fosun Pharma. El 11 de diciembre de 2020 la COFEPRIS dictaminó como procedente la solicitud de autorización. A partir de esa fecha y hasta septiembre de 2022 la COFEPRIS ha otorgado la autorización para uso de emergencia de ocho diferentes vacunas.

Política Nacional de Vacunación

El día 8 de diciembre de 2020 el presidente del país presentó la Política Nacional de Vacunación (PNV) contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención del COVID-19 en México,⁷ resultado del trabajo coordinado por la Secretaría de Salud, el Grupo Técnico Asesor de la Organización Panamericana de la Salud, el Grupo Técnico Asesor de Vacunación de México y el Grupo de Trabajo Interinstitucional del Consejo Nacional de Vacunación, de los cuales el IMSS tiene participación en los últimos dos grupos.

En la PNV se enuncia la estrategia de vacunación, considerando como criterio primordial para la elegibilidad la edad de la persona, la presencia de comorbilidades de riesgo para la infección, la pertenencia a los grupos de atención estratégica prioritaria y comportamiento epidemiológico.



De esta forma, se consideró la vacunación en cinco etapas, conforme a la disponibilidad de vacunas por parte de los proveedores con los que México suscribió contratos y acuerdos de intención de compra.

Fases de la vacunación

La PNV ejecuta la vacunación de la población mexicana en seis fases:

- **Fase 1:** personal de salud en primera línea de atención de personas con COVID-19.
- **Fase 2:** personal de salud complementario y personas adultas de 60 años de edad y más.
- **Fase 3:** personas de 50 a 59 años de edad.
- **Fase 4:** personas de 40 a 49 años de edad.
- **Fase 5:** personas de 18 a 39 años de edad.
- **Fase 6:** personas de 5 a 17 años de edad.

Todas las instancias de gobierno se alinearían a la PNV para la prevención del COVID 19 en México (PNV) y participarían en un esfuerzo coordinado con el objetivo de otorgar protección específica a cada persona en el territorio nacional.

Capacitación, eje primordial

El miércoles 16 de diciembre de 2020, en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” del IMSS, ubicado en la Ciudad de México, se realizó la primera capacitación dirigida al personal que participaría en la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 y al personal que la replicaría en las diferentes instituciones de salud, como el IMSS y el IMSS-Bienestar, la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de la Defensa Nacional. A esta replicación asistió, entre otros, un grupo de comisionados del IMSS, compuesto por médicos y representantes de Enfermería de la entonces Coordinación de Atención Integral a la Salud en Primer Nivel y personal de los OOAD CDMX Norte y Sur, con información contenida en una guía técnica de reciente elaboración que describía las disposiciones para el manejo de una vacuna, que requería para traslado y conservación ultracongelación y una técnica de preparación específica.

A partir del 17 de diciembre de 2020 dio inicio la réplica de esta capacitación de manera presencial con asistencia limitada por cada una de las instituciones; los primeros fueron el OOAD Coahuila, Saltillo, y el OOAD Nuevo León. El 9 de enero de 2021 se realizó una capacitación virtual de vacunación, en la que el Director General del IMSS, Mtro. Zoé Robledo, emitió un mensaje de la importancia de la actuación de Enfermería en este proceso de vacunación; dicha capacitación contó con la asistencia de 100% del personal directivo delegacional de Enfermería en Salud Pública del IMSS.

Simulacro del ejercicio de coordinación para la ejecución

En México el 18 de diciembre de 2020 se inició el simulacro para la recepción y el traslado de vacunas contra COVID-19 con la colaboración del ejército mexicano; inició en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México y concluyó en el 81 Batallón de Infantería, en Tlalpan, con la participación de autoridades de las diferentes instituciones de salud como observadores y un grupo conformado por médicos y representantes de Enfermería por parte del IMSS, quienes realizarían la recepción del agente biológico en las sedes de vacunación contra el COVID-19 bajo responsabilidad del IMSS (figura IV-2).

El simulacro se realizó con cinco prácticas secuenciales como parte de un proceso sistemático que comprende desde la recepción hasta la aplicación de la vacuna.

El programa consiste en los siguientes aspectos:

1. Recepción de la vacuna contra el COVID en el aeropuerto.



Figura IV-2. Equipamiento en la sede de vacunación.

2. Resguardo del producto biológico en cadena de frío.
3. Selección del lugar para llevar a cabo el proceso de vacunación.
4. Equipamiento y preparación del punto o centro de vacunación (incluyendo la cadena de frío).
5. Funcionalidad para la operatividad en el centro de vacunación (convocatoria, registro y aplicación de vacunación a personas del grupo blanco).
6. Cierre del punto o centro de vacunación al final del día.

Fueron de gran relevancia los simulacros mencionados, puesto que dieron la oportunidad de identificar áreas de oportunidad, verificar y practicar la gestión y fortalecer los procedimientos de administración de vacunas.

Vacunación en marcha

Las primeras vacunas contra el COVID-19 fueron aplicadas el 24 de diciembre de 2020 al personal de salud de primera línea, y a partir de esa fecha el país comenzó a recibir los agentes biológicos que el gobierno de la Ciudad de México adquirió a diferentes laboratorios.

El IMSS, en conjunto con las demás instituciones de salud, participó de manera activa en una de sus áreas de mayor experiencia: la aplicación de vacunas, labor fundamental para la protección a la población contra la enfermedad.

Se inició el recorrido de la vacunación con personal de Enfermería con contratación temporal y personal voluntario de base y de confianza, quienes fueron de los primeros en recibir la vacuna como parte del personal de salud de primera línea, el cual fue citado en el Hospital General de México, puesto que ellos fueron los que vacunaron a todo el personal de salud de las diferentes instituciones citadas ahí.

A la par, el IMSS realizaba lo mismo en las instalaciones alternas en otros estados del país; cómo no recordar los momentos de felicidad que se observaban en los compañeros ya vacunados, que aún

con temor decidieron ser de los primeros; pero no todo fue de agrado, pues existieron condicionantes que repercutieron de manera negativa, como la presencia de reacciones adversas sistémicas causadas por la vacuna aplicada, los tiempos de espera en las largas filas, los comentarios negativos sobre la vacuna expuestos en las redes sociales, que fueron factores que el personal de Enfermería aclaraba en cada contacto con la población, sensibilizándolos sobre la importancia de la vacunación para disminuir la mortalidad.

Para echar a andar la estrategia de vacunación a toda la población, la Secretaría de Salud designó y encomendó a 32 personas que por su destacado servicio en el ámbito de la salud resultaban idóneas para la tarea, las cuales fueron denominadas Coordinadoras Estatales de Brigada Especial “Correcaminos” y concretaron lo dispuesto en la PNV. Estos coordinadores detallaron la operación logística en el interior de cada entidad federativa, en conjunto con las instituciones de salud con presencia en el territorio nacional (IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina).⁸

La campaña de vacunación se inició en apego a las recomendaciones de expertos con personal de salud que tenía contacto directo con los pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19; pocos días después se extendió progresivamente al resto del personal sanitario, para que de manera secuencial y con enfoque de riesgo se llevara a cabo la ejecución de la campaña, con la participación sistemática del personal de Enfermería y de las áreas médica y paramédica.

En una primera fase las acciones de vacunación se realizaron en sedes militares designadas para este propósito y se avanzó en la aplicación del biológico al personal de primera línea de atención de la epidemia, de las diferentes instituciones públicas y privadas de salud. Con la llegada de mayores cantidades de vacunas, a partir del 12 de enero de 2021 comenzó la expansión de las sedes de vacunación y las actividades pasaron de realizarse en decenas de sedes militares a llevarse a cabo en centenares de puntos de vacunación en unidades médicas públicas y privadas, con el afán de proteger al personal sanitario. En todo momento se contó con el acompañamiento de la Fuerza Armada. Con el conocimiento y la experiencia adquirida en el manejo y el control de las nuevas vacunas, el 24 de febrero de 2021 se aceleró aún más la vacunación, dando lugar a la aplicación masiva en macrocentros de vacunación para iniciar con la protección de las personas adultas de 60 años de edad y más, y progresar hasta la vacunación de la población infantil de cinco de edad o más años. Una vez más se realizaron los ajustes para mejorar la eficacia de las estrategias, como los macrocentros de vacunación, las brigadas móviles, los puestos semifijos y los barrios comunitarios (figura IV-3).

La travesía fue intensa, con toda la complejidad que representaba llegar a cada rincón del país; sin embargo, la dedicación, el profesionalismo y la convicción férrea de cada integrante del IMSS, convencidos que cada vacuna aplicada es una oportunidad de vida, logró cimentar de manera sólida el camino hacia una mejor y nueva realidad. Actualmente, una vez mitigada la pandemia, se trabaja en las estrategias preventivas, para alcanzar el control epidemiológico y garantizar que toda persona del país, a través del IMSS o en coordinación con las demás instituciones de salud, será protegida sin distinción alguna.

Retos y desafíos para Enfermería

1. Disponer del recurso humano suficiente.
2. Enfrentarse a productos biológicos con características diferentes e inusuales en el proceso de vacunación.

Para lograr la cobertura de vacunación proyectada se requería un gran ejército de recurso humano, por lo que se dispuso de personal de base, de confianza, eventual y voluntario de los tres niveles de atención, con la finalidad de cubrir las necesidades de la protección específica a toda la población (figura IV-4).



Figura IV-3. Macrosedes de vacunación.



Figura IV-4. Instalación de puestos de vacunación.

El personal de Enfermería se enfrentó al manejo de productos biológicos que requerían cuidado especial (permanecer en ultracongelación, para luego pasar al proceso de descongelación) y biológicos que eran descongelados hasta dos horas antes de su preparación, cuya aplicación requería destreza en la distribución dentro del punto de vacunación, así como en la preparación y la aplicación inmediata. El manejo del producto biológico en los diferentes laboratorios productores generaba incertidumbre por la precisión en la vigencia del producto (vida útil de dos horas fuera del rango de ultracongelación, marcada por el laboratorio productor, en un biológico específico), lo que causaba estrés en la meta de cumplimiento y las dosis descongeladas para la jornada de vacunación, evitando su desperdicio. Sin embargo, la disciplina, el liderazgo, la corresponsabilidad, la cualidad y el gran profesionalismo que caracterizan al personal de Enfermería una vez más sobresalieron en este proceso.

El personal de Enfermería del IMSS que ha participado en la vacunación ha destacado por el entusiasmo que imprime en estas actividades, a pesar de ser jornadas extenuantes que los llevaban a laborar incluso fuera de sus horarios normales. Durante la vacunación contra el virus SARS-CoV-2 este personal logró adaptarse a los cambios en sus horarios de trabajo, comida y descanso, lo que influyó muchas veces en las relaciones y los roles familiares.

El personal de Enfermería de la normativa institucional (jefes de área y coordinadoras de programas de Enfermería), igual que el personal directivo delegacional (coordinadores y supervisores delegacionales de Enfermería en salud pública), trabajó sin descanso durante varios meses de manera ininterrumpida; sin embargo, al realizar un recuento de lo trabajado, la participación directa y la contribución en la disminución de la mortalidad por el COVID-19 a través de la vacunación contra el virus SARS-CoV-2 generó una enorme satisfacción por ser parte de la historia del país y por la valiosa contribución a la modificación del panorama epidemiológico actual.

RESPUESTA DE ENFERMERÍA EN LAS EMERGENCIAS SANITARIAS QUE HA ENFRENTADO EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Guadalupe Núñez Sánchez, Fabiana Maribel Zepeda Arias

Desde 1943 el IMSS ha respondido a las exigencias de los cambios demográficos y epidemiológicos, y a partir de entonces el personal de Enfermería ha estado a la altura de las circunstancias para cubrir las necesidades de la población. El personal de Enfermería de las unidades médicas de los tres niveles de atención ha contribuido de manera trascendental al otorgamiento de cuidados basados en la calidad y la calidez, con el fin de mantener la salud de las personas derechohabientes ante las situaciones críticas de peligro inminente para la vida de los pacientes que han requerido la intervención inmediata y eficiente del equipo multidisciplinario.

Sin lugar a dudas, la historia relativa a las emergencias sanitarias que ha sorteado el IMSS debe incluir las relacionadas con las epidemias o las pandemias que han dejado huella en la salud de la población y causado estragos sociales y económicos, debido a sus efectos y trascendencia. A continuación se aborda *grosso modo* la manera en la que el IMSS ha enfrentado cada una de las emergencias sanitarias.

Influenza A (H1N1)

En los primeros meses de 2009 en México se presentó un fenómeno epidemiológico que puso a prueba la capacidad de respuesta del sistema de salud, tanto para controlar como para disminuir, en la medida de lo posible, su acelerada expansión. Los casos iniciaron en los estados de Tlaxcala, Veracruz, Hidalgo, Distrito Federal y Baja California; el 13 de abril de ese año se registró una de las primeras defunciones: una mujer de 39 años de edad, en Oaxaca, con diagnóstico de neumonía de probable origen viral (no fue posible identificar el agente infeccioso) y el 14 de abril se sospechaban 14 casos más, de los cuales cuatro fallecieron en la capital del estado de San Luis Potosí.⁹ Ante esta

situación se inició por primera vez la implementación de medidas de prevención que a partir de ese momento exigirían a la población un comportamiento sanitario centrado en la higiene de manos frecuente, toser y estornudar con técnica de etiqueta, y evitar acudir a lugares concurridos.

Para el 23 de abril la Secretaría de Salud supo, a través del Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá, que en México circulaba una nueva cepa de virus de influenza A (H1N1) asociada a infección respiratoria grave, por lo que se informó al Lic. Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, entonces presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, quien convocó inmediatamente al gabinete. Por la noche el Secretario de Salud informó a la población acerca de la presencia del nuevo virus y anunció la suspensión de clases en todos los niveles educativos, públicos y privados en la capital y en la zona metropolitana.

El 25 de abril la Organización Mundial de la Salud declaró estado de emergencia de salud pública de interés mundial, por la existencia de una epidemia de influenza humana de origen porcino del tipo A (H1N1). Dos días después se elevó el nivel de la alerta pandémica, y el 29 de abril Margaret Chan, directora general de la OMS, declaró una nueva pandemia y solicitó que todos los países actuaran sus planes de preparación y respuesta.

Por fortuna, en ese entonces el virus no resultó ser tan virulento como se imaginaba, ya que no sufrió cambios ni mutaciones, lo que redujo su letalidad durante la pandemia; tampoco aparecieron variantes resistentes a los fármacos utilizados.

La estrategia primaria para prevenir y contener las complicaciones por infección por el virus de la influenza históricamente ha sido la vacunación, intervención que realiza el personal de Enfermería sobre todo en el primer nivel de atención. Actualmente existe la vacunación contra influenza estacional, la cual disminuye los índices de morbilidad y mortalidad por complicaciones respiratorias secundarias a infección por el virus de la influenza que se registran cada año durante la temporada invernal, sobre todo en los grupos de alto riesgo. La vacuna desarrollada ha mostrado ser segura y muy efectiva contra los virus circulantes.

En México la influenza A (H1N1) de 2009, a diferencia de la influenza estacional, afectó mayormente a la población joven, la mayoría de la cual se recuperó sin consecuencias.

Hasta julio de 2010 la pandemia había causado la muerte de 1,316 personas. Estas cifras sólo representan los casos en los que se realizó una prueba diagnóstica por parte de los sistemas de salud. Sin embargo, se desconoce la proporción general de la población que fue infectada por el virus, debido a que la mayoría de las personas no requirieron atención médica (ya que sufrieron infecciones leves o incluso asintomáticas) y en otros casos simplemente no fueron registradas.

El 11 de junio la OMS declaró oficialmente la existencia de una pandemia mundial.¹⁰ Un año después, el 23 de junio de 2010, EUA declaró el fin de la emergencia sanitaria y México hizo lo mismo seis días más tarde. Finalmente, el 10 de agosto del mismo año la OMS declaró oficialmente el fin de la alerta de pandemia y el inicio de una fase pospandémica.

Las acciones que se realizaron demandaron rigurosas planeación y cooperación a niveles nacional e internacional, así como un gran esfuerzo intersectorial y multidisciplinario en todos los niveles de gobierno para generar una respuesta que permitiera mitigar las consecuencias.

En el IMSS la planeación y la toma de decisiones rápida y oportuna fueron piezas clave para mitigar las complicaciones, así como para disminuir la diseminación entre la población.

En este sentido, el gremio de Enfermería fue esencial. La promoción a la salud fue fundamental para proteger a la población, informar acerca de la importancia de modificar conductas asociadas a las medidas higiénicas, identificar los síntomas y signos de alarma, y disminuir la ansiedad y la incertidumbre generada por esta alerta. Fue trascendental la vacunación a toda la población, ya que el personal de Enfermería, como era de esperarse, demostró su alto sentido de responsabilidad, compromiso y principalmente su profesionalismo, por lo que el trabajo en equipo logró el éxito del IMSS frente a la pandemia de influenza A (H1N1).



Emergencia sanitaria por COVID-19

El 31 de marzo de 2020 la Secretaría de Salud reconoció que la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 era una emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor. La participación del personal de salud fue significativa, aunque la del personal de Enfermería sobresalió en gran medida. En realidad, ningún sistema de salud se encontraba preparado para enfrentar la emergencia sanitaria desde su aparición en Wuhan (China) en diciembre de 2019 hasta la declaración de la OMS el 30 de enero de 2020, que señaló que se trataba de una enfermedad emergente y un problema de salud pública a nivel internacional; el 11 de marzo reconoció que se trataba de una pandemia.

Al respecto, en el IMSS se publicaron inmediatamente los lineamientos para iniciar la reconversión en los hospitales, con el objetivo de asegurar que ninguna persona se quedara sin la atención necesaria; hubo que establecer criterios y directrices de actuación en las unidades médicas que garantizaran la ejecución operativa bajo los principios de oportunidad, eficiencia, efectividad, seguridad y equidad. La reconversión fue una estrategia fundamental en el manejo y la atención de pacientes con COVID-19.¹¹

De manera perentoria, la Dirección de Prestaciones Médicas estableció el “Plan para la atención médica, a fin de llevar a cabo la preparación y la respuesta ante la pandemia por COVID-19 en el IMSS”, en el cual se señalaron los lineamientos de trabajo para la respuesta organizada del Instituto en servicios de salud durante la pandemia, con los posibles escenarios esperados en la evolución de la emergencia sanitaria.

