

La Atención Primaria a la Salud + en el ejercicio profesional de enfermería

María Isabel Méndez Domínguez

Débora Canté Hernández

María Verónica de los Ángeles Pacheco Chan

Edwin Guillermo Montero Canul

María del Rosario Tolentino Ferrel

Coordinadores



LA BIBLIOTECA

LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA ISABEL MÉNDEZ DOMÍNGUEZ
DÉBORA CANTÉ HERNÁNDEZ
MARÍA VERÓNICA DE LOS ÁNGELES PACHECO CHAN
EDWIN GUILLERMO MONTERO CANUL
MARÍA DEL ROSARIO TOLENTINO FERREL
(Coordinadores)



LA BIBLIOTECA

Este libro en su totalidad fue arbitrado bajo el método “doble ciego” por especialistas en la materia.

**LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD
EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

María Isabel Méndez Domínguez

Débora Canté Hernández

María Verónica de los Ángeles Pacheco Chan

Edwin Guillermo Montero Canul

María del Rosario Tolentino Ferrel

(Coordinadores)

D.R. © Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.

Manantiales 29 - 5

Colonia Chapultepec

C.P. 62450, Cuernavaca, Morelos.

Tel. 55-3233-6910

Email: contacto@labiblioteca.com.mx

Primera edición: diciembre, 2025

ISBN: 978-607-5927-77-0

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta, del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la Ley Federal de Derechos de Autor y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

Impreso y encuadernado en México

Printed and bound in Mexico

Índice

Presentación	5
Prólogo	9
Capítulo 1	
Primer nivel de atención: promoción de la salud y prevención de enfermedades	11
Capítulo 2	
Formación estratégica en enfermería para responder a desafíos epidemiológicos prioritarios en Quintana Roo, México	27
Capítulo 3	
Tecnología e innovación en la APS	37
Capítulo 4	
Atención Primaria de Salud con Enfoque Intercultural: El Rol Ampliado de Enfermería en Comunidades Rurales.	49
Capítulo 5	
El peso de la Cuchara: Enfermería Crítica, Género y la (Im)posible Justicia Alimentaria en la Infancia Hipertensa	61
Capítulo 6	
Vinculando la formación profesional con políticas de salud: Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud	71
Capítulo 7	
Programa Integral Comunitario de Enfermería: experiencia en el contexto de Atención Primaria de la Salud	81
Capítulo 8	
Tamizajes de Salud Públicos: una estrategia de detección temprana para enfermedades no transmisibles	93
Capítulo 9	
Solución de problemas de una comunidad, como estrategia educativa a colectivo de cuidadores	105

Capítulo 10

Caja detectora de manos sucias: estrategia de gamificación
para promover el lavado de manos en escolares 115

Capítulo 11

Proceso de Atención de Enfermería Comunitario:
estrategia para mejorar la prevención de accidentes
en las escuelas 125

Sobre los coordinadores 137

Sobre los colaboradores 139

Presentación

Capítulo 1. Primer nivel de atención: Promoción de la Salud y prevención de enfermedades

Los autores nos presentan una visión de lo que es la salud desde un enfoque de la Atención Primaria a la Salud, para luego resaltar el papel fundamental del primer nivel de atención, como parte de la organización del sistema de salud, para responder a los retos de la situación epidemiológica actual. Aborda de manera general los componentes del primer nivel de prevención, describiendo las principales líneas y acciones que se proponen para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, bajo una mirada de participación comunitaria, sustentada en el reconocimiento de determinantes sociales de la salud.

Capítulo 2. Formación estratégica en enfermería para responder a desafíos epidemiológicos prioritarios en Quintana Roo, México

Quintana Roo enfrenta un escenario complejo marcado por la movilidad turística, la presencia de enfermedades emergentes y la prevalencia de padecimientos crónicos. Estos factores configuran desafíos que demandan respuestas innovadoras en la formación de profesionales de la salud. La baja proporción de personal de enfermería con licenciatura en el estado limita la vigilancia epidemiológica, la atención crítica y el manejo integral de enfermedades. Este capítulo pone de relieve la importancia de fortalecer la formación universitaria en enfermería como estrategia clave para ampliar la cobertura, garantizar la seguridad del paciente y contribuir a la resiliencia del sistema de salud en Quintana Roo.

Capítulo 3. Tecnología e innovación en la Atención Primaria de la Salud (APS)

El impacto de la tecnología en las diversas disciplinas es innegable, el área médica no queda exenta, por lo tanto, siendo la Atención Primaria una de las estrategias más importantes para el cuidado de la salud, también está siendo afectada. Es por ello, que en este capítulo se analizan brevemente aspectos relacionados al uso de las tecnologías, considerando conceptua-

lizaciones tales como determinantes digitales de la salud, la alfabetización en salud y su importancia para contrarrestar la infodemia; se resaltan algunas limitaciones y obstáculos que generan desigualdades tecnológicas para la salud. Presentan un estudio bibliométrico sobre el uso de tecnologías por parte de enfermería en APS y comparten experiencias exitosas.