Se estimaba que en México la pandemia llegaría a finales del mes de abril de 2020, por lo que se atendió a miles de personas con necesidad de servicios hospitalarios; este periodo se denominó fase III o epidémica, en la que fueron afectados grupos vulnerables y con factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de complicaciones que podrían generar la muerte.

Dado lo anterior, y con el análisis de los estragos de la pandemia, se emitió también en abril de ese año la “Guía para la preparación y la respuesta ante la pandemia por COVID-19 en el IMSS” con el propósito realizar acciones efectivas y precautorias en las unidades médicas; la mencionada guía tuvo entonces un carácter obligatorio.

El personal de Enfermería fue la categoría que se presentó desde los primeros minutos en la primera línea de batalla; sus aportaciones fueron contundentes y ordenadas, ya que se basaron en el despliegue de intervenciones enfocadas en los siguientes cuatro procesos sustantivos:

- Gestión del cuidado.
- Gestión del talento humano.
- Gestión de insumos terapéuticos y no terapéuticos.
- Gerencia.

Fueron tiempos difíciles, pero el personal de Enfermería siempre estuvo al frente y de pie a pesar de las agresiones de que fueron objeto por parte de los ciudadanos que, invadidos por el miedo, la incertidumbre y el desconocimiento, optaron por agredir sin medida al personal de salud, en especial al personal de Enfermería. No obstante, con el avance en el conocimiento de la enfermedad y el llamado del IMSS para el cese de las agresiones, la población fue entendiendo la importancia y la trascendencia del trabajo que realiza el personal de salud, de tal manera que las agresiones cesaron; sin embargo, en las instalaciones del IMSS la Guardia Nacional hizo presencia para salvaguardar la integridad del personal de salud y el orden en las unidades médicas, con el propósito de garantizar la protección y la seguridad de los trabajadores del Sector Salud, así como la atención a la población derechohabiente, que es la prioridad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fueron muchas las estrategias que el IMSS implementó para salvaguardar a sus trabajadores, por ejemplo, la asignación del Bono COVID-19 o las notas de mérito para el personal cuyas funciones se relacionaban con la atención a pacientes con SARS-CoV-2.

Han sido incontables las contribuciones del personal de Enfermería durante la pandemia por COVID-19, además de proporcionar cuidados generales y especializados en condiciones extremas por el uso del equipo de protección personal; han sido la familia temporal de los pacientes, ya que por las características de la enfermedad las visitas tuvieron que restringirse, pero la comunicación nunca se interrumpió, ya que el personal de Enfermería fue el vínculo perfecto para enlazar miles de llamadas telefónicas y videollamadas, leer cartas escritas en cualquier tipo de papel o mensajes de texto a través de telefonía celular, a fin de alegrar el alma del paciente y de su familia, de dar esperanza, de afianzar la fe, de dar el último adiós o calmar el espíritu.

La capacitación orquestada por la entonces División de Enfermería fue una de las acciones con mayor contundencia que realizó el personal de Enfermería; se trató de un despliegue nacional con directrices concretas dirigidas al personal de salud de las distintas categorías con la finalidad de intensificar sus conocimientos relativos al uso de equipo de protección personal, sana distancia, medidas higiénicas, estornudo de etiqueta, uso correcto de cubrebocas, higiene de manos, cuidados especializados del paciente con COVID-19, etcétera. Adicionalmente, se ejecutó un despliegue importante de información en los medios de comunicación, como radio, televisión, internet y redes sociales, entre otros. La necesidad de capacitación fue primordial, por lo que la Dirección de Prestaciones Médicas instruyó el diseño de un sitio *web* llamado “repositorio”, para depositar material educativo dirigido al personal de salud sobre temas prioritarios, como el uso de equipos de protección personal, los equipos de respuesta COVID-19, las actualizaciones del COVID-19, las acciones de prevención, el manejo hospitalario, los algoritmos, la información y las infografías acerca de cuidados específicos de Enfermería, los cuidados en casa, el manejo de ropa hospitalaria, el reprocesamiento de dispositivos médicos, la higiene de manos, la limpieza y la desinfección de *goggles* y caretas, y las guías para la reconversión hospitalaria y la calidad de atención.

De manera simultánea se llevaría a cabo la reconversión gradual de poco más de 20,000 camas en la etapa más crítica de la pandemia. En esta estrategia el personal de Enfermería participó de manera activa para el diseño y la operación de las alternativas de reconversión hospitalaria, la adecuación de entradas y salidas de las áreas COVID, la movilización de equipamiento, mobiliario e insumos terapéuticos y no terapéuticos, y la proporción de capacitación al personal de salud acerca de las rutas y las medidas necesarias en el interior de cada área.

Otras actividades realizadas por personal de Enfermería fueron las siguientes:

- Diseño e implementación en todas las unidades médicas de los tres niveles de atención de la estrategia “Control de Equipo de Protección Personal e Insumos para la Salud” en conjunto con la Coordinación de Salud en el trabajo, mediante la cual se asignaron poco más de 2,000 personas de Enfermería.
- Capacitación al personal de Enfermería para la aplicación de la vacuna contra el COVID-19, así como el despliegue de miles de enfermeros para vacunar a la población mexicana en una estrategia conjunta con el Sector Salud.
- Instalación de 12 filtros sanitarios en los edificios administrativos del IMSS, con la participación de 23 auxiliares de Enfermería general, quienes llevaron a cabo las acciones para detectar a las personas con sintomatología a través de preguntas directas y la toma de temperatura corporal, así como las acciones preventivas, como la promoción de la higiene de manos a través de la aplicación de solución a base de alcohol.
- Se realizaron el análisis y la evaluación correspondientes para el aval técnico de 10,504 plazas temporales de Enfermería de julio de 2021 a junio de 2022 para la operación de los Módulos de Atención Respiratoria del Seguro Social (MARSS y macro-MARSS), *triage* respiratorios en unidades de segundo y tercer niveles, así como CAT.
- Con base en la magnitud de la pandemia, la Dirección de Prestaciones Médicas instruyó la inclusión de la atención ambulatoria de acuerdo con el estado de salud del paciente, para lo



cual la entonces División de Enfermería desarrolló en conjunto con la Unidad de Comunicación Social material impreso y digital con la descripción de los cuidados en casa indispensables para el paciente y su familia.

Durante la que se determinó fase III no se aplicaría la regionalización, de tal manera que los pacientes no debían ser trasladados, sino atendidos en cualquier unidad médica con la finalidad de que ningún paciente con seguridad social o sin ella se quedara sin atención a la salud. Con ello ningún paciente fue rechazado en las Unidades Médicas de Alta Especialidad o reubicado en hospitales de segundo nivel por regionalización. Ante la situación de emergencia epidemiológica el sistema de salud fragmentado tuvo que trabajar de manera conjunta para dar respuesta a la población mexicana como un solo sector, mediante la aplicación de la política de cero rechazos, por lo que independientemente de la institución de salud los hospitales se clasificaron en hospitales 100% COVID y hospitales híbridos.¹²

Ante el incremento acelerado de la letalidad de los casos, la Dirección de Prestaciones Médicas instruyó la realización de visitas de acompañamiento a las unidades médicas, por lo que durante 2020 y 2021 se realizaron visitas en las que se obtuvo un gran aprendizaje y se identificaron áreas de oportunidad en la toma de decisiones por parte de los directivos de Enfermería, debilidad en el desempeño de los cuatro procesos sustantivos de Enfermería y la implementación de la bioseguridad, por lo que en enero de 2021 la División de Programas de Enfermería convocó a videoconferencia a nivel nacional para abordar la “Gestión Directiva de Enfermería en tiempos de pandemia” con énfasis en el sistema de la gestión que garantice la seguridad de la atención, los cuidados especializados, la toma de decisiones y la coordinación con equipos de trabajo.

Luego de la reconversión hospitalaria, y con la finalidad de disminuir la letalidad hospitalaria, la Dirección de Prestaciones Médicas desarrolló e implementó la Guía técnica para la mejora de la calidad de la atención en pacientes con COVID-19, a través de un equipo multidisciplinario adscrito a las coordinaciones normativas de los tres niveles de atención, con el fin de incidir en el manejo oportuno y efectivo hospitalario del paciente con riesgo de complicaciones por COVID-19. Adicionalmente se elaboró una cédula de evaluación de las intervenciones de Enfermería durante el cuidado del paciente hospitalizado por COVID-19 con enfoque en cuatro aspectos: aspiración de secreciones, monitoreo de los parámetros vitales —incluida la saturación de oxígeno—, movilización —con énfasis en la posición en decúbito prono— y alimentación e hidratación, con lo cual se logró contribuir a la disminución de la letalidad.

La participación de Enfermería como eje principal de las actividades dentro de la estrategia de calidad de la atención a pacientes hospitalizados por COVID-19 fue vital, al otorgar cuidados de Enfermería de calidad basados en las necesidades y las respuestas humanas que demandan atención en más de 80% de la jornada laboral, a fin de proteger y mantener la salud de los pacientes.

Capacitar y asesorar al personal acerca de los cuidados para el paciente con alto riesgo de morir fue una tarea difícil; no obstante, se logró la creación de áreas de “monitoreo continuo”, en las cuales se ingresaban pacientes de alto riesgo con el objetivo de proporcionarles cuidados de Enfermería continuos, como la toma de signos vitales las veces necesarias, la identificación oportuna de signos y síntomas de alarma, el manejo seguro de dispositivos para suministrar oxígeno, la movilización, la nutrición, la hidratación, la higiene, los cuidados de la piel, la aspiración de secreciones con circuito cerrado, la pronación, el control glucémico y las acciones específicas para prevenir infecciones asociadas a la atención de la salud.¹³

La respuesta del gremio de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en los tres niveles de atención acentuó su dedicación, entrega, vocación y profesionalismo; fueron tiempos difíciles en los que el personal encontró dificultades que de manera innegable impedían su actuar y el miedo imperaba, pues se trataba de una enfermedad desconocida que cobraba muchas vidas, in-

cluidas las del personal de salud. Sin lugar a dudas, la pérdida de personal de Enfermería golpeó el corazón del gremio; se trató de un hecho devastador sin precedentes que nunca se olvidará y que dejó una huella imborrable; no obstante, los enfermeros tomaron la pandemia por COVID-19 en sus manos con grandes liderazgo, responsabilidad, valor y compromiso, situación que ha transformado a la Enfermería del IMSS en una disciplina más fuerte y más humana.

La emergencia sanitaria trajo una enorme presión en todo el sistema de salud y por consiguiente en los trabajadores. El incremento acelerado de pacientes con sintomatología que necesitaban atención en las unidades hospitalarias de los tres niveles de atención puso a prueba la capacidad de respuesta en la gestión para la obtención de talento humano en la primera línea, disponibilidad de mobiliario, equipo biomédico, ventiladores, oxígeno, monitores, medicamentos, insumos terapéuticos y no terapéuticos, y suficiencia de equipos de protección personal.

Con la pandemia la sociedad reconoció los riesgos a los que día a día se enfrenta el personal de Enfermería, tanto en el ámbito laboral como en el ámbito social; se reveló la sobreocupación de los hospitales, la falta de insumos para poder proporcionar la atención que los pacientes se merecen, los esfuerzos para controlar el estrés y el cúmulo de emociones positivas y negativas, el cansancio, la decisión de aislarse para salvaguardar a los seres queridos, en fin, tantas cosas... También salió a la luz lo mejor del enfermero, su solidaridad, el trabajo en equipo, la perseverancia, la resiliencia, la tolerancia, la fe en los casos difíciles, el aprendizaje rápido para proporcionar cuidados de calidad y humanizados, todo con un solo objetivo: salvar vidas para que las personas volvieran a estar con sus seres amados y se reincorporaran a la vida cotidiana.

CONCLUSIONES

Desde 1943 el IMSS ha respondido a las exigencias de los cambios demográficos y epidemiológicos, y el personal de Enfermería ha estado a la altura de las exigencias de atención a la población derechohabiente y de todo México; el personal de Enfermería de los tres niveles de atención ha tenido una participación trascendental para el otorgamiento de cuidados de calidad y calidez a fin de mantener la salud de los mexicanos ante las situaciones críticas de peligro evidente para la vida de los pacientes que han requerido intervención inmediata del gremio de Enfermería.

En el proceso de vacunación el personal de Enfermería trabajó durante varios meses de manera ininterrumpida; no obstante, con el recuento de las acciones llevadas a cabo, la participación directa y la contribución en la disminución de la mortalidad por el COVID-19, a través de la inmunización contra el virus SARS-CoV-2, se generó una enorme satisfacción por ser parte de la historia de México y por la valiosa contribución a la modificación del panorama epidemiológico actual.

Finalmente, externar el papel del personal de Enfermería durante la pandemia implicaría escribir varios capítulos para describir las múltiples experiencias mediante las cuales se salvaron millones de vidas, se acompañaron otras más hasta el último suspiro de su existencia y se continúa en el camino de la prevención a través de la vacunación contra el COVID-19, la promoción y la educación de la salud para transitar a estilos de vida saludables que permitan la reducción del riesgo de padecer enfermedades como sobrepeso u obesidad, así como enfermedades crónico-degenerativas.

En el momento de escribir estas líneas es patente que el aprendizaje no acaba, los recursos humanos siguen siendo necesarios e insuficientes, y el trabajo incesante por continuar participando en la toma de decisiones sigue su rumbo.

Después de seis olas de COVID-19 las personas continúan utilizando mascarillas y cubrebocas para reducir el riesgo de contagio; han sido muchas las experiencias y los retos para la práctica de Enfermería, pero uno de los más grandes será invertir en Enfermería para potenciar y visibilizar las contribuciones del gremio en el sistema de salud de cualquier parte del mundo.



REFERENCIAS

1. *Plan Estratégico Institucional para la Atención de la Contingencia por COVID-19*. Marzo de 2020.
2. *Plan Estratégico Institucional para la Atención de la Contingencia por COVID-19*. 2020.
3. Organización Mundial de la Salud: *Cepa variante del SARS-CoV-2 asociada a neumonía en China*. 5 de enero de 2020.
4. Secretaría de Salud: *Aviso preventivo de viaje a China por neumonía de etiología desconocida*. 9 de enero de 2020.
5. Consejo de Salubridad General: Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. *DOF* 2020.
6. Secretaría de Salud: Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). *DOF* 2020.
7. Secretaría de Salud: *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV2, causante de la COVID-19 en México*. Versión 10.0. 2022.
8. Secretaría de Salud: *Estrategia Operativa de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19 en México*. 2021.
9. *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México. 1910-2010*. 2010.
10. *Plan Nacional para la preparación y respuesta ante la intensificación de la influenza estacional o ante una pandemia de influenza*. Secretaría de Salud, 2009.
11. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud: *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Situación en las Américas. Distribución geográfica de la enfermedad por el coronavirus 2019 CoV en las Américas*.
12. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guía para la preparación y respuesta ante la epidemia de COVID-19 en el IMSS. Lineamientos reconversión hospitalaria fase III*. Ciudad de México, 2020.
13. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guía técnica para la mejora de la calidad de la atención en pacientes con COVID-19*. Ciudad de México, 2021.

REFERENCIAS DE CONSULTA

1. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social: *Algoritmos interinos para la atención del COVID-19*. Ciudad de México, 5 de mayo de 2020.
2. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social: *Algoritmos interinos para la atención del COVID-19*. Ciudad de México, 2 de julio de 2021.
3. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guía técnica para la mejora de la calidad de la atención en pacientes con COVID-19*. Ciudad de México, mayo de 2021.
4. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guía técnica para la mejora de la calidad de la atención en pacientes con COVID-19*. Ciudad de México, marzo de 2022.



CAPÍTULO V

Presente y futuro de la investigación y la educación en Enfermería en el IMSS

Sylvia Claudine Ramírez Sánchez, Silvia Eliosa Centeno, Sandra Beatriz González Mota, Beatriz Adriana Cortés Rodríguez, Eva del Carmen Quiñónez Molina, Ivonne Selene Torres Téllez, Gladis Faustina Puch Ku, Alma Sofía Solís Gámez, Érika Yazmín Robles Saavedra, Érika Noemí Castro Morales, Fabiana Maribel Zepeda Arias, Marisela Moreno Mendoza, Adriana Galeana Gudiño



INTRODUCCIÓN

El cuidado enfermero es, sin lugar a dudas, un elemento fundamental para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que durante 80 años se ha consolidado como una institución de salud y de gran liderazgo a nivel de Latinoamérica, ya que oferta la mayor cobertura de atención para la población. Inmerso en el sistema de salud mexicano, el IMSS ha destacado por mantenerse a la vanguardia en los procesos administrativos y asistenciales a niveles nacional e internacional, en cumplimiento de la misión de salvaguardar la salud de la población mexicana.

Para lograr el prestigio que actualmente ostenta el Instituto cuenta con un capital humano de gran valor, el cual es la piedra angular de su excelente funcionamiento y es con el que ofrece los mejores servicios en la atención cotidiana; como parte imprescindible del equipo multidisciplinario se encuentran los profesionales de Enfermería, con el objetivo primordial del cuidado; no obstante, para ejercerlo de manera apropiada, debe disponer de un fundamento teórico y científico metodológico que lo respalde, el cual sólo se logra por medio de la investigación.

En el presente capítulo se describe la importancia de la investigación para dar sustento teórico metodológico al cuidado de Enfermería; de la misma forma, con base en el orden histórico de su fundación se presentarán las siete escuelas de Enfermería del IMSS: Ciudad de México (1947), en el Centro Médico Nacional (CMN) “Siglo XXI”; Monterrey, Nuevo León (1951); Tijuana, Baja California (1968); Guadalajara, Jalisco (1971); Hermosillo, Sonora y Mérida, Yucatán (1972); y Ciudad Obregón, Sonora (1990). Se mencionará el proceso de reconocimiento de la licenciatura en Enfermería y la propuesta de funciones de este personal.

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA MEJORA DEL CUIDADO ENFERMERO

Sylvia Claudine Ramírez Sánchez, Silvia Eliosa Centeno, Sandra Beatriz González Mota

La Enfermería como profesión plantea la vocación con una misión centrada en el cuidado del paciente, con base en estándares de calidad y seguridad en salud actuales. La gestión y el cumplimiento del cuidado se sustentan y se deben justificar en evidencia científica, por lo que es indispensable el desarrollo de la investigación por parte de Enfermería, de tal forma que sea posible realizar contribuciones que fundamenten la práctica cotidiana.¹



La evidencia científica garantiza el conocimiento que permite otorgar una atención oportuna, óptima y de calidad acorde a las necesidades de la población, las cuales se han modificado conforme a la transición epidemiológica y demográfica del país. La investigación no sólo permite transformar la práctica clínica, sino que también hace posible que los profesionales de Enfermería compartan el conocimiento a través de la difusión de los resultados de la investigación en publicaciones científicas, lo que les permite incursionar en el diseño de políticas de salud.

Actualmente el rol que ejerce la Enfermería se ha transformado significativamente, puesto que no se limita al área meramente asistencial, sino que también se desempeña en la comunidad con labores de promoción de la salud y contribuye como formadora de recursos humanos en el ámbito educativo, y en el ámbito gerencial ejerce un liderazgo que le permite dirigir al resto del equipo de salud. Se debe hacer una mención especial para destacar su desempeño en recientes fechas por su participación al otorgar cuidados emergentes, debido a la pandemia por COVID-19.

A pesar de que cada rol conlleva responsabilidades y competencias muy diferentes, la evidencia científica obtenida mediante la investigación es la que permite ampliar el campo de acción a partir de una práctica basada en la evidencia para la Enfermería, conjuntando el conocimiento y la experiencia clínica. El uso del método científico aplicado a la investigación permite la participación de estudiantes de Enfermería de licenciatura, de especialidad y de posgrado, además del personal de Enfermería que realiza funciones en las áreas operativas. Por lo anterior, se estableció desde hace años el reto institucional de capacitar al mayor número posible de profesionales de Enfermería para llevar a cabo investigación mediante becas para diplomados, talleres, cursos monográficos y estudios de posgrado, así como para cursar la maestría y el doctorado, y la capacitación en línea —tipo *webinar*— para el desarrollo de proyectos de investigación.

También se cuenta con Grupos de Investigación de Enfermería (GIE), equipos de trabajo adecuadamente conformados en la modalidad presencial y en línea, que permiten formar vínculos entre profesionales del equipo multidisciplinario de diferentes entidades de la República Mexicana, para fomentar estudios multicéntricos y la colaboración con diferentes instancias educativas nacionales e internacionales, con la finalidad de cumplir con la misión de fortalecer, contribuir y ampliar el campo de acción en beneficio de la mejora profesional y la innovación en el cuidado y el rol de Enfermería que impacten en la salud de la población.

Historia de la investigación en Enfermería

Para mencionar la historia de la investigación en Enfermería en el IMSS es necesario retomar el trabajo realizado por la Lic. Claudine Palazuelos Lacaille, Coordinadora de los Programas de Enfermería, quien siempre impulsó la investigación mediante el desarrollo de actividades científicas, cursos, talleres y en particular el diplomado en sistemas de salud, el cual se convirtió en su principal aportación, pues identificó que la falta de profesionales de Enfermería investigadores en el Instituto más que un problema era un área de oportunidad. Por ello dedicó un particular empeño en su desarrollo.

En primer lugar identificó los contenidos y los conformó con base en los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, a partir de lo cual dispuso una duración de un año, a fin de que las participantes lograran primero conformar un protocolo de investigación que debería ser aprobado por el Comité de Ética e Investigación asignado según su adscripción, y después, en una segunda etapa, aplicaran el instrumento para recolección de información seleccionada, llevar a cabo el análisis de datos de la información y redactar los resultados hasta llegar a la publicación.

De esta forma iniciaron las cátedras con el apoyo del personal adscrito a las unidades de investigación, que igualmente se comprometieron con esta propuesta y tomaron como referente un manual —El diseño y la conducción de proyectos de investigación en sistemas de salud—² que consiste en dos tomos, el cual llevó a cabo el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.

Esto permitió a varias generaciones iniciarse en el diseño de sus proyectos de investigación con el apoyo de la Dra. Hortensia Reyes Morales y el Dr. Ricardo Pérez Cuevas, quienes contribuyeron activamente en la capacitación y el asesoramiento de varias generaciones, las cuales al finalizar el diplomado presentaban sus resultados en seminarios con la intención de afinarlos para que fueran presentados en formato de cartel o ponencia, además de preparar los manuscritos para la publicación; de acuerdo con las aptitudes; los integrantes eran seleccionados y exhortados para continuar los estudios de posgrado.

La oportunidad llegó primero al firmar un convenio de colaboración con la Universidad Autónoma de Aguascalientes como aval, para cursar la maestría en investigación en sistemas de salud. Luego, en 2009 se implementó la maestría en ciencias, con énfasis en los sistemas de salud, con el aval del Instituto Nacional de Salud Pública, en convenio con el IMSS, con sede en la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud.

El liderazgo y la oportuna gestión contribuyeron a inspirar a otros profesionales de Enfermería para integrarse a proyectos de investigación multidisciplinarios de primera instancia, dirigidos por personal médico y posteriormente diseñados por estos profesionales, quienes conscientes de las necesidades que imperaban en sus unidades de adscripción, y en apego a las líneas de investigación propuestas por la Dirección de Prestaciones Médicas, desarrollaron proyectos con enfoque en la mejora de las condiciones de salud de la población derechohabiente.^{3,4}

Al identificar la necesidad de crecimiento de los proyectos la Lic. Palazuelos se dio a la labor de difundir los resultados de las investigaciones realizadas a través de la promoción de la participación de los primeros profesionales de Enfermería en los foros de investigación organizados por la Coordinación de Investigación en Salud, eventos que permitieron el intercambio de conocimiento científico y en los que actualmente las nuevas generaciones participan de manera consistente con los proyectos realizados durante los estudios de posgrado. Asimismo, se interesó por expandir el conocimiento más allá del IMSS y gestionó varios convenios de colaboración nacionales e internacionales para realizar estancias de investigación para el personal de Enfermería; en su calidad de participante del Consejo Editorial de la *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, contribuyó como revisora y autora de varios artículos científicos.^{5,6}

De modo que romper el paradigma del enfoque meramente asistencial del profesional de Enfermería fue un logro de la Lic. Palazuelos al vincular el área clínica con la investigación, hecho que condujo a un mayor interés por la realización de proyectos cada vez más ambiciosos, de mayor alcance metodológico y valor científico, así como fomentar la presencia de Enfermería en los comités de ética e investigación en calidad de vocales, y elevar la formación de recursos humanos en posgrado con maestría y doctorado para asegurar los cuadros de reemplazo profesionales con enfoque en la investigación y amplio compromiso con el cuidado enfermero basado en evidencia científica y sentido humano.

Para darle continuidad al valioso legado de la Lic. Palazuelos, quedó a cargo el Lic. Mario Moreno Nava, quien modificó la duración del Diplomado de Investigación, pues redujo su duración, pero estableció la impartición de dos cursos por año. Esto permitió capacitar a un mayor número de profesionales de Enfermería, así como fortalecer la formación con el curso de “Redacción del escrito científico”, a fin de aumentar las publicaciones y enviar los escritos a la *Revista de Enfermería del IMSS* o a otras revistas científicas especializadas en Enfermería.

Lo anterior posibilitó la conformación de la Red de Investigación de Enfermería con los egresados de cursos previos, con la finalidad de promover proyectos entre los integrantes, debido a que muchos de ellos provenían del interior del país, y las reuniones fueron los espacios idóneos que permitieron compartir el conocimiento.

Actualmente el Diplomado de Investigación se ha modificado en contenidos y estructura, con la inclusión de tópicos como la importancia de la revisión sistemática y el metaanálisis. Se imparte



sólo en el interior del país en tres sedes: Chihuahua, Guanajuato y Nayarit. Asimismo, se realizó la gestión para el reconocimiento oficial de las instituciones educativas de cada estado y se considera como una fortaleza que los exalumnos sean los actuales coordinadores de sus respectivas sedes, con excelentes resultados. Es indudable que la investigación para el profesional de Enfermería ha evolucionado, aunque resulta de gran valor reconocer a los autores que realizaron una ardua labor al identificar la necesidad de crear espacios para promover el aprendizaje de la metodología por parte de las nuevas generaciones.

Grupos de investigación

Antecedentes

El principal objetivo del área de programas es “Fomentar la investigación en Enfermería para generar publicaciones científicas, capacitar al recurso humano y difundir el conocimiento”, de modo que resulta indispensable para fortalecer la profesionalización de Enfermería, privilegiar la investigación, seleccionar un problema o necesidad, organizar la información que lo contextualiza y analizarlo para determinar sus causas y posibles soluciones; es decir, identificarlo a partir del método científico y proporcionar las respuestas requeridas para mejorar los procesos de atención en el cuidado enfermero.⁷

Definitivamente, cuestionar y desarrollar un método sistemático que facilite la creación del conocimiento encaminado a fortalecer las funciones sustantivas de la Enfermería es más que necesario⁸ para fortalecer el cuidado enfermero. La investigación es una herramienta determinante para proporcionar una mejor atención a la población derechohabiente, la cual está enfocada en prevenir, controlar y evaluar las consecuencias de cualquier proceso de salud y enfermedad.⁹

Por ello la producción científica de Enfermería es tan necesaria, dado que se ha convertido en un elemento crucial para la consolidación de la disciplina, pues vincula desde las bases teóricas y epistemológicas del cuidado hasta el abordaje de enfermedades emergentes y reemergentes, las cuales se deben visualizar con la finalidad de desarrollar líneas propias de investigación que aporten de forma sustancial evidencia científica a la práctica de la Enfermería.¹⁰

En este sentido, como parte de la necesidad de capacitar al mayor número posible de enfermeras, en 2017 surgieron los GIE, los cuales están a cargo de la M. en C. Sylvia Claudine Ramírez Sánchez, Coordinadora de Programas de Enfermería, adscrita a la Coordinación de Investigación en Salud. Estos grupos están enfocados en dirigir y liderar a profesionales en equipos de trabajo con la dinámica de reunirse un día a la semana para revisar los avances de los proyectos de esos profesionales y bimestralmente realizar seminarios, con la finalidad de que esos trabajos sean presentados en congresos y foros, y que lleguen a ser publicados (figura V-1).

La primera experiencia de estos grupos se llevó a cabo de manera presencial en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Cardiología. Estuvo conformada por una coordinadora de sede, la M. en C. Olga Lozano Rangel, y 10 integrantes del personal profesional y no profesional de Enfermería. Su labor fue básicamente asistencial, pero con gran experiencia y competencia en los servicios de atención al paciente con patologías cardiológicas, como la rehabilitación cardíaca, la clínica de líneas vasculares, la geriatría y los cuidados al paciente en estado crítico. Esto permitió que las integrantes conocieran a profundidad sus procesos e identificaran con gran claridad las necesidades que debían ser estudiadas.

A modo de plan piloto, este grupo se reunió durante seis meses y recibió una clase con el propósito de proporcionar las bases metodológicas para elaborar un protocolo de investigación, la cual impartió un ponente adscrito a la Coordinación de Investigación o bien a alguna unidad de investigación. Después se llevaron a cabo las actividades correspondientes a cada tema hasta que se conformó un protocolo íntegro, registrado en la plataforma del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud.

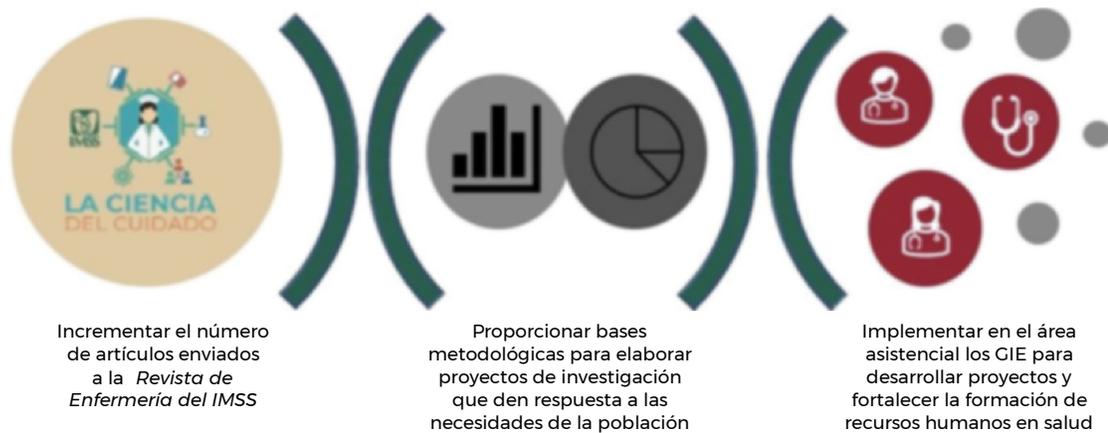


Figura V-1. Experiencia de los Grupos de Investigación de Enfermería. Tomado de S. C. Ramírez Sánchez. Experiencia de los Grupos de Investigación (GIE).

Los protocolos generados eran sometidos a revisión por parte de los comités de ética e investigación, y después de la evaluación se determinaba la aprobación o bien se realizaban las recomendaciones correspondientes. Después se continuaba con el trabajo de campo, la recolección de los datos y el análisis de los resultados. Como producto de este primer acercamiento se obtuvieron cinco trabajos de investigación, los cuales se presentaron en diversos foros, y algunos fueron publicados.

La estructura de los grupos es muy importante, debido a que se requiere un coordinador con quien se realicen los acuerdos y se estructure el cronograma de actividades, a fin de programar las sesiones necesarias de apoyo metodológico para desarrollar los proyectos, además de dar seguimiento a los integrantes con la finalidad de mantener un grupo homogéneo e identificar oportunamente si algunos pudieran tener complicaciones al desarrollar los estudios de investigación, para lo cual se abordará la situación de manera inmediata.

Con esto se garantiza la oportunidad de registrar los trabajos, desarrollarlos, cubrir las fechas programadas y las fases de recolección, el análisis y los resultados para concluir con su publicación y la respectiva presentación en foros científicos. Además, se insta a que los participantes se integren a los comités de ética e investigación, debido a que durante su estancia en los GIE se los convoca a inscribirse al curso “Buenas Prácticas en la Investigación Clínica”. Se busca también que los integrantes que ya tienen mayor capacitación en el área obtengan la calificación curricular o ingresen en el Sistema Nacional de Investigadores (figura V-2).

Con bases sólidas, una vez identificada la viabilidad del proyecto, en 2018 se implementó la misma metodología, pero en una versión en línea, por medio de la plataforma Zoom. Una de las primeras sedes fue Mexicali, Baja California, con la Dra. en Educación como coordinadora, la enfermera Leticia López López y 10 integrantes que también lograron concluir satisfactoriamente algunos de sus trabajos, los cuales se presentaron en el Foro Nacional de Investigación del IMSS en Puerto Vallarta, Jalisco, en 2019; sus resultados fueron publicados en la *Revista de Enfermería del IMSS*. Cabe destacar que para permanecer en los grupos de investigación es necesario que los integrantes continúen produciendo proyectos de investigación.