Capítulo 4. Atención Primaria de Salud con Enfoque Intercultural: El Rol Ampliado de Enfermería en Comunidades Rurales

La Atención Primaria de Salud (APS) con enfoque intercultural constituye una estrategia clave para reducir desigualdades históricas en comunidades rurales e indígenas. Este capítulo revisa su evolución, desde Alma-Ata hasta Astaná, resaltando principios de equidad, accesibilidad y participación comunitaria. La interculturalidad se plantea como puente entre saberes biomédicos y tradicionales, favoreciendo un abordaje integral de la salud. Se enfatiza el rol ampliado de la enfermería y la práctica avanzada en la prevención, promoción y atención integral. Asimismo, se subraya la necesidad de políticas públicas que reconozcan la diversidad cultural y de una formación profesional con competencias interculturales, capaces de garantizar servicios pertinentes, sostenibles y equitativos.

Capítulo 5. El peso de la Cuchara: Enfermería Crítica, Género y la (Im)posible Justicia Alimentaria en la Infancia Hipertensa

El capítulo analiza el cuidado alimentario doméstico, ámbito donde confluyen historia, economía política de los alimentos, políticas públicas y las dinámicas cotidianas de los hogares. Se muestra cómo la globalización y la industria agroalimentaria han transformado los patrones de consumo, incrementando la desnutrición por exceso. Desde la vida cotidiana, las familias enfrentan desafíos entre las recomendaciones biomédicas y la realidad de recursos que limitan sus posibilidades de elección. La metáfora del “peso de la cuchara” ilustra el triple esfuerzo —económico, moral y físico— que recae mayormente en las mujeres cuidadoras. Finalmente, invita a los profesionales a considerar en la orientación alimentaria hacia los niños/as hipertensos/as, la historicidad, recursos y dinámicas particulares que permitan fortalecer la corresponsabilidad comunitaria y social.

Capítulo 6. Vinculando la formación profesional con políticas de salud: Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud

Se describen los antecedentes, fundamentos y metodología de la implementación del Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS). Se presenta como estrategia formativa e interdisciplinaria que promueve la inserción temprana de estudiantes de enfermería, medicina y farmacia en escenarios comunitarios. Entre sus aportaciones destacan el desarrollo de diagnósticos participativos e intervenciones comunitarias. Dentro de los resultados señalan beneficios directos en la comunidad, reforzándolos con testimonios de usuarios y alumnos, que evidencian su pertinencia social. El programa representa uno de los ejes de formación de los estudiantes de semestres iniciales.

Capítulo 7. Programa Integral Comunitario de Enfermería: experiencia en el contexto de Atención Primaria de la Salud

Con el propósito principal de dar continuidad a la Atención Primaria a la Salud (APS) como eje en la formación de los futuros profesionales de enfermería, este capítulo expone una estrategia educativa dirigida a estudiantes de enfermería de 5º a 8º semestre. La metodología propuesta facilita la implementación de acciones de APS mediante la aplicación del proceso enfermero, sustentadas en las asignaturas correspondientes a cada grado académico. Asimismo, se describe brevemente la evolución del Programa Integral de Cuidado al Estudiante y a la Comunidad (PICEC), hasta llegar a la versión que integra elementos de enfermería de práctica avanzada, sin perder de vista el objetivo de fortalecer el empoderamiento del enfoque de prevención en el ejercicio profesional.

Capítulo 8. Tamizajes de Salud Públicos: una estrategia de detección temprana para enfermedades no transmisibles

El capítulo examina los tamizajes comunitarios como una estrategia costo-efectiva para la detección temprana. Presenta el análisis realizado en Guanajuato a 372 personas, en el cual se identificaron factores de riesgo. Los resultados muestran una alta prevalencia de sobrepeso/obesidad (64.2%), hipertensión arterial (20%), hiperglucemia (15.7%), colesterol (32.6%), LDL (59.7%), triglicéridos (52.6%), HDL (71.3%), insuficiencia venosa (78.2%) y riesgo ligeramente elevado (36.3%) de desarrollar diabetes tipo 2. Se enfatiza la magnitud de la carga de ENT y la necesidad de fortalecer la APS mediante la práctica avanzada de enfermería y la expansión de los programas de tamizaje a espacios públicos y laborales.

Capítulo 9. Solución de problemas de una comunidad, con una estrategia educativa a colectivo de cuidadores

Este capítulo describe un proceso de aprendizaje a través de la implementación de un diagnóstico participativo con cuidadores en una alcaldía de la ciudad de México, mediante la metodología de investigación acción participativa de enfoque cualicuantitativo y la estrategia educativa de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). En el proceso participaron estudiantes de posgrado en enfermería, profesoras y autoridades locales. La experiencia permitió co-construir propuestas de promoción de la salud y formación continua, fortaleciendo el vínculo entre universidad y comunidad.

Capítulo 10. Caja detectora de manos sucias: estrategia de gamificación para promover el lavado de manos en escolares

El capítulo presenta un prototipo innovador para la enseñanza visual y tangible de la teoría del germen en escolares. Se muestra cómo la innovación tecnológica y lúdica puede fortalecer el rol de enfermería en la APS a través de la promoción del lavado de manos, una de las prácticas más costo-efectivas en salud pública. Así mismo, se describe la evolución del prototipo, sus características de diseño y su aplicación práctica, destacando los beneficios observados en la práctica comunitaria y la relevancia de incorporar la creatividad en la educación sanitaria infantil como estrategia de APS.

Capítulo 11. Proceso de Atención de Enfermería Comunitario: estrategia para mejorar la prevención de accidentes en las escuelas

El capítulo describe la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) comunitario como estrategia preventiva en una escuela primaria de Mérida, Yucatán. Mediante cartografía social y sociodramas, los escolares identificaron áreas de riesgo y la falta de recursos básicos como botiquines, materiales y capacitación docente. A partir del diagnóstico, se implementaron intervenciones educativas que promovieron la reflexión sobre conductas de riesgo y medidas de prevención. También se elaboraron manuales e infografías dirigidos a estudiantes y maestros para fortalecer la cultura preventiva. Los resultados muestran mayor conciencia del riesgo, disposición al autocuidado y avances hacia una seguridad escolar sustentada en la participación comunitaria.

Prólogo

En un esfuerzo por contribuir al fortalecimiento de la enseñanza de la Atención Primaria a la Salud, herramienta fundamental para mantener el bienestar de la población mediante acciones atractivas, innovadoras y comprobadas como efectivas, se presenta esta obra académica.

Dentro de sus capítulos, el lector encontrará elementos conceptuales y metodológicos que facilitan el análisis crítico y la aplicación práctica de estrategias encaminadas a fomentar hábitos de autocuidado para preservar la salud. Se abordan aspectos esenciales como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la organización de los servicios, la participación comunitaria y el reconocimiento de los determinantes sociales en la construcción de políticas públicas más justas y efectivas.

La obra constituye, además, un espacio de reflexión sobre el papel de los futuros profesionales del primer nivel de atención y subraya la necesidad de un compromiso ético y humanista en la práctica cotidiana. Asimismo, busca fomentar una formación integral de los nuevos recursos humanos en salud, quienes deben poseer las competencias necesarias para responder a las demandas actuales del sistema y contribuir de manera significativa a mejorar la calidad de vida de la población.

Estoy convencida de que este libro será de gran utilidad para estudiantes, docentes e investigadores, al tiempo que se convertirá en una inspiración para elaborar propuestas que transformen la manera de concebir y ofrecer los servicios de salud. Más allá de su valor académico, aspira a despertar en cada lector la certeza de que la Atención Primaria a la Salud no solo es la clave de un sistema incluyente, justo y equitativo, sino también el camino hacia una sociedad más solidaria, resiliente y humana.

DRA. MARÍA DEL ROSARIO TOLENTINO FERREL
División de Ciencias de la salud e Ingenierías
Departamento de enfermería y obstetricia
Campus Celaya – Salvatierra

Capítulo 1

Primer nivel de atención: promoción de la salud y prevención de enfermedades

JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO

MANUEL ANTONIO LÓPEZ CISNEROS

Introducción

El mundo ha experimentado una serie de cambios que han amenazado la salud y el bienestar de los seres humanos, donde se destaca la transición epidemiológica y demográfica, caracterizadas anteriormente por una elevada mortalidad, fecundidad y una baja esperanza de vida con alta prevalencia de enfermedades transmisibles; actualmente una disminución en la mortalidad y fecundidad, un incremento en la esperanza de vida y predominio de las enfermedades no transmisibles (Gobierno de México, 2022). Ante este panorama las instituciones gubernamentales y no gubernamentales de salud han dado respuesta oportuna, superando obstáculos y desafíos con apoyo de los avances de la ciencia y la medicina, con implicaciones en la atención sanitaria y la salud general de la población (Organización de la Naciones Unidas, 2024).