Actualmente se encuentran activos los grupos de Veracruz Sur, a cargo de la Dra. Claudia Alicia Vigil Pérez, quien ganó el tercer lugar en el XXIX Foro Nacional de Investigación en Salud; y Veracruz Sur, con la Lic. Silvia Eliosa Zenteno, quien realizó el primer estudio multicéntrico de Enfermería enfocado en el “Nivel de bienestar psicológico en los pasantes de Enfermería en el ciclo académ-

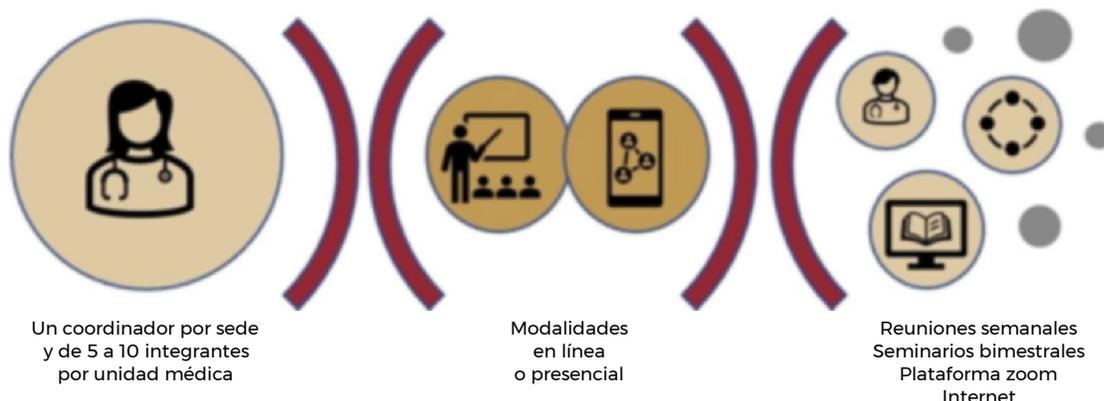


Figura V-2. Estructura y descripción de la dinámica de los Grupos de Investigación. Ramírez Sánchez S. C.

mico de servicio social”, en conjunto con la sede de Nayarit, dirigida por la Mtra. María Elena Pérez Rivera; Sinaloa con el Dr. Roberto Tirado Reyes, integrante del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos; Monterrey con el Dr. Miguel Ángel de la Rosa; Tijuana con el Mtro. Alejandro Pérez Avilés; Guanajuato con la Dra. Luz María Cardona Torres, quien cuenta actualmente con calificación curricular en el IMSS; Yucatán con la Mtra. Gladis Faustina Puch Ku, Directora de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mérida; Sonora, con el Mtro. Jacob Saavedra Tello y la Mtra. Marisol Macoco Cruz; Ciudad de México con la Mtra. Pamela Edith Jiménez Beltrán y la Mtra. Mónica Elizabeth Gutiérrez; y Chihuahua con la participación especial del Dr. Luis Flores Padilla, miembro del Sistema Nacional de Investigadores, la Mtra. Ivette Janeth Reveles Manríquez, la Mtra. Perla Yaneli Ruiz Montes, la Mtra. María Concepción de Luna López y la Dra. Juana Trejo Franco.¹¹

Se cuenta también con la colaboración de integrantes que actualmente se encuentran en periodo de formación realizando estudios de posgrado y que laboran activamente en todos los proyectos del área de programas de Enfermería, cuyas aportaciones son de gran valía, así como con la MAE Diana Cristina Navarro Rodríguez de Aguascalientes, la Mtra. Maritza Espiricueta Medina de Nayarit, la Mtra. Rosalía Silva Maytorena de Mexicali y la Mtra. Clara Teresita Morales Álvarez, la Mtra. Margarita del Rayo García Campos y el Mtro. Mario Ruiz Belman de Guanajuato. Una mención especial la merecen quienes participan activamente en los proyectos de investigación, en las conferencias en línea mensuales o anuales como ponentes externos: el Dr. Erik Landeros Olvera, miembro del Sistema Nacional de Investigadores y ganador del Premio Nacional de Enfermería 2022, adscrito a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; la Dra. Érika Caballero, quien aportó el punto de vista del Consejo Internacional de Enfermeras para las enfermeras en América Latina del Consejo Internacional de Enfermeras; y el Dr. José María Santamaría García, Catedrático de la Universidad de Alcalá de Henares, España, y líder del proyecto y grupo de investigación *Management About Information and Standard Knowledge of Care* (MISKC). Para finalizar, se agradece y destaca la participación del Ing. Alejandro Diep Montiel, el Ing. Alberto Haruo Rojo Azuma y la Dra. Susana Navarrete Navarro, cuyos procesos en la Coordinación de Investigación en Salud son esenciales para los profesionales de Enfermería en el registro y dictámenes de proyectos de investigación. Cabe destacar que gracias al trabajo de cada uno de los integrantes de los GIE se están elaborando para la modalidad en línea los talleres de “Validación de instrumentos de medición” y “Redacción del escrito científico”, ambos con la finalidad de incrementar el fortalecimiento de las competencias en investigación de los profesionales de Enfermería.¹²

Reuniones de la red de Enfermería

En la región de las Américas las redes de Enfermería han dado excelentes resultados, puesto que han unido a profesionales para trabajar de manera conjunta en sus áreas de interés y posteriormente reunirse de forma anual con la expectativa de compartir experiencias y logros del trabajo desarrollado; sin embargo, esta dinámica se vio modificada por cuestiones de la pandemia, aunque las actividades no se detuvieron, puesto que se les dio continuidad de manera virtual y se trabajó con diversas líneas de investigación, lo que permite intercambiar ideas, conocimiento y avances, y ha fortalecido al gremio.

El principal objetivo de las redes es trabajar conjuntamente en las fortalezas y las áreas de oportunidad identificadas, a fin de generar propuestas de trabajo colaborativo entre profesionales para crear proyectos de investigación y publicación que permitan aportar recomendaciones basadas en la evidencia científica y tengan un impacto en la Cobertura Universal de Salud, así como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.^{13,14}

En el IMSS los profesionales de Enfermería que participan activamente en los GIE han retomado parte de esta agenda de trabajo para desarrollar sus proyectos, debido a la concordancia que existe con las necesidades identificadas en sus ámbitos de acción, por ejemplo, investigaciones enfocadas en la igualdad de género y la salud de las poblaciones vulnerables, principalmente en su bienestar, y desde luego una educación de calidad, debido a que la formación de recursos humanos es una función particularmente importante para el IMSS.¹⁵ De esta manera, de 2018 a la fecha se ha logrado el desarrollo de proyectos multicéntricos que se presentan en foros de investigación, los cuales llegan a la publicación vinculados y difundidos por medio de la Red Mexicana de Editores de Revistas Científicas de Enfermería (Red MERCE), fundada en 2011 y actualmente representada y liderada por la Mtra. Reyna Matus Miranda,¹⁶ quien se coordina con la Red Internacional de la Biblioteca Virtual en Salud en Enfermería (BVS-Enfermería) para impulsar el cuidado enfermero, el compromiso de la investigación basada en buenas prácticas, la educación y, desde luego, la investigación para mejorar las condiciones de salud de la población.¹⁷

Innovación

El IMSS cuenta con 132,211 enfermeras, y capacitarlas representa un difícil reto, por lo que se determinó iniciar un proyecto de más alcance que los grupos de investigación. Dicho programa lleva por nombre “Microlecciones de investigación para enfermeras”, y está diseñado por enfermeras (y para enfermeras) que seleccionaron los temas para cubrir todos los aspectos metodológicos elementales para construir un proyecto de investigación, los temas prioritarios y las líneas de investigación, además de retomar cuestiones de epistemología para Enfermería y su adecuación al método científico, o la subestructuración teórica.

Entre otros temas están los de Dulock y Holzemer para proponer constructos, el paradigma de investigación para Enfermería, la orientación fundamental de talleres para la citación Vancouver, la validación de los instrumentos de medición al diseñar cuestionarios y encuestas digitales o presenciales, los enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos, los diseños de investigación, las pruebas piloto, la importancia del uso de los indicadores bibliométricos para autores, la relevancia del ORCID,¹⁸ los aspectos básicos de estadística descriptiva, las pruebas estadísticas, el cálculo para el tamaño de muestra, la construcción de bases de datos en Excel y en el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences*, mejor conocido como SPSS, un tutorial con la elección de los mejores gráficos según la información obtenida a partir de los resultados, además de que es lo más importante que se debe considerar en cuanto a las buenas prácticas en la investigación, ética y bioética.

Asimismo, se incluye el tema relativo a la redacción de los resultados, las conclusiones y las limitaciones de los estudios, sin pasar por alto cómo plantear si existen o si se presentan conflictos de interés durante una investigación (figura V-3).



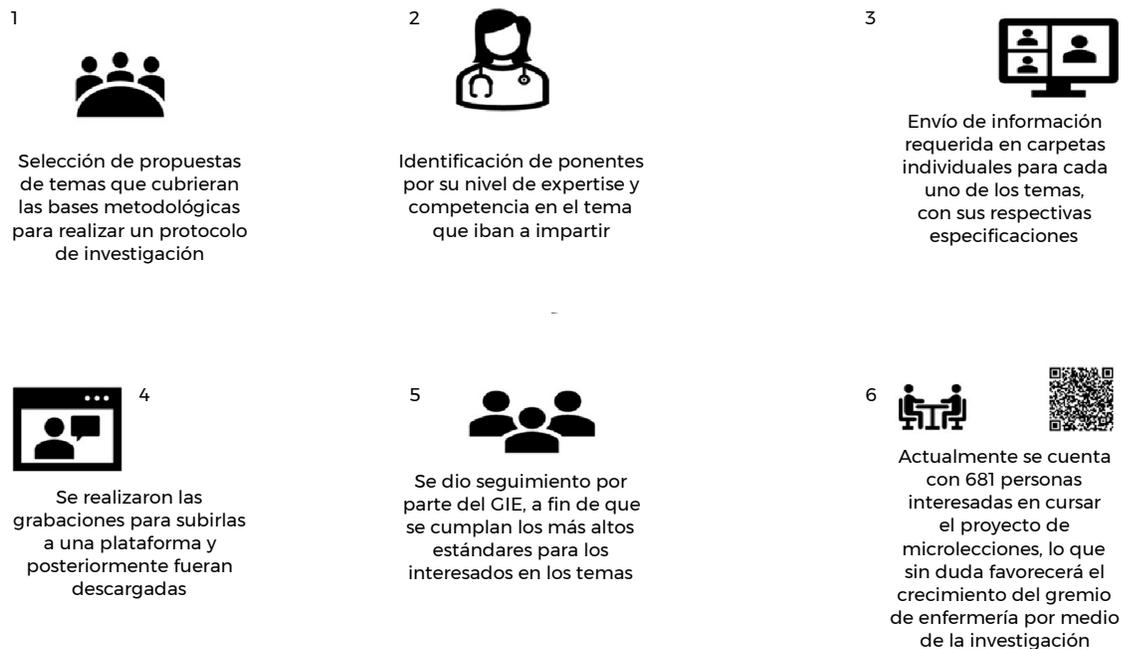


Figura V-3. Microlecciones de investigación para Enfermería. Tomado de Ramírez Sánchez S. C.: *Proyecto de microlecciones para Enfermería*. Grupos de Investigación (GIE).

En esta ocasión se realizó el registro por parte del profesional de Enfermería en la plataforma Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud, así como los puntos clave para el envío de los documentos a los comités de investigación correspondientes: acorde a las necesidades al comité local o bien al comité nacional.

La metodología que se estableció para este proyecto de capacitación consta de 50 microlecciones con 40 min de duración, una carpeta con material complementario previamente seleccionado por cada uno de los ponentes, a fin de que los interesados puedan consultar los temas para una mayor comprensión de los contenidos, una evaluación que permite retroalimentar al alumno y una semblanza curricular de cada uno de los ponentes para que los interesados en las microlecciones identifiquen quién les aporta el conocimiento y lo ubiquen mejor en caso de requerir una consulta.

La actividad profesional de Enfermería es muy antigua; los orígenes de la investigación surgieron con la misma fundadora de la Enfermería moderna: Florence Nightingale, quien fue la iniciadora de aspectos básicos de la ética y la estadística que sentaron las bases que en este momento permanecen vigentes al retomar sus conceptos filosóficos.

Si bien la investigación en el área de Enfermería representa un gran reto, se puede considerar que existe un gran avance. Actualmente la profesión hace presencia en foros de investigación nacionales e internacionales, así como en colegios y asociaciones científicas con publicaciones en revistas con factor de impacto. Asimismo, cada día es de mayor interés para el personal de Enfermería formar parte del Sistema Nacional de Investigadores o bien integrarse como parte del personal del IMSS con calificación curricular en carrera institucional de investigación.

Los avances, aunque lentos, han sido firmes, y han permitido hasta ahora las competencias de Enfermería en investigación; si bien es necesario incrementar la motivación e incentivar al gremio, es importante destacar que el área asistencial cada vez se interesa más en ofrecer cuidados con sus-

tento científico, Enfermería basada en evidencia y Enfermería de práctica avanzada, permitiendo una mayor competitividad en los ámbitos educativo, gerencial y asistencial.

Cada vez más espacios son cubiertos por profesionales de Enfermería que contribuyen con otros profesionales del equipo multidisciplinario al desarrollo de políticas en salud para generar más y mejores expectativas en la atención de la población derechohabiente que proyecten nuevas líneas de investigación, forjen el conocimiento y garanticen la calidad, la eficiencia y la oportunidad.

Conclusión

En conclusión, la semilla ha dado frutos y el compromiso continúa vigente. La investigación y el cuidado no pueden estar aislados; hoy más que nunca se busca la vanguardia del conocimiento, la actualización y la reinención conforme a las necesidades tan dinámicas de la sociedad.

ESCUELAS DE ENFERMERÍA

Beatriz Adriana Cortés Rodríguez, Eva del Carmen Quiñónez Molina, Ivonne Selene Torres Téllez, Gladis Faustina Puch Ku, Alma Sofía Solís Gámez, Érika Yazmín Robles Saavedra, Érika Noemí Castro Morales

Conforme al orden histórico de su fundación, se presentarán las siete escuelas de Enfermería del IMSS: en 1947 en la Ciudad de México, en el CMN “Siglo XXI”; en 1951 en Monterrey, Nuevo León; en 1968 en Tijuana, Baja California; en 1971 Guadalajara, Jalisco; en 1972 Hermosillo, Sonora, y Mérida, Yucatán; y en 1990 en Ciudad Obregón, Sonora.

Reseña histórica de escuelas de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, Ciudad de México

El Instituto Mexicano del Seguro Social, desde su inicio en 1943, reconoció la relevancia de contar con personal de Enfermería que respondiera al modelo de atención del propio Instituto, con un profundo sentido humanista y ético. Ante este contexto, en 1947 se fundó la primera Escuela de Enfermería del IMSS, nombrada Escuela de Enfermería del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, en el Distrito Federal, ubicada en el Sanatorio N° 1, con incorporación a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y una estructura orgánica conformada por un director y cuatro profesores de tiempo completo.

Debido al número considerable de alumnas, la escuela cambió sus instalaciones al Hospital General del CMN “La Raza” pero luego, en 1961, fue ubicada en el CMN “Siglo XXI”, con nueva estructura organizacional, incluyendo un director, un subdirector, cinco enfermeras instructoras y 24 profesores de tiempo parcial. A partir de 1971 la dirección de la escuela quedó a cargo de una enfermera.

Con base en el avance de los conocimientos de las disciplinas del área de la salud, en 1994, como parte de las acciones encaminadas a la profesionalización del personal de Enfermería, el IMSS determinó cambiar el plan de estudios en las escuelas de Enfermería de nivel técnico a nivel licenciatura, implementando de manera inicial el nuevo programa en la Escuela de Enfermería del IMSS CMN “Siglo XXI” en el Distrito Federal; el proceso de cambio ocurrió de manera paulatina en el resto de las escuelas del Instituto, con reconocimiento de las universidades estatales.

En 1995, mediante un convenio con la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, se impartió el programa nivelatorio de la licenciatura en la modalidad de Sistema de Universidad Abierta (SUA) para los trabajadores con formación técnica en Enfermería. Es importante señalar que han egresado un total de 3,646 personas de Enfermería en nivel técnico y nivel licenciatura, 1,389 profesionales que actualmente se ubican insertados en diferentes escenarios operativos, gerenciales, educativos y de investigación. Cabe mencionar que a lo largo de



75 años la dirección de la Escuela de Enfermería del CMN “Siglo XXI” ha sido liderada por nueve enfermeras comprometidas en la formación de profesionales de Enfermería para dar respuesta a las demandas del propio Instituto y de la sociedad dentro del panorama epidemiológico actual y la demanda urgente de servicios especializados y de mayor tecnología.

La Escuela de Enfermería del CMN “Siglo XXI” ha obtenido ocho distintivos dentro del Modelo de Competitividad del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo cual pone de manifiesto que la escuela es una unidad educativa de calidad en los procesos de enseñanza; en cuanto a aspectos de responsabilidad social, ha obtenido dos certificaciones como unidad libre de humo de tabaco; el último lo obtuvo el 31 de mayo de 2022.

Por todo lo anterior, 75 años se dice fácil, pero son 75 años que se han vivido en medio de situaciones de gran relevancia en la historia del país, en los que se han obtenido logros, éxitos y crecimiento, así como el posicionamiento de ser una de las escuelas de Enfermería con mayor demanda para el ingreso de aspirantes a la licenciatura de Enfermería.

Actualmente cuenta con 33 trabajadores al servicio de la formación de 282 alumnos para las carreras de licenciatura en Enfermería y licenciatura en Enfermería y obstetricia competentes y calificados, con valores éticos y conciencia social para el cuidado de la salud de la persona, la familia y el grupo social con enfoque holístico, espíritu de servicio, sentido humanístico e identidad profesional. Un ejemplo de ello y orgullo que embargó a la escuela fue que durante agosto de 2022 la UNAM otorgó una medalla y un reconocimiento a la pasante de servicio social Mary Carmen Pérez Olvera, por haber obtenido el mejor promedio de la generación en el nivel licenciatura en instituciones con estudios incorporados a la UNAM.

Monterrey

La Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León, se inauguró el 12 de mayo de 1951 como respuesta a las necesidades institucionales de personal profesional. Inició sus labores en septiembre del mismo año y a lo largo de 71 años ha formado a 3,630 profesionales, de los cuales 1,947 son de Enfermería general nivel técnico, con 44 generaciones; 1,310 de licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), con 30 generaciones; y 355 alumnos de licenciatura en Enfermería y obstetricia de la UNAM y 18 alumnas del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (tituladas) (SUAYED-UNAM). Actualmente se cuenta con un total de 341 alumnos, de los cuales 285 pertenecen al programa presencial de la UANL y 56 al Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia.

Los inicios de la Escuela de Enfermería se llevaron a cabo en mayo de 1951 por petición expresa del Lic. A. Bolio Espinosa, subdirector de Servicios Foráneos del IMSS. En la Ciudad de México se iniciaron las gestiones ante la UANL para formar enfermeras generales tituladas a partir de cubrir las necesidades de contar con profesionales, asignando a esta gestión en la Delegación Nuevo León al Lic. Fidel Cantú del Departamento Jurídico. La escuela inició labores en 1951, y en 1953 la UANL, mediante oficio 5354, por acuerdo del H. Consejo Universitario incorporó los estudios que se imparten en la Escuela de Enfermería del IMSS en Monterrey, Nuevo León. Los directivos incluyeron, en orden cronológico, al Dr. David Peña García (†) de 1951 a 1963, el Dr. Apolonio Vallejo Suárez de 1963 a 1969, el Dr. Juan Antonio Margain Canales de 1969 a 1971, el Dr. Rafael Garza González de 1971 a 1973, la Enf. Profra. Albertina Salgado Hernández de 1973 a 1981, la Enf. Profra. Alejandrina Hernández Cavazos de 1981 a 1987, la Lic. Elisa Martha Cantú de la Garza (†) de 1987 a 1999, la Mtra. María Gutiérrez López de 1999 a 2004, la MCE Esther Soto Briones de 2004 a 2009, la MCE Rosa Velia Rivera Sáenz de 2009 a 2014, la MAE Arguimira García Rodríguez de 2014 a 2016 y la MAE Alma Sofía Solís Gámez, directora de la Escuela de Enfermería, de 2016 a la fecha.