En consonancia con lo anterior, la salud es concebida como un *“estado completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”*, por lo tanto, implica un equilibrio que permite el goce de un estado de salud integral, descrito como un derecho fundamental que garantiza que todas las personas tengan acceso y disfrute de un estado de bienestar, sin considerar raza, religión y condición socioeconómica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). De manera implícita la salud permite alcanzar la paz y la seguridad entre los seres humanos y la sociedad, por lo tanto, compete al estado el fomento de la salud y la protección específica ante las enfermedades transmisibles y no transmisibles que pongan en riesgo la salud del individuo, familia y comunidad, incluyendo el diseño y la implementación de políticas públicas en salud (Padilla, 2021).

En este sentido, es preciso mencionar que se han producido mejoras en los indicadores de salud, donde la mortalidad materno infantil y la incidencia de enfermedades infecciosas (VIH, tuberculosis y la malaria) han disminuido de forma significativa, a la vez se ha incrementado la esperanza de vida al nacer, lo cual pudiera estar asociado a un mayor acceso a los servicios sanitarios y mayor atención de los factores de riesgo que condicionan la salud o la enfermedad (ONU, 2025).

En consecuencia, un elemento clave que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes sociales y mejorar la salud es la promoción de la salud, la cual se remonta a la Carta de Ottawa durante la primera conferencia internacional realizada el 21 de noviembre de 1986 (OMS, 2020). Dicho documento marco un parteaguas sobre promoción de la salud, al establecer un conjunto de acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, la modificación de las condiciones socioeconómicas con el fin de favorecer un impacto positivo en la salud individual y colectiva (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

En este sentido el presente documento muestra un análisis de la atención primaria, los determinantes sociales de la salud, la promoción de la salud desde su concepción y elementos que la conforman, así como la prevención de enfermedades y el papel de enfermería en este ámbito, elementos clave en la atención con el enfoque integral del ser humano.

Desarrollo

Atención primaria a la Salud (APS)

El origen de la Atención Primaria de Salud (APS) se remonta a la década de los setenta, la cual emerge de un escenario caracterizado por desigualdades sociales y sanitarias, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde la medicina se enfocó en aspectos curativos, concentrándose en la atención hospitalaria minimizando la prevención de enfermedades. Ante esta situación la OMS impulsó la necesidad de replantear los sistemas de salud y estableció el Concepto-APS, tomando fuerza en el año de 1978, en la conferencia de Alma Ata (Peraza y Zurita-Barrios, 2022).

En esta conferencia se proclamó que la salud es un derecho humano fundamental y que el acceso debía garantizarse mediante servicios de atención primaria accesibles, integrales y participativos para alcanzar la meta

de “*salud para todos en el año 2000*”, bajo la línea de priorizar la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la atención cercana a las comunidades (Segura, 2021).

En términos concretos la APS es entendida como una estrategia de salud que involucra a los miembros de la sociedad para asegurar un alto nivel de bienestar y salud de forma igualitaria y equitativa, por medio de la atención de sus necesidades en la medida de lo posible, a lo largo de un proceso continuo que incluye la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, considerando su diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos cuando se requieran (OMS, 2023).

A nivel mundial se definen tres componentes de la APS:

1. Servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria, los bienes y funciones de salud pública como elementos centrales;
2. Políticas y actuaciones multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud más amplios;
3. Empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades para lograr una mayor participación social y mejorar la auto asistencia y la autosuficiencia en materia de salud.

Para ello los principios que rigen la APS son:

1. Responder a las necesidades de salud poblacional
2. Servicios orientados hacia la calidad
3. Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos
4. Justicia social
5. Sostenibilidad
6. Participación ciudadana
7. Intersectorialidad

Y los elementos que permiten su consolidación incluyen:

1. Educación en salud sobre problemas prioritarios
2. Promoción nutricional
3. Suministro de agua potable y saneamiento adecuados
4. Atención de la salud materno infantil
5. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
6. Prevención y control de enfermedades endémicas

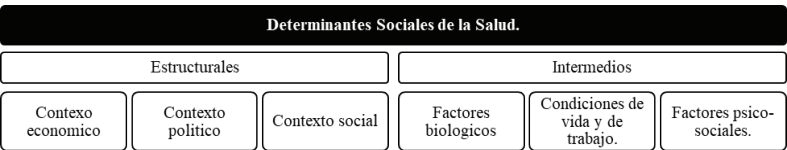
- 7. Tratamiento apropiado de enfermedades y lesiones comunes
- 8. Suministro de medicamentos esenciales (Gobierno de México, 2023).

Determinantes sociales de la salud

Para comprender la promoción de la salud es necesario considerar algunos elementos que están relacionados con ello, uno de ellos son los determinantes sociales de la salud (DSS), concebidos como las circunstancias donde las personas nacen crecen, procrean, trabajan, viven, envejecen y mueren, incluyendo los sistemas que determinan las condiciones de la vida de los individuos