La Escuela de Enfermería impartió cursos de auxiliar de Enfermería en las entidades de Zacatecas, Durango, San Luis Potosí, Coahuila y Tamaulipas. Fue sede de cursos posttécnicos en especiali-

dades de Enfermería quirúrgica, cuidado intensivos y pediatría de 1986 a 1981, además de realizar cursos postécnicos de Enfermería en Gestión y Educación en Medicina de Familia en 2009.

Durante 71 años la Escuela ha desarrollado diferentes planes de estudios, como el Plan Anual en 1951, el mismo plan con incremento del número de materias en 1968, el plan semestral con 40% de materias de preparatoria en 1978 y la implementación del sistema integración docencia y asistencia en 1980. Estos nuevos esquemas teórico-administrativos modifican los servicios de salud, en los que el aspecto preventivo adquiere un carácter prioritario.

En 1985 se desincorporaron los planes de la UANL y se incorporaron los de la Secretaría de Educación del Gobierno del estado de Nuevo León con plan semestral. En 1990 la Secretaría de Educación y Cultura autorizó el plan de estudios que fue elaborado por la Escuela de Enfermería del IMSS y aplicado en las seis escuelas del IMSS a nivel nacional. En 1995 la Lic. Elisa Martha Cantú de la Garza, con la premisa de ofrecer profesionales competentes, realizó convenios con la Escuela de Enfermería de la UNAM para impartir el curso nivelatorio de la licenciatura en la modalidad “Ingreso años posteriores al primero”, dirigido a enfermeros generales, de los cuales egresaron 355 alumnos.

En la modalidad semipresencial en agosto de 2011 cambió el plan de estudios de la licenciatura en Enfermería a distancia en el SUAyED, de la UNAM.

En 1996 se decidió elevar el nivel de formación en el sistema escolarizado con incorporación a la UANL, aprobado el 15 de julio de 1996 por el H. Consejo Universitario, con la adopción del plan de estudios de la Facultad de Enfermería de la UANL, los cuales han tenidos cambios y permanecen vigentes. En la actualidad se desarrolla el Plan 420, que inició en 2019, del cual egresó la primera generación en diciembre de 2022.

La primera sede de la Escuela de Enfermería fue en el tercer piso del Hospital Universitario, pero hacia 1957 se cambió al edificio de la Central Médico Quirúrgica, ubicado en el centro de Monterrey; a partir de 1960 se adaptó a una casa habitación con cuatro aulas, laboratorios de propedéutica y nutrición, jardín alberca, dirección y oficina de secretaria. En 1976 cambió de domicilio a unas instalaciones más amplias: 12 aulas biblioteca, oficinas para secretarías, archivo, dirección, sala de maestras, laboratorios, almacén y comedor de personal.

En septiembre de 1980 los alumnos fueron ubicados en diferentes unidades médicas y las oficinas administrativas de la escuela se pasaron a Cuauhtémoc Sur 525. En 1986 las oficinas se cambiaron a la planta baja de la Unidad de Medicina Familiar N° 5. En junio de 2004, bajo la dirección de la Mtra. Esther Soto Briones, se iniciaron las gestiones para autorizar el proyecto de construcción del edificio, que concluyó en octubre de 2006 y fue llamado Escuela de Enfermería del IMSS Monterrey en la calle Monte Cervino 8703, en la colonia San Bernabé Segundo Sector, con una superficie de 5,239 m² y una construcción de 3,700 m², que cuenta con siete aulas con capacidad para 30 alumnos cada una, laboratorio clínico de hospitalización, terapia intensiva, quirófano, tococirugía, urgencias y dietología, todos con equipamiento y tecnología de vanguardia. Asimismo, tiene un auditorio con capacidad para 160 personas, sala de cómputo, sala interactiva, biblioteca, cafetería vestidores, área administrativa, servicios generales, áreas verdes y estacionamiento. El edificio, el equipo y las instalaciones de la Escuela de Enfermería son pieza fundamental y orgullo del personal docente, administrativo y estudiantil de la Escuela de Enfermería del IMSS para el desarrollo y la formación de las futuras generaciones del personal de salud que atenderá las necesidades de la población mexicana.

Entre los reconocimientos más importantes se encuentra la calidad de la formación educativa, la cual se observa a través de la obtención del Premio del Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL) en los periodos de enero a julio de 2018, de agosto a diciembre de 2018, de enero a junio de 2019 y de agosto a diciembre de 2019.

La implementación del Modelo de Competitividad con un enfoque del usuario y de los grupos de interés ha permitido consolidar el liderazgo del equipo de trabajo, mediante esquemas de ges-



tión de calidad que han permitido un crecimiento institucional con base en la misión y la visión de la Escuela de Enfermería, lo cual se ve reflejado en los premios obtenidos, como el Premio IMSS 2018, el Premio IMSS a la Competitividad 2019, el Premio Águila Oro en 2019 y el Premio Doble Águila Oro en 2020, lo cual permite continuar trabajando con ventajas competitivas y autenticando los factores clave de éxito.

De esta manera, se han brindado ambientes educativos cálidos y humanos cimentados en valores y con conciencia social e innovación a los estudiantes, quienes han sido agentes de cambio en los diferentes escenarios donde se desarrollan, contribuyendo así a transformar la salud de la población a través de calidad educativa.

Tijuana, Baja California

El 3 de julio de 1969 se protocolizó ante notario el Acta de la Asamblea Constitutiva de la Escuela, y en 1970 la Universidad Autónoma de Baja California aprobó e incorporó el Plan de Estudios de Enfermería. De los programas incorporados a dicha universidad se han formado 1,368 enfermeros generales y 948 licenciados en Enfermería, además de que en convenio con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM de 2000 a la fecha se ha imparte en la escuela la nivelación a licenciatura en Enfermería para trabajadores del Instituto en modalidad semipresencial y a distancia; de dicho convenio han egresado 263 licenciados en Enfermería.

Entre 1982 y 1984 se implementó el modelo educativo de integración-docencia-asistencia. Después de ello, con el propósito de dar respuesta a las necesidades institucionales y de los contextos social, político y económico del país, en 1987 se reestructuró el currículo educativo a nivel nacional, con el aval de las universidades estatales y la tutoría de los Programas de Estudio de Enfermería de la Coordinación de Educación Médica.

El esfuerzo por elevar la calidad de los alumnos egresados y por incrementar el nivel académico resultó en 1997 en el diseño del currículo de la carrera de licenciatura en Enfermería, lográndose un dictamen aprobatorio por la Comisión Permanente de Grados y Revalidación de Estudios de la Universidad Autónoma de Baja California, el 14 de octubre de 1998, operado a partir del ciclo escolar 1999-2001. Por tal motivo, se desarrollaron simultáneamente ambos planes de estudios: el de la carrera técnica de Enfermería hasta 2002 y el de licenciatura que continúa vigente. Después de casi 40 años de fundada la escuela y de realizar las actividades académicas en diferentes unidades del IMSS, el 14 de diciembre de 2007, a través del Programa de Fortalecimiento de las Escuelas de Enfermería, se inauguró un edificio propio, con infraestructura idónea para el desarrollo de los procesos escolares; el inmueble se ubica en Paseo Playas N° 1501, Sección Jardines, Fraccionamiento Playas de Tijuana.

Durante el proceso de formación académica cada alumno de la licenciatura en Enfermería realiza 7,244 h de práctica profesional y otorga cuidado de Enfermería en diferentes escenarios de primero y segundo niveles de atención dentro del Instituto. La escuela ofrece anualmente un promedio de 10 cursos formales de educación para la salud y de capacitación al personal de las diferentes unidades IMSS y otras instituciones educativas, de salud y empresas de diversos giros. Además, se han realizado proyectos comunitarios en colaboración con escuelas, instituciones de salud y organismos de la sociedad civil.

Se realizan seguimientos a mujeres embarazadas, pacientes que cursan con enfermedades crónico-degenerativas y pacientes del área de salud mental, y se llevan a cabo dos ferias de la salud al año y se brinda cuidado de Enfermería con metodología de la disciplina a un promedio de 30 familias al año, todas ellas derechohabientes del Instituto.

La escuela ha recibido distintivos: en 2016 fue ganadora del certamen Premio IMSS a la Competitividad, en 2017 ganadora del distintivo Águila Oro, en 2018 acreedora al distintivo Águila Doble Oro, en 2019 obtuvo el distintivo Águila Triple Oro, en 2020 ganadora del premio IMSS Oro a la

Competitividad, en 2021 acreedora al distintivo Águila Platino y en 2022 al Águila Doble Platino. En 2019 recibió un reconocimiento y la incorporación al padrón del examen general de egreso, como Programa de alto rendimiento académico, por los resultados obtenidos en la aplicación del examen general de egreso por el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, y continuó con resultados positivos en 2021. Se la reconoció por fomentar espacios 100% libres de humo de tabaco y de bajo riesgo para el consumo de drogas dentro del programa FORMA y la Certificación de primeros auxilios en salud mental de EUA, otorgado por el *National Council for Health and Mental Hygiene*, lo cual tuvo un impacto positivo en la población usuaria. A 53 años de inaugurada esta escuela se puede concluir que el desarrollo de las actividades académicas ha permitido un impacto en la calidad de la atención de la población derechohabiente del IMSS y de la población en general, pues la sociedad la ubica como la mejor opción para estudiar Enfermería. Su propuesta de valor es: “Excelencia educativa que transforma al ser humano”.

Guadalajara, Jalisco

La Escuela de Enfermería del IMSS en Guadalajara inició labores el 20 de octubre de 1971, con la incorporación de estudios de nivel técnico a la Universidad de Guadalajara, y de acuerdo con el dictamen emitido el 14 de octubre del mismo año.

Se efectuó la ceremonia inaugural bajo la presencia del entonces Delegado Estatal de la Delegación Jalisco Lic. Carlos Ramírez Ladewing y la Enf. María de la Luz Pesqueira Cabrera, quien desempeñaba el cargo de Asesora Nacional de Enseñanza en Enfermería; entre otras autoridades asistentes al evento se incluyen el Lic. José Parres Arias, Rector de la Universidad de Guadalajara; el Dr. Joaquín Bernal Navarro, Jefe de los Servicios Médicos, el Dr. Julio Novoa Martínez, Jefe de Enseñanza Delegacional, y quien fungió como la primera directora de la escuela, la Dra. Margarita Martín Montoro.

Las primeras instalaciones en las que se iniciaron actividades académicas y del Cuerpo de Gobierno se ubicaban en el Hospital de Pediatría, antes Unidad Oblatos, que actualmente forma parte del Centro Médico Nacional de Occidente. Debido a la demanda de estudiantes, la sede cambió de domicilio, y en 1976 se instó en un edificio ubicado en las avenidas la Paz y López Mateos, y permaneció ahí hasta 1981. Debido a la reestructuración de la entonces Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación, y con el propósito de hacer aplicativa la metodología educativa denominada integración docencia-servicio, los grupos de alumnos se ubicaron en las unidades de atención médica de segundo nivel, a cargo de una profesora con funciones de coordinación de semestre, y el personal directivo y administrativo pasó a formar parte del Hospital General Regional N° 45 “Hospital Ayala”; en este año ya era necesario contar con una sede para la escuela donde estuviera el total del personal académico administrativo y el alumnado, motivo por el cual iniciaron las gestiones para contar con un espacio propio para ubicar el plantel. Para 1984, estando de directora la Enf. Martha Martínez Gutiérrez (1982- 1995), se obtuvieron los primeros planos y se inició la gestión para la construcción.

Para el año 1996 se establece el convenio IMSS-UNAM-ENEO, llamado “Ingreso Años Posteriores al Primero”, del cual se oferta la Nivelación a la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, del Sistema Universidad Abierta, contando con 33 alumnos en la primera generación; para estas fechas podían ingresar enfermas técnicas con título y cédula profesional sin importar la institución laboral de procedencia.

En 1997 se adoptó el plan de estudios de la licenciatura en Enfermería de la Universidad de Guadalajara, cuya primera generación constó de 29 alumnos; en ese momento fungía como directora de la escuela la Licenciada en Enfermería Marisela Honorina Cruz Abascal.

A partir de 1998 la escuela se situó en el edificio de la Subdelegación Reforma Libertad, ubicada en la Calzada Independencia Norte N° 580 en el segundo piso; ahí compartía área física con el Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) y el Centro Regional de Seguridad en

el Trabajo, Capacitación y Productividad; desde entonces opera en dicho edificio. La escuela logró su certificación ante el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería el día 12 de diciembre de 2003, cuando la directora era la Lic. Maricela Cruz Abascal, con lo cual se puso al nivel de las mejores escuelas de Enfermería en México.

En 2005 se llevó a cabo una licitación y se designó a la constructora que edificaría el inmueble; mediante una ceremonia el 30 de noviembre de 2005 se colocó la primera piedra y se dio a conocer la fecha de entrega del edificio, la cual quedó programada para el 10 de octubre de 2006.

Sin embargo, el edificio se encuentra en obra negra, motivo por el cual se sigue compartiendo el uso de suelo con el CIEFD y el Centro Regional de Seguridad en el Trabajo, Capacitación y Productividad.

En 2008, año en el que el CIEFD obtuvo un espacio propio, la escuela fue favorecida, ya que se extendió en el último piso de la Subdelegación Libertad Reforma, con lo cual ganó un aula y se ampliaron las oficinas para contar con espacio para biblioteca, sala de cómputo y sala para profesores.

En diciembre de 2016 se implementó el Modelo de Competitividad Institucional en el diagnóstico inicial y se obtuvieron 507 puntos de acuerdo con la banda de madurez consolidados.

En 2020 la escuela se afianzó como única unidad ganadora en Jalisco del Premio IMSS a la Competitividad. Ese año marcó el viaje para muchos y algunas situaciones, como la pandemia por COVID-19, favorecieron la consolidación; dimos fe del amor por la profesión, dado que a pesar de las adversidades la escuela salió adelante, teniendo de frente una nueva forma de enseñar, guiar e instruir y conquistar haciendo posible el sí. Hubo momentos en los que teníamos montañas de trabajo y eso no nos detuvo, por el contrario, fuimos a él con las ganas, el tesón, la voluntad y el deseo de alcanzar y triunfar.

Enfrentamos la pandemia con madurez y la confianza que nos da el tener pleno conocimiento de los procesos, motivo por el cual fue ágil el elegir la estrategia para dar inicio al proceso de clases virtuales como fue el adoptar la plataforma Schoology®, apoyándonos de las plataformas Zoom y Meet, para tener contacto directo con nuestro talento humano y usuarios; este proceso se realizó durante el ciclo escolar 2020 y el primer periodo de 2021.

En 2022 la Delegación Jalisco otorgó el reconocimiento a la labor extraordinaria como unidad finalista del distintivo Águila.

Desde su inicio hasta la fecha la escuela continúa incorporada a la Universidad de Guadalajara; al día de hoy un total de 1,296 alumnos han sido dictaminados en el programa escolarizado de la Universidad de Guadalajara.

El IMSS, a través de la Escuela de Enfermería de Guadalajara, está comprometido con la formación integral de profesionales centrados en el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, con sentido humano para coadyuvar en el bienestar de la población y para dar respuesta a las demandas en el cuidado de la salud, velando siempre por la dignidad, el respeto y el bien común. Los profesores de tiempo completo son profesionales entregados a la docencia, pero también hay profesores de tiempo parcial que combinan la actividad docente y la operación en unidades hospitalarias del Instituto, situación que le brinda un plus a la escuela, ya que los maestros están actualizados en ambos terrenos.

Hermosillo, Sonora

El IMSS fundó la Escuela de Enfermería en Hermosillo, ciudad capital del estado de Sonora, el 9 de septiembre de 1972, e inició con estudios técnicos en Enfermería incorporados a la Universidad de Sonora (UNISON).

En 1976 se descentralizaron los cursos de especialización, gracias a lo cual se logró ampliar su capacidad a un mayor número de enfermeras de provincia. En este avance la Escuela de Enfermería del IMSS de Hermosillo jugó un papel muy importante al fungir como sede nacional del postécnico

de educación para profesoras de Enfermería. De 1976 a 1981 Hermosillo fue la ciudad anfitriona de enfermeras procedentes de las diferentes entidades federativas.

Al mismo tiempo, en la escuela se impartían cursos para auxiliares de Enfermería, con el fin de ubicarlas exclusivamente en las áreas médicas rurales del Instituto.

En 1982 el IMSS extendió sus servicios médicos y asistenciales a un mayor número de mexicanos, y nuevamente las profesoras de esta escuela se comprometieron con las unidades médicas del estado para iniciar el programa de transformación de enfermeras auxiliares a enfermeras generales, con una duración de dos años.

Este programa incorporó sus estudios al Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica. Un suceso que marcó la historia de esta escuela fue la búsqueda de la autonomía en el proceso de titulación de estudiantes del nivel técnico. Así, en 1987 se logró la incorporación de los estudios a la Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado.

Durante 1987 a 1989 la escuela fue sede nuevamente de los cursos de administración de los servicios de Enfermería y Enfermería quirúrgica.

Derivado de la necesidad y el crecimiento de los beneficios de la seguridad social, se creó el Centro Médico Nacional del Noroeste, en Ciudad Obregón, lo cual evidenció la urgencia de un mayor número de personal de Enfermería, situación que motivó la extensión de la Escuela de Hermosillo hacia el sur del estado; de esta forma se creó una subsección en Ciudad Obregón, la cual inició sus labores el 26 de febrero de 1990 bajo la administración de la enfermera Ana Luisa Corella Valenzuela, directora de ambos planteles. Con la intención de transformar el nivel técnico de las estudiantes de Enfermería al nivel licenciatura se iniciaron las gestiones con la UNISON para la incorporación de estudios a este nivel. En 1999 se autorizó y se otorgó la clave de incorporación a la UNISON para ambos planteles.

En 2000 se dio inicio en esta escuela al primer curso nivelatorio en el SUA UNAM-ENEQ-IMSS, al que se inscribió el resto del personal docente, que estaba pendiente de su nivelación. En el ciclo escolar 2005-2006 se implementó el Programa de Ampliación, Remodelación y Equipamiento, autorizado en 2004 por el Dr. Santiago Levy Alzati, Director General del IMSS, y puesto en marcha por la Mtra. Reyna Matus Miranda, Coordinadora de Programas de Enfermería. Es importante reconocer que la Escuela de Enfermería Hermosillo a la fecha ha formado un total de 1,031 profesionales de Enfermería de nivel técnico durante 27 años en 35 generaciones, así como 1,158 egresados de licenciatura en Enfermería, profesionales formados en 20 generaciones hasta 2022. Asimismo, ha logrado profesionalizar a 19 generaciones del nivelatorio de licenciatura en Enfermería (SUAYED), con 193 egresados. La escuela se distingue por la calidad de sus egresados, quienes se encuentran en el mercado laboral desarrollando competencias profesionales en escenarios operativos, gerenciales, de docencia y de investigación dentro y fuera del país.

Es importante resaltar que en su trayectoria de 50 años la escuela ha obtenido distinguidos logros y reconocimientos que realzan la mejora continua de los procesos sustantivos y de apoyo para el IMSS: en 2016 se implementó el Modelo de Competitividad Institucional, que dio lugar a la obtención del Premio IMSS a la Competitividad 2018; también recibió el distintivo Premio Águila Oro en 2019, y a la fecha participa en este importante certamen; desde 2015 la Escuela de Enfermería ha sido acreedora al reconocimiento del CENEVAL por mantenerse en el Padrón Nacional de Escuelas de Alto Rendimiento Académico; en el mismo certamen obtuvo resultados de excelencia y fue reconocida por subir de posición al nivel 1 en los bienios 2017-2019 y 2019-2021. Aunado a esto, la Universidad de Sonora otorgó mención honorífica a los egresados de estas generaciones.

Mérida, Yucatán

La Escuela de Enfermería de Mérida inició su historia hace 51 años, el 21 de septiembre de 1972, cuando el Director General del IMSS era el Lic. Carlos Gálvez Betancourt, quien decretó que los benefi-

cios de la seguridad social se extendieran a la población del campo, con la necesidad de formar enfermeras para satisfacer la demanda de los servicios de Enfermería. Fue la sexta escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en el país.

El 2 de octubre de 1972 fue incorporada a la Universidad Autónoma de Yucatán siendo rector el Dr. Alberto Rosado G. Cantón e inició funciones bajo la dirección de la Enfra. Profra. Paz Mójica Salgado. En 1981 la escuela admitió la inscripción de alumnos del sexo masculino.

En 2004 la Coordinación de Educación en Salud, con el Director General del IMSS Dr. Santiago Levy Algasy, llevó a cabo el programa de fortalecimiento de las escuelas junto con las autoridades delegacionales. En 2005, como resultado de las gestiones, se diseñó, construyó y equipó la escuela en la Calle 58 por Avenida 7 y Avenida 11 de Residencial Pensiones.

En el ciclo escolar 2005-2006 se implementó el nuevo plan de estudios de la carrera de licenciatura en Enfermería con la modalidad mixta, con opciones de titulación de los egresados por tesis, examen oral, así como el examen para el egreso de la licenciatura (examen general de egreso-CENEVAL) gestionada entre 2006 y 2007. En 2009 la escuela fue pionera al recibir la certificación de calidad del Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería.

En 2014 se implementó el nuevo plan de estudios de 2013 con el Modelo Educativo para la Formación Integral, con modalidad mixta y conformado por ejes: responsabilidad social, flexibilidad, innovación, educación basada en competencias, educación centrada en el aprendizaje e internacionalización, para apoyar el desarrollo académico del alumnado. En este mismo año se logró la certificación de unidades libres de humo y tabaco.

En 2017 se realizó un convenio entre la Universidad Marista y las autoridades delegacionales, que benefició al alumnado con el programa de simulación con equipos de alta fidelidad; en 2020 la escuela se vinculó al Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica del IMSS, sumando el logro de las competencias de los futuros profesionales en Enfermería.

En 2020 ocurrió la pandemia por COVID-19 y por primera vez el proceso de selección para el ingreso a la licenciatura el EXANI-II se aplicó en modalidad en línea, así como los procesos educativos, llevando a cabo las aulas invertidas. También se implementó el plan de estudios de 2018 del Modelo Educativo para la Formación Integral de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán, el cual se mantiene vigente.

Actualmente la escuela cuenta con 70% del personal docente con grado académico de maestría y dos doctorantes en educación, los cuales han participado como ponentes en foros en educación en salud de nivel central, así como en el inicio de publicaciones de informes de investigación en la *Revista de Enfermería del IMSS* y en editoriales internacionales.

Como resultado de la excelencia educativa, por segunda ocasión se refrendó la posición en el Nivel 1 plus del Padrón de Excelencia Académica de CENEVAL. Entre los indicadores normativos, el índice de deserción escolar continúa siendo bajo y los demás se han mantenido positivos en los últimos años. Actualmente hay 1,197 personas egresadas de la licenciatura en Enfermería.

En 2022 se realizó un logro histórico gracias a la participación en reuniones con el Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud y otras unidades educativas en la mejora de los procesos educativos. Desde sus inicios la escuela está en mejora continua, por lo que su evolución histórica es un legado para la institución, para la profesión de Enfermería y para la sociedad en general. La escuela "Trasciende con calidad educativa la formación de los profesionales de la salud" y está comprometida a formar profesionales de Enfermería con identidad en la misión y la visión institucional, competentes para una atención de calidad a la población derechohabiente.

Cabe mencionar que los alumnos egresados ocupan puestos directivos del IMSS y están inmersos en otras instituciones del Sector Salud a niveles estatal, nacional e internacional. Juntos escribimos la historia, orgullo IMSS.

Ciudad Obregón, Sonora

La Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Sonora, inició sus labores en febrero de 1990 como una subsección de la Escuela de Enfermería de Hermosillo, Sonora, impartiendo la carrera de Enfermería básica en un plan de tres años, con un plan de estudios del propio IMSS incorporado a la Secretaría de Educación y Cultura del Estado, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*. De ahí egresaron seis generaciones de enfermeros generales; la última fue en 2001.

Ante la necesidad de profesionalizar al personal docente de las escuelas de Enfermería, en 1998 se hizo extensivo a Sonora el convenio UNAM-ENEO-IMSS para iniciar dicha profesionalización de las docentes del plantel; tuvo lugar el primer curso nivelatorio de licenciatura en Enfermería y obstetricia en la modalidad educativa. De la escuela de Ciudad Obregón egresaron nueve generaciones de licenciados en Enfermería y obstetricia.

En octubre de 1999 la Escuela de Enfermería fue incorporada a la Universidad de Sonora con el cambio de la carrera técnica a nivel licenciatura. Atendiendo a las políticas nacionales de salud, el plan de estudios enfatizó sus acciones en el primer nivel de atención, sin omitir la participación del alumno en el segundo y tercer niveles, con un enfoque de normas de competencias profesionales, que contribuyó a la experiencia académica y a la atención que se le brinda al individuo, la familia y la comunidad.

El 16 de abril de 2007 el plantel de Ciudad Obregón se independizó de la Escuela de Enfermería de Hermosillo, Sonora, al asignarse las plazas del Cuerpo de Gobierno: dirección y coordinación académica, de evaluación y administrativa, con aumento de las plazas de coordinadoras de los cursos de Enfermería. En 2016 se estableció la nivelación a licenciatura en el programa del SUAyED, con lo que contribuyó a la profesionalización del gremio de Enfermería.

A lo largo de su trayectoria la Escuela de Enfermería de Ciudad Obregón ha estado representada por grandes líderes, como la EJP María del Carmen Lapizco Encinas, su fundadora en 1990; la Directora de la Escuela de Hermosillo Enf. Ana Luisa Corella Valenzuela; seguida por la Enf. Celia Betance Espinoza en 1992; en 1997 la Dirección quedó a cargo de la Lic. Enfermería Francisca Lazo Javalera y en 2009 de la LEO Elvia Blanco Soto, quien se jubiló en 2018, y ocupó su puesto la Lic. Enf. Norma Haydée Acosta Berrelleza. A partir de agosto de 2019 la Dirección ha estado a cargo de la MGSJ Eva del Carmen Quiñónez Molina.

Durante la trayectoria de la escuela de Ciudad Obregón se han formado 1,332 profesionales de Enfermería, de los cuales 401 pertenecen al nivel técnico y 931 a la licenciatura.

La escuela ha presentado mejores prácticas, reconocimientos y programas. En 2016 obtuvo el primer lugar a nivel nacional con el mejor rendimiento en sus indicadores; se han implementado mejoras en los procesos de egreso y titulación, y se trabaja en cumplimiento del programa 5 S'. Para cuidar el medio ambiente y como labor en la responsabilidad social, se cuenta con el programa ECORETO (reciclaje), además de realizar diagnósticos de salud y promoción de los programas prioritarios del IMSS a empresas afiliadas, como CFE y MUNSA. En 2021 obtuvo la certificación en primeros auxilios en salud mental por parte de la *Health and Mental Hygiene* de EUA. En su segundo año de concurso la unidad fue ganadora del premio IMSS a la Competitividad en 2018, el cual a la fecha continúa participando con atención a la calidad.

Derivado de la pandemia por COVID-19 y de la suspensión de clases presenciales, se planearon clases virtuales en 2020 por medio de las herramientas Zoom, Meet, Classroom y Teams, en las que los profesores y los estudiantes interactuaron activamente; se abordaron los temas correspondientes al programa en tiempo y forma. Todos los alumnos participaron diariamente y en los horarios establecidos para tal fin, logrando los objetivos académicos.

En 2021 la escuela de Ciudad Obregón obtuvo el primer lugar en los resultados de la encuesta de satisfacción (Encuesta de Clima y Cultura Organizacional) a nivel estado. El mismo año participó



en Webinar Internacional en el mes de mayo con motivo del Día Internacional de la Enfermería, y presentó un estudio de investigación, repitiendo la participación en 2022.

Los alumnos egresados han obtenido reconocimiento en el examen general de egreso aplicado por el CENEVAL, con dictamen de sobresaliente y de excelencia, haciéndolos acreedores a mención honorífica por parte de la Universidad de Sonora, que es donde se valida el plan de estudios de la licenciatura en Enfermería. Los alumnos egresados buscan una oportunidad de trabajo dentro del Instituto.

Actualmente las personas egresadas ocupan puestos dentro del IMSS como directivos, jefes de piso, enfermeras y enfermeros especialistas, generales y auxiliares de Enfermería en espera de su cambio de categoría.

Cada aniversario de la escuela se celebra con un evento científico: congreso, jornadas académicas, conversatorio, etcétera, con un impacto positivo en el ámbito educativo. Se continúa con el compromiso de calidad para formar profesionales competitivos en el cuidado de Enfermería, alineados a los principios estratégicos.

Importancia de la formación de los recursos humanos en salud de Enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Existe un desafío para las escuelas de Enfermería en la formación de los recursos humanos en salud, ya que México necesita profesionales con un perfil de egreso con calidad que permita dar respuestas a las responsabilidades ante una sociedad demandante y que merece una atención de calidad, con trato digno y humanizado. De aquí la importancia de formar profesionales con conocimientos, habilidades, actitudes y valores para su buen desempeño laboral en los diferentes niveles de atención médica.

En el Programa Sectorial de Educación 2022–2024 de la Secretaría de Educación Pública y el Programa Sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024 entre algunos de los objetivos prioritarios está el de revalorizar a los maestros como agentes fundamentales del proceso educativo, con pleno respeto de sus derechos, a partir de su desarrollo profesional y la mejora continua de su vocación de servicio. Asimismo, el de generar entornos favorables para el proceso de enseñanza-aprendizaje en los diferentes tipos, niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional.

En la propuesta de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior para renovar la educación superior en México son relevantes los contenidos de aprendizaje y cómo ellos satisfacen las expectativas y las necesidades de los interesados para su desarrollo y desempeño profesional. En este sentido, en el campo de la enseñanza en Enfermería es fundamental el intercambio de múltiples saberes y prácticas para la redefinición de los conocimientos, teniendo en cuenta el cambio en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la búsqueda de la formación de individuos críticos, creativos y competentes para la vida y el trabajo. Hoy en día la educación en Enfermería requiere la investigación de los procesos pedagógicos que ocurren en la realidad de la práctica docente. Esto develará las razones que permitirán construir nuevas visiones para el logro de los fines educativos trascendentes. En este contexto, las escuelas de Enfermería se suman a la investigación en Enfermería, brindando una visión en los estudiantes durante su formación como semilleros en investigación a través de sus productos académicos de esta disciplina.

La calidad educativa en el IMSS tiene la cualidad esencial del respeto de los derechos, la equidad, la relevancia y la pertinencia al ofrecer las facilidades de escuchar y atender de manera oportuna los acontecimientos inseguros en el proceso enseñanza-aprendizaje de los estudiantes, asegurando la integridad física y emocional de la persona a fin de favorecer ambientes académicos ejemplares.

Cabe mencionar que durante la pandemia por COVID-19 iniciada en marzo de 2020 se decretó que los procesos educativos serían a distancia; los estudiantes se incorporaron nuevamente a las aulas de manera presencial en marzo de 2022.

Esta situación conllevó la aplicación de otras estrategias de enseñanza en el personal docente y el alumnado; de igual forma, se hizo uso de herramientas digitales, como aulas invertidas. Algunas escuelas, como la del CMN “Siglo XXI”, la de Mérida y la de Guadalajara, contaron con las facilidades de Centros de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica para la adquisición y el desarrollo de competencias necesarias para la atención a la salud de manera oportuna, eficaz y eficiente, acercando a los estudiantes a escenarios más reales bajo la metodología de aprendizaje basado en simulación clínica.

Los estudiantes quedaron satisfechos con estas experiencias en simulación.

La importancia de formar los futuros profesionales en Enfermería en las nuevas generaciones es de gran trascendencia, ya que implica proyectarlos a llegar a ser profesionales con vocación, con sentido holístico; por eso se puntualiza el “ser de enfermero”, una contextualización del cuidado del profesional humanitario, de tal forma que quienes ejercen esta profesión lo hacen a través de un abordaje del cuidado, el altruismo, el humanismo y el carácter ético y profesional.

La Escuela de Enfermería conoce la importancia de formar personal de la salud con un alto nivel de profesionalismo, mediante su compromiso de calidad: “Transformar el cuidado de la salud de la población mexicana a través de la calidad educativa”. La formación de los usuarios es el principal compromiso. La vinculación con la Universidad Autónoma de Nuevo León, además de contar con campos clínicos como Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona y Unidades Médicas de Alta Especialidad ganadoras de premios nacionales e internacionales, ha permitido el egreso de licenciados en Enfermería con excelencia académica, logrando generar ventajas competitivas que les han permitido ser reconocidos en unidades del IMSS, públicas, privadas, nacionales e internacionales.

Durante la pandemia por COVID-19 los alumnos egresados fueron una pieza clave de la atención en las necesidades emergentes de los pacientes provocadas por el virus SARS-CoV-2, por lo que fueron reconocidos a nivel nacional y recibieron la condecoración Miguel Hidalgo, la más alta presea que otorga el Estado mexicano para premiar los méritos distinguidos de conducta o trayectoria ejemplar relevantes a los servicios prestados a la humanidad.

La profesión de Enfermería es una disciplina que provee cuidados a las personas, las familias y los grupos poblacionales, y las personas enfermas o sanas de manera autónoma y en colaboración con el equipo multidisciplinario, por lo que es de suma importancia formar profesionales de Enfermería con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes para brindar estos cuidados a partir de los diferentes roles: docencia, investigación, gestión y asistencial, los cuales deben permear en los perfiles profesionales y laborales de Enfermería asumidos en el sistema de salud. Cabe destacar que el programa de licenciatura de la Escuela de Enfermería del IMSS responde a esos roles al configurarlos en cuatro grandes competencias del perfil profesional de egreso, reflejado en su estructura curricular y dentro del plan de actividades:

- **Docencia:** el profesional de Enfermería realiza la función docente y aplica el proceso educativo con actividades principalmente de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos, implementando estrategias de aprendizaje para modificar los estilos de vida y fomentar una cultura del autocuidado en la población. En relación con la aplicación del proceso educativo, las unidades de aprendizaje están soportadas en contenidos relacionados con dichas disciplinas, en las que el alumnado logre el conocimiento necesario no sólo para implementar estrategias educativas, sino para evaluarlas y proponer estrategias de mejora derivadas de la propia evaluación; dichas estrategias se centran en el mejoramiento de la salud-enfermedad del paciente, la familia, la comunidad y la sociedad.
- **Investigación:** la aplicación de la metodología de la investigación se centra en las áreas de la salud y de la propia educación; la idea es que el alumnado se sitúe en realidades que le per-



mitan aplicar el razonamiento científico para generar estrategias innovadoras, fungir el rol de investigador con las habilidades para aplicar la metodología científica de la investigación y los conocimientos prácticos que de ellas se derivan, y ejecutar las acciones que permiten contribuir a la definición o el desarrollo del ejercicio profesional. Para preparar al profesional de Enfermería la metodología de la investigación se alinea al programa educativo a través de unidades de aprendizaje que le permitirán al alumno desarrollar esta competencia desde el inicio de la carrera en la etapa básica; más adelante, en la etapa disciplinar y terminal, el alumno desarrolla desde un proyecto de investigación hasta la aplicación de instrumentos que le permiten obtener datos para realizar el análisis de resultados; es importante mencionar que actualmente se cuenta con un Nodo de Investigación Delegacional de Enfermería, el cual abona a que el alumnado se motive y participe en la elaboración y la colaboración de proyectos de investigación con la finalidad de obtener un registro en el CLUES/SIRELCIS, e incluso permite llegar a la publicación y la presentación de trabajos en congresos reconocidos.

- **Gestión:** al futuro profesional de Enfermería se le prepara para desarrollar la función administrativa que corresponde al rol de gestor de recursos necesarios y complementarios para el logro de los objetivos de los usuarios, de la organización y de los prestadores de los servicios. Aplica el proceso administrativo dentro del contexto económico político y social que conlleve a desarrollar autoridad profesional, y propicie su integración al equipo de salud y su participación en la toma de decisiones en materia de salud. Para adquirir la competencia relacionada con la metodología del proceso administrativo se le facilitan al alumnado los conocimientos necesarios de las diversas teorías administrativas, los conocimientos de liderazgo, el trabajo en equipo y la toma de decisiones, desde luego con el enfoque centrado en la solución de problemas relacionados con la salud; para la etapa terminal se les proveen los conocimientos específicos para la realización de proyectos administrativos con los cuales el alumno no sólo aprende, sino que genera y aplica estrategias de impacto en la comunidad y la sociedad.
- **Asistencial:** la función asistencial comprende acciones relacionadas con la atención directa a los usuarios de los servicios de Enfermería y del sistema de salud, en el que el profesional de Enfermería aplica el proceso enfermero al paciente, la familia y la comunidad en las diferentes etapas de la vida ante problemas de salud reales y potenciales en los tres niveles de atención, aplicando los valores de su profesión con una visión integral. Es importante mencionar que para brindar un cuidado asistencial el futuro profesional de Enfermería es preparado desde el primer semestre de la carrera para adquirir la instrucción necesaria para desarrollar la valoración, además de conocimientos que tienen relación con el método enfermero y con las teorías de Enfermería; la metodología de Enfermería se enseña y aprende en los semestres más avanzados. El alumno utiliza la metodología de Enfermería como eje rector de la construcción de su conocimiento, enfocado en las necesidades del paciente y la aplicación del proceso de Enfermería como herramienta metodológica de trabajo.

La profesión de Enfermería tiene como principal característica la relación con el ser humano en situaciones de salud y de la ausencia de ella. Esta relación requiere conocimientos científicos y la habilidad y la facilidad de formular un lazo de unión para proporcionar sus cuidados y ayuda, lo que implica que el conocimiento del cuidado de Enfermería sea aprendido y aplicado con amor por cada una de las personas que se dedican a estudiar profesionalmente la Enfermería.

De aquí la importancia de aplicar los pilares de la educación que rigen la Enfermería por ser una disciplina que invita al alumno a aprovechar todas las oportunidades de aprendizaje a lo largo de su formación académica; con ello van generando competencias que coadyuvan a la ganancia de oportunidades, el fortalecimiento, el incremento y la aplicación de los conocimientos adquiridos, por lo que en el camino de la ruta académica se van desarrollando los pilares de la educación:

- **Aprender a aprender:** se refiere lo que invita a leer hasta conocer y dominar los elementos, los manuales, las guías, los documentos y los instrumentos necesarios para el desempeño de la profesión, lo cual se logra al descubrir y comprender el mundo de la Enfermería en el ámbito profesional, con el afán de despertar el interés de los alumnos en las cuestiones de salud en una unidad de primero, segundo o tercer niveles de atención, lo cual conlleva la ventaja de la comprensión, el incremento de la curiosidad, el pensamiento crítico, la autonomía y lo que beneficia la actuación del profesional de Enfermería, ya que implican la utilización de la atención, la memoria y el pensamiento.
- **Aprender a hacer:** la adquisición de conocimiento científico por parte del alumno implica el logro de competencias básicas que se han de implementar en el quehacer de Enfermería. Entre ellas están las tareas profesionales, la iniciativa, la solución de conflictos, la comunicación adecuada, el trabajo en equipo y todas las competencias que suman a las tareas intelectuales y complejas que asume el profesional de Enfermería.
- **Aprender a convivir:** durante la etapa de formación se fortalece la sana convivencia, lo cual se fomenta con el conocimiento de los demás, acercándose a conocer diversas culturas, su religión y sus formas y estilos de vida, de tal forma que sea capaz de convivir con los diversos grupos sociales tanto en lo laboral como durante la atención de las personas a su cargo, con la intención de que sean empáticas; con ello se forman intencionalmente para erradicar los posibles prejuicios que pudieran presentarse con las diversas culturas.
- **Aprender a ser:** la formación académica en Enfermería favorece el desarrollo global del individuo, ya que al ingresar a una escuela que forma profesionales de Enfermería adquiere conciencia crítica y un pensamiento autónomo, y va cultivando un perfil, lo que implica conocerse a sí mismo para luego conocer e interactuar con los demás, con el firme propósito del respeto a la diversidad cultural. Por lo tanto, los pilares de la educación son un conjunto de etapas de aprendizaje cíclico íntimamente relacionadas que en conjunto permiten desarrollar la conciencia, las expresiones culturales y el fortalecimiento del respeto de la diversidad de las diversas culturas.

Por tanto, la unión entre el conocimiento científico y el arte del cuidado de Enfermería permite comunicar la trascendencia de la profesión a los estudiantes, que son los futuros profesionales; esto se hace con la mística y el espíritu de la comunidad de Enfermería, que no se pueden demostrar pero son necesarios para la cohesión de la profesión con la sociedad, en la que se le da significado a la unión del arte con el conocimiento y del ser con el hacer.

Es importante referir que la Enfermería valora, observa y cuida al ser humano como un ser biológico, psicológico, social, familiar y espiritual, siempre con respeto por la espiritualidad al ámbito interior del hombre y a su conciencia o percepción, y al campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de la vida.

En este contexto se mencionan los valores conforme lo señalan el Código de Conducta y Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS y el Código de Conducta de la Administración Pública Federal. A partir de este marco legal se listan los valores de los futuros profesionales en Enfermería.

Responsabilidad

Como parte de dar cumplimiento y apego a los valores institucionales, las escuelas de Enfermería ubican que la responsabilidad es el compromiso moral y social de introyectar una virtud de todo ser humano cuyos elementos son el trabajo y el compromiso, beneficiando de manera eficaz y eficiente al usuario y a las autoridades. En este sentido, es importante que los estudiantes sean responsables en todas las actividades teóricas y prácticas para adquirir sus compromisos como futuros profesionales con sentido holístico.

Lealtad

Los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social conocen la importancia y la trascendencia de la noble misión encomendada a la institución: garantizar los servicios de salud y de seguridad social a más de 70 millones de personas derechohabientes. Esta tarea requiere que todas las actividades diarias estén apegadas a los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, para que éstos marquen la pauta de las conductas que se deben observar y cumplir.

Para la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social es de vital importancia fomentar los valores, como formadora de talento humano, de buen trato y vocación de servicio, y de respeto a los derechos humanos.

Uno de los valores que se fomentan entre los usuarios en formación es la lealtad, ya que es un valor indispensable y permanente que debe ser asumido con devoción o fidelidad sobre aquello en lo que se sienta honrado a pertenecer, puede ser una nación, una institución de trabajo o de estudio, e inclusive se le puede ser leal a una persona que signifique mucho en el cuadro sentimental, por ejemplo, a la madre, al padre, a los hermanos, a los abuelos o también a las amistades. La lealtad es una convicción, en la que la persona se compromete con los allegados de tal forma que estará presente en todos los buenos momentos.

Honestidad

Al profesional de Enfermería día a día se le inculcan los diferentes valores de la profesión y de su acción como servidores públicos, los cuales en las escuelas se mantienen a través de la misión, la visión y los valores, permeando en los procesos sustantivos, mediante el valor de la honestidad: “Actitud del que cumple escrupulosamente con su deber, que no engaña ni defrauda a nadie”. El talento humano de las escuelas del IMSS se caracteriza por cumplir debidamente con su deber de forma integral con transparencia e integridad.

El alumnado es formado con un enfoque centrado en el desarrollo de capacidades que le permitan ejercer el pensamiento crítico, sustentado en conocimientos científicos, éticos y morales, para que el alumno logre las competencias sobre todo en el área sociohumanista.

El plan de estudios contempla unidades de aprendizaje como filosofía y valores éticos, el hombre y las ciencias sociales, sociedad y Enfermería, bioética, desarrollo humano, entre otras; además, se integran estrategias de aprendizaje enfocadas en lograr que el alumno se visualice como una parte de la sociedad en la que vive, aunado a que vislumbre que en la disciplina de Enfermería se debe actuar de conformidad con los valores que identifican a la profesión, mostrando siempre un compromiso con el individuo, la familia, el grupo, la comunidad y la sociedad en general a fin de dar respuesta a las necesidades de salud.

Solidaridad

En la humanidad la solidaridad es un valor de suma importancia que en el profesional de Enfermería se vuelve un valor invaluable, llegando a ser una virtud, dado que a través de ella se demuestra la unidad entre los seres humanos; con ella se comparten intereses, inquietudes y necesidades, sin ser necesario un lazo afectivo que los una. Es por ello que la solidaridad une a las personas vulnerables de una mano amiga en su vida.

En Enfermería la solidaridad otorga un soporte a las iniciativas de la profesión que puedan surgir en los ámbitos de la cooperación y educación para el desarrollo, la acción humanitaria y la acción social, así como promocionar el voluntariado de Enfermería, con el objetivo de contribuir en la mejora de la salud.

Sin duda alguna, este valor ayuda a ser conscientes de las necesidades de otros y genera el deseo de sumar en pro de satisfacer su necesidad; la escuela considera fundamental fomentar durante la formación académica la solidaridad con apego al respeto a la dignidad de las personas.

En el alumnado la solidaridad se promueve para satisfacer la necesidad que conduce al bien común, realizando una serie de acciones que transmitan el amor y la fraternidad, procurando que nadie se quede solo y ayudando a los más necesitados demostrando solidaridad, para lo cual se pone el ejemplo fomentando la empatía con los compañeros, profesores, coordinadores, amigos, familia y la comunidad; esto lo logramos con la sana convivencia en el total de la comunidad estudiantil, durante las conferencias de extensión y difusión de la cultura, así como en las actividades altruistas en las que se realizan visitas a instituciones donde albergan a indigentes, adultos mayores abandonados, casas hogar y asociaciones de mujeres embarazadas en situación de calle, siendo la solidaridad un valor que caracteriza a los estudiantes de la licenciatura en Enfermería.

Humanismo

Actualmente las condiciones sociales en el mundo demandan un profesional en salud que actúe con “más humanismo”; bajo esta perspectiva, para las Escuelas de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social el valor del humanismo es primordial para la formación de talento humano en salud, ya que la razón de ser de la profesión de Enfermería es el “cuidado de la persona”.

El humanismo en Enfermería se identifica como el acto de entender y tratar al ser humano como persona, dicho de otra manera: “tratar al otro como te gustaría que te trataran”.

El humanismo, en el sentido amplio, significa valorar al ser humano y la condición humana; está relacionado con la generosidad, la compasión, la caridad, la ayuda al prójimo y la preocupación por los demás.

Una profesión no se puede ni debe desligar de la excelencia personal para construir una sociedad más humana. Desde un punto de vista humanista, la atención de Enfermería requiere no solamente conocimientos científicos, académicos y clínicos, sino competencias humanas y morales basadas en los códigos de ética propios de la profesión. Es por ello que en el alumnado se promueve tan importante valor, para formar personal de Enfermería con calidad profesional, visiblemente empoderada, solidaria y con un alto sentido humanístico y social.

Respeto

El respeto es un valor que permite que el ser humano pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los seres humanos de la sociedad. Es aceptar las diferencias (culturales, religiosas e ideológicas) de los demás y valorar a las personas por lo que son.

Uno de los valores para el personal de Enfermería es el respeto. Es importante mencionar que ante una diversidad cultural el futuro profesional tiene que saber de este gran valor, ya que aprenderá a trabajar con personas de diferentes creencias religiosas y niveles culturales, económicos y educativos. El alumnado debe aprender a conducirse de manera respetuosa en cuanto al lenguaje corporal y el léxico en su equipo de trabajo, con las autoridades y sobre todo con la población vulnerable sedienta de ser escuchada y atendida con calidad y sentido holístico.

Se puede concluir que ante la gran diversidad cultural lo más importante en los profesionales de Enfermería es el respeto hacia la persona en sus diferentes ídoles.

Liderazgo

Durante la formación de los profesionales de Enfermería se perfila al alumnado para el ejercicio de un liderazgo con impacto positivo, que una vez egresado pone en práctica como servidor público, lo que conlleva a presentar un ambiente laboral apropiado que incide de forma directa e indirecta en la sociedad.

El liderazgo es un conjunto de habilidades que sirven para conducir y acompañar a un grupo de personas e influir positivamente en su manera de pensar o de actuar, motivándolos a realizar las tareas de forma eficiente y orientándose hacia la consecución de objetivos, de tal manera que un



líder no sólo es capaz de influir en su grupo, sino también de proporcionar ideas innovadoras y motivar a cada participante a sacar lo mejor de sí.

Para las escuelas de Enfermería el profesional en formación debe tener un papel dinámico interno, asumido y personificado por el líder, quien debe contar con cualidades específicas, como negociación, integridad, serenidad, influencia positiva, aptitudes intelectuales y una base necesaria de conocimientos para la administración de servicios de Enfermería y competencia en el ámbito de la alta dirección.

El liderazgo está asociado a la eficacia y la calidad para el funcionamiento de cualquier organización y para inducir a sus seguidores a defender valores con los que se identifican y promueven activamente en las escuelas de Enfermería. Con esto se genera un excelente clima organizacional y social de cooperación y apoyo por medio de la motivación.

PROYECTO DE RECONOCIMIENTO A LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Fabiana Maribel Zepeda Arias, Marisela Moreno Mendoza, Adriana Galeana Gudiño

La educación formal de la Enfermería en México se inició con las escuelas de parteras alrededor de 1831 como respuesta al importante incremento de muertes en las mujeres, atribuidas a las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta situación de salud contribuyó a la apertura de una escuela que inició proporcionando lecciones de obstetricia y con ello se abatieron algunas prácticas consideradas dañinas; en ese entonces el diploma se obtenía antes del examen avalado por un catedrático y un cirujano.¹⁹

En el siglo XIX la mayoría de las universidades del país ofrecían la carrera de partera, que incluía una preparación muy heterogénea según la entidad federativa, ya que debido a su autonomía se legislaba en forma independiente acerca de las profesiones; no obstante, la educación de la mujer era muy cuestionada desde el punto de vista social, ya que estaba limitada para ejercer en otros ámbitos.

En esas épocas era común que las religiosas se hicieran cargo de los servicios de salud, pero en 1898 se limitó su participación y la atención directa hacia los pacientes se vio afectada. Por este motivo se instituyó la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros en el Hospital de Maternidad e Infancia, donde fungía como director el Dr. Eduardo Liceaga.

Para 1907 se creó la Escuela de Enfermería, que abrió sus puertas a las alumnas que terminaban la educación primaria completa para cursar la “carrera de Enfermería”. Al término de su preparación eran acreedoras a un diploma de la Dirección General de la Beneficencia Pública. De este modo nació un sistema de educación profesional de Enfermería que se extendió por el territorio nacional.

Para 1908 la Escuela de Enfermería dependería de la Secretaría de Educación, y el 30 de diciembre de 1911 la Universidad Nacional Autónoma de México aprobó su integración a la Escuela de Medicina. Es este el antecedente del nacimiento de la actual Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. En esta institución académica se proyectó el primer Plan de Estudios para la Carrera de Enfermeras y Parteras, que constaba de dos años para estudiar Enfermería y otros dos años para estudiar partos, iniciándose la enseñanza bajo este plan en 1912.¹⁹

Con el paso de los años la formación del personal de Enfermería se fue incorporando en otros ámbitos, como sucedió en la Escuela de Salud Pública de México, que inició sus actividades en marzo de 1922 con el propósito de suministrarle al personal técnico y subtécnico las bases científicas para una administración sanitaria y de asistencia social eficiente; en ese entonces la escuela quedó a cargo del naciente Departamento de Salubridad. Con el auge en la formación de enfermeras, muchas escuelas del centro y del interior del país decidieron incorporarse a la UNAM, lo cual permitió que a través de las autoridades correspondientes les hicieran llegar los planes de estudio para normar la enseñanza de la Enfermería en México.

Para 1924 se creó la carrera de Enfermería y partera homeopática, dependiente de la Escuela de Medicina Homeopática, regulada por la Secretaría de Educación Pública, que en 1937 se incorporó al Instituto Politécnico Nacional.

En 1948, con la gestión de la Dra. Emilia Leija, se desplazaron las oficinas administrativas de la ENEO al Pasaje de Catedral, continuando las prácticas en el Hospital General de la Ciudad de México y el Hospital Juárez. En 1952 se preparó el primer curso de docencia para enfermeras instructoras y se solicitaba el bachillerato como requisito de ingreso, por lo que a partir del año siguiente se consideró como una escuela universitaria.

Con los cambios epidemiológicos de la población se hizo necesaria la especialización en Enfermería, por lo que en 1941 se abrió el curso de pediatría, en 1945 el de anestesia, en 1949 el de enfermera sanitaria, en 1952 el de psiquiatría, educación y hematología, en 1953 el de administración para jefes de servicio y en 1956 el de enfermera quirúrgica.

Sin lugar a dudas, la creación de las escuelas de Enfermería representó un avance sustantivo para la formación de enfermeras; no obstante, la educación se encontraba a cargo de médicos que perfilaban a las enfermeras de acuerdo a las necesidades de los servicios de salud. Con el paso del tiempo las enfermeras adquirieron una mayor conciencia respecto al desarrollo de la disciplina, por lo que a mediados del siglo XX asumieron en algunas escuelas la dirección y la organización del propio modelo educativo.

Un hecho trascendental y sin precedentes en el ámbito de la salud fue la planeación de la atención a la salud desarrollada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Desde su fundación en 1944 nació el concepto de la Enfermería moderna en México, por lo que en mayo de 1947, con el propósito de satisfacer la demanda de la atención hospitalaria, el entonces Subdirector General Médico Dr. Mario Quiñones, por indicación del Director General Don Antonio Díaz Lombardo, fundó la primera Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya preparación se otorgaba a nivel técnico e incluía la mística de los preceptos de la seguridad social. En su inicio se ubicó en el Centro Médico Nacional “Siglo XXI” y estaba incorporada a la UNAM.²⁰

Con el paso del tiempo, los avances tecnológicos y el ímpetu del gremio de Enfermería, en 1966 en la ENEO de la UNAM se estructuró el plan de estudios de la licenciatura en Enfermería por semestres, y hasta 1968 apareció publicada la creación de la licenciatura en Enfermería y obstetricia, de tal manera que cuatro años después —en 1970— se inició formalmente la formación de enfermeros con nivel de licenciatura.²⁰

A pesar de la evolución que la Enfermería ha tenido en el ambiente académico —no sucedía lo mismo con la reglamentación federal—, fue hasta 2002 cuando la Enfermería dejó de ser un oficio y se convirtió en una profesión, por lo que se incluyó en el Catálogo de Carreras de la Dirección General de Profesiones, con la clave 431302.

A pesar de los esfuerzos por parte de la academia y del Sector Salud para que la Enfermería fuera reconocida como una profesión y tuviera un marco regulador propio, hasta 2013, por iniciativa de la Comisión Permanente de Enfermería —un “cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud—,²¹ se elaboró la Norma Oficial Mexicana 019 Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cual se establecieron las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de Enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

En dicha NOM-019 se estableció que un enfermero general es la persona que obtuvo un título de licenciatura en Enfermería expedido por alguna institución de educación del tipo superior perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le fue otorgada la cédula profesional correspondiente por una autoridad educativa competente.²²

Por lo anterior, en 2014 el gobierno federal reconoció la licenciatura en Enfermería y asignó presupuesto para el pago de un incentivo económico al personal de Enfermería del Sector Salud, como



lo especifica la “Modificación a la Convocatoria para la promoción por profesionalización del personal de Enfermería, de trabajo social y de terapia física y rehabilitación” publicada el 11 de diciembre de 2014 en el *Diario Oficial de la Federación*, mediante la cual se reconoció el esfuerzo de los trabajadores que tenían el título de licenciatura o posgrado, o ambos, mediante la promoción a un nivel salarial superior al que ocupaban en la categoría correspondiente, con base en los Lineamientos para el Programa de Promoción por Profesionalización del Personal de Enfermería, de Trabajo Social y de Terapia Física y Rehabilitación.

La promoción fue aplicable al personal de las unidades administrativas, los Órganos Administrativos Desconcentrados y las entidades paraestatales adscritos a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y en lo conducente al personal de los Servicios de Salud Estatales, en términos de las disposiciones aplicables.²³ En este sentido, desde 2000 algunas instituciones de salud en México, como la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y PEMEX, avanzaron con el reconocimiento a la licenciatura en Enfermería a través de diversos mecanismos que se tradujeron en beneficios económicos sin cambios en las funciones que desempeñan los enfermeros; mientras tanto, en 2002 otras organizaciones, como la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional e incluso una cadena de hospitales privados, optaron por reconocer la licenciatura en Enfermería a partir de reorganizar la estructura de tal manera que prescindieron de la contratación de personal no profesional para emplear sólo personal técnico en Enfermería y con licenciatura, a fin de incrementar la calidad de los cuidados y al mismo tiempo ofrecer el reconocimiento anhelado.²³

Para el caso del IMSS, el reconocimiento de la licenciatura en Enfermería ha sido objeto de varios intentos e iniciativas a lo largo de su historia, ya que se trata de un asunto relevante con implicaciones diversas, en el entendido de que es la institución de salud más grande de Latinoamérica, proporciona atención a más de 70 millones de mexicanos, y su fuerza laboral de personal de Enfermería es de aproximadamente 140,000 enfermeros. No obstante, reconocer el grado de licenciatura en Enfermería en el IMSS es un tema prioritario que atiende una exigencia social, permite la profesionalización del gremio, proporciona la posibilidad de que el personal de Enfermería potencie sus capacidades profesionales para beneficio de las personas que requieren sus cuidados, permite una mayor remuneración económica y satisfacción personal, así como empoderamiento del gremio, y atiende lo dispuesto en la NOM 019, entre otros muchos beneficios.

En este contexto ocurrió el planteamiento realizado por la entonces División de Programas de Enfermería al Mtro. Zoé Robledo Aburto, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien escuchó atentamente la necesidad de reconocer la licenciatura en Enfermería en el IMSS, por lo que el 6 de enero de 2020, en acuerdo con el Dr. Arturo Olivares Cerda, Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, el Mtro. Zoé Robledo anunció durante la ceremonia del “Día de las Enfermeras y los Enfermeros”, en Oaxtepec, Morelos, que en el IMSS se trabajaría muy fuerte para el reconocimiento de la licenciatura en Enfermería, por lo que a partir de ese momento se inició un trabajo conjunto con la Dirección de Prestaciones Médicas, la Dirección de Administración, la Dirección de Finanzas, el Programa IMSS-Bienestar, la Dirección de Planeación para la Transformación Institucional y la Dirección de Operación y Evaluación, a fin de analizar la situación del IMSS y proponer escenarios factibles.

El resultado del trabajo conjunto con las diferentes direcciones normativas permitió identificar de manera individual el nombre y el número de personas con licenciatura en Enfermería por OOAD, la unidad médica, el turno, etcétera, así como caracterizar y conocer la distribución del personal con licenciatura en el territorio nacional del régimen IMSS-Bienestar y el régimen IMSS ordinario. Cabe señalar que se llevó a cabo un trabajo coordinado con la Secretaría de Educación Pública para validar los datos de escolaridad de cada uno de los trabajadores a través de una plataforma digital respondida por ellos mismos, con lo cual se obtuvo certeza del número y el tipo de licenciatura en

Enfermería que cada uno ostenta. Por otra parte, se realizó un trabajo conjunto con la ENEO de la UNAM y la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional, a fin de analizar y establecer las funciones del personal con licenciatura en Enfermería con base en el desarrollo de las competencias adquiridas durante su formación.

Lo anterior se acompañó de un análisis de tiempos y movimientos en escenarios reales que permitió identificar las diferencias entre los cuidados proporcionados por el personal de Enfermería con y sin licenciatura en Enfermería.

Se realizó una búsqueda intencionada de la mejor evidencia científica respecto a los resultados en salud que ha demostrado la atención o el cuidado por parte de licenciados en Enfermería con la finalidad de alimentar el análisis costo-beneficio realizado por la Coordinación de Riesgos Institucionales.

Finalmente, y entre otras muchas actividades, se diseñaron indicadores de fuerza de trabajo en los servicios prioritarios de las unidades médicas de los tres niveles de atención, como parte de la propuesta que se está construyendo.

Con la declaración de la pandemia por COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud y la presencia del primer caso en México el 27 de febrero de 2020, el reconocimiento a la licenciatura tomó un lugar diferente del inicial; no obstante, se logró la incorporación de la cláusula transitoria 37a del contrato colectivo de trabajo 2021-2023 vigente a partir del primero de noviembre de 2021, que a la letra dice “las partes convienen en establecer una comisión bilateral que acordará el profesiograma, los requisitos, los tabuladores, los indicadores y las políticas de implementación necesarias a fin de reconocer la licenciatura en Enfermería”.

A pesar de los años que han transcurrido con la pandemia por COVID-19, los trabajos para el reconocimiento de la licenciatura en Enfermería no han cesado, ya que el pasado 5 de enero de 2023 quedó formalmente establecida la comisión bilateral para el reconocimiento de la licenciatura en Enfermería, así como la calendarización correspondiente.

El reconocimiento de la licenciatura en Enfermería debe favorecer el desarrollo de mecanismos que permitan el crecimiento profesional del personal de Enfermería que aún no tiene el título de licenciatura, por lo que será necesario implementar estrategias en este sentido.

Es fundamental preservar un amplio respeto por el personal de Enfermería que por diversas circunstancias no tiene un título de licenciatura en Enfermería, por lo que el reconocimiento a la licenciatura en Enfermería se deberá establecer sin menoscabo ni perjuicio a terceros.

En el momento de escribir el presente manuscrito se desconocía la manera en la que finalmente se reconocerá la licenciatura en Enfermería en el IMSS, ya que ello será resuelto de manera bilateral en el transcurso de algunos meses; sin embargo, ya se inició el camino; aunque ha sido difícil la travesía, los resultados seguramente formarán parte de la historia y serán de gran valor para el gremio de Enfermería y para la población derechohabiente.

CONCLUSIONES

La transformación de la investigación y la educación, y la formación de recursos humanos en Enfermería, han generado un cambio de rol dentro del sistema de salud, lo cual le ha permitido paulatinamente ejercer sus competencias y plantear alternativas de solución a los problemas de salud de los diferentes grupos etarios a través de la práctica avanzada, al mismo tiempo que en las instituciones se promueve el adecuado manejo del talento humano de los recursos disponibles.

Es indispensable que el profesional de Enfermería integre en su práctica los conocimientos teóricos y los resultados de la investigación, lo cual le permitirá proporcionar cuidados libres de riesgos fundamentados en principios científicos. No cabe duda de que la formación de los recursos humanos en salud sigue siendo un reto, toda vez que es fundamental que los programas deben estar impregnados de humanismo y de un gran nivel de compasión y amor por el otro.

Siempre se espera que la profesionalización de los recursos humanos genere más beneficios tanto para las personas como para quienes reciben el beneficio de los servicios, por lo que es fundamental visibilizar las competencias y las potencialidades profesionales de las personas. En este sentido, el reconocimiento de la licenciatura en Enfermería podría posicionar de manera transversal a los profesionales de esta disciplina como parte indispensable de los equipos multidisciplinarios de salud en los niveles estratégicos, tácticos y operativos de gestión de los sistemas de salud de los tres niveles de atención.

REFERENCIAS

1. **Castro M, Simian D:** La enfermería y la investigación. *Rev Med Clin Condes* 2018;29(3): 301-310.
2. **Varkevisser CM, Pathmanatha I, Brownlee A:** Elaboración de la propuesta de investigación y trabajo de campo. En: *Diseños y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud*. Vol. I. Bogotá, 2011.
3. **Moreno NM, Galván FGM:** La investigación en el desarrollo profesional de Enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2011;19(2):61-62.
4. **Jáuregui RK:** La investigación en Salud en el IMSS. *Rev Med IMSS* 2011;49(5):575-579.
5. **Ramírez ST, Galván FGM, González EI:** Claudine Palazuelos Lacaille, *in memoriam* (1951-2010). *Rev Enferm IMSS* 2010;18(1):47-48.
6. **Hernández M, Gómez B, Becerril L, Rojas A:** Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México. La reconstrucción del camino. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(2):287-296.
7. **Echeverría MJ, Dávila TJ:** *Enfermería*. En: Colección de Medicina de Excelencia. México, Alfil, 2013.
8. **De Arco COC, Suárez CZK:** Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ Salud* 2018;20(2):171-182.
9. **Tamayo TM:** *El proceso de la investigación científica*. 4ª ed. México, LIMUSA, 2004.
10. **Ramírez ST, Soto AMO, Palazuelos LC, Hernández de LB, Matus MR et al.:** Perfil académico del personal de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2005-2006. *Rev Enferm IMSS* 2007;15(2): 105-116.
11. **López LL, Haro AME, Martínez CAM, Vaca RJJ:** Factores relacionados con el desarrollo de proyectos de investigación científica disciplinar por personal de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2019;27(3):139-145.
12. **Ramírez SSC, Pérez SOM, Lozano RO:** Perspectiva de la investigación en enfermería: el caso México. *ENE* 2019;13(4).
13. **De Bortoli CS, Ferreira A, Vialart VN, Ramírez CM:** Redes internacionales de enfermería de las Américas: reporte 2015. *Rev Cub Enferm* 2016;32(1).
14. Organización de las Naciones Unidas: Informe de los objetivos de desarrollo sostenible 2020. Publicación de las Naciones Unidas emitida por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA).
15. **Cabrero J, Richart M:** Concepto de investigación en enfermería. En: *Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación enfermería*. Alicante, Publicaciones Universidad de Alicante, 2005:17-48.
16. **Matus MR:** La Red Mexicana de Editores de Revistas Científicas de Enfermería y su responsabilidad en la difusión del conocimiento. *Rev Enferm IMSS*. 2017;25(4):241-243.
17. **Félix LFC:** Comunicación científica en enfermería: importancia de las redes para la visibilidad y difusión del conocimiento. *Enferm Univ* 2017;14(2):77-78.
18. **Muñoz VL, Castillo PJJ, Villatoro MA, García GF:** Cómo comunicar los resultados de investigación en enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2015;23(2):121.
19. **Torres BS y Zambrano LE:** Breve historia de la educación de la enfermería en México. *Rev Enferm IMSS* 2010;18(2):105-110.
20. Proyecto Tuning América Latina 2004-2006. Centro Nacional Tuning México.
21. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. *DOF* 2007.
22. Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *DOF* 2013.
23. Secretaría de Gobernación: Modificación a la Convocatoria para la promoción por profesionalización del personal de enfermería, de trabajo social y de terapia física y rehabilitación. *DOF* 2014.

24. Entrevistas realizadas a funcionarios de instituciones de salud públicas y privadas. 2020.
25. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM: Nuestra historia.

REFERENCIAS DE CONSULTA

1. **Torres S, Zambrano E:** Breve historia de la educación de la enfermería en México. *Rev Enferm IMSS* 2010;18(2):105-110.
2. Manual de Organización de las Escuelas de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Clave 2000-002-004. 2022.
3. Archivo Histórico de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional "Siglo XXI", 2022.
4. Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Acuerdo No.1302/2010. ENEO-UNAM.
5. Archivo Histórico de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León, 2022.
6. Plan de Estudios de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León.
7. Archivo Histórico de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana, Baja California, 2022.
8. Plan de Estudios de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana, Baja California, 2017.
9. Archivo Histórico de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, 2022.
10. Plan de Estudios, de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, clave 162, acuerdo 223/2010.
11. Archivo Histórico de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hermosillo, Sonora, 2022.
12. Plan de Estudios, de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hermosillo, Sonora.
13. Plan de Estudios, de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hermosillo, Sonora.
14. Archivo Histórico de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Yucatán, 2022.
15. Plan de Estudios, de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Yucatán, 2005.
16. Archivo Histórico de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Obregón, Sonora, 2022.
17. Plan de Estudios, de la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Obregón, Sonora, 2006.
18. Secretaría de Educación pública: Programa sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. *DOF*.
19. Visión y acción 2030. Propuesta de la ANUIES para renovar la educación superior en México. Diseño y concentración de políticas públicas para impulsar el cambio institucional.
20. **Gottens L et al.:** La educación de enfermería: calidad, innovación y responsabilidad. *Rev Bras Enf* 2014;67(4):503-504.
21. **Camacho E, Rodríguez S:** Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva. *Rev enf universitaria ENEO-UNAM*. 2010;(1):3-44.
22. Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas servidoras públicas del IMSS. Aprobado por el H. Consejo Técnico, mediante Acuerdo: ACDO. SA2.HCT.250619/ 204.P.DA de fecha 25 de junio de 2019.
23. Código de Ética de la Administración Pública Federal. 8 de febrero de 2022.
24. Colegio de enfermeras CR: El respeto. *Bol Enferm* 2018.



ÍNDICE ALFABÉTICO

A

ácido fólico, 78

C

cáncer

cervicouterino, 39

de mama, 19, 37, 39, 71

catarata, 37

COVID-19, 16, 17, 28, 30, 33, 35, 36, 38, 39, 40,
55, 56, 62, 87, 89, 100, 113, 114, 116, 117, 118,
120, 122, 124, 125, 126, 127, 132, 144, 146

crisis sanitaria, 87

D

desnutrición, 77

diabetes mellitus, 17, 39, 88, 100

E

enfermedad

cerebrovascular, 17

crónica, 55, 100

crónico-degenerativa, 12, 21, 39, 80, 81, 127

de transmisión sexual, 87

del corazón, 17

emergente, 55, 61, 134

oncológica, 12

por coronavirus, 28

reemergente, 55, 61, 134

renal, 12

estoma, 15

evento vascular cerebral, 84

H

hiperbilirrubinemia, 15

hipertensión, 39

arterial, 17

sistémica, 100

I

infarto agudo del miocardio, 17

infección

de las vías urinarias, 15

nosocomial, 54, 71

por el virus de la influenza, 123

respiratoria, 78, 123

influenza

A (H1N1), 122, 123

estacional, 37, 123

humana, 123

L

lesión por presión, 83

M

MERS-CoV, 113

N

neumonía, 122
neutropenia, 85

O

obesidad, 39, 127

P

paciente
con COVID-19, 21, 35, 38, 41, 115, 116, 124,
125, 126
con enfermedad
crónica, 17, 87
renal crónica, 82
con estoma, 83
con insuficiencia renal crónica, 81
con SARS-CoV-2, 124
nefrópata, 88
renal, 36
trasplantado, 88
pie diabético, 15

R

resfriado común, 113
riesgo
de caída, 76
de infección, 73

S

SARS-CoV, 113
SARS-CoV-2, 38, 40, 113
SIDA, 71
síndrome
de inmovilidad, 12
de intestino corto, 85
geriátrico, 80, 82
respiratorio
agudo severo, 113
de Medio Oriente, 113
sobrepeso, 127

T

trasplante
de médula ósea, 85
renal, 31, 82

U

úlceras por presión, 15

V

vacuna contra el COVID-19, 118, 119, 125
vacunación
contra el COVID-19, 117, 127
contra el virus SARS-CoV-2, 122
VIH, 100
viruela símica, 34
virus
de la influenza, 123
A (H1N1), 123
SARS-CoV-2, 28, 34, 55, 117, 124, 127





1 9 4 3 - 2 0 2 3

Esta obra se terminó de imprimir y encuadernar el XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX en los talleres de
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX con un tiraje de XXXXX ejemplares
en papel couché y forros en cartulina Sundance felt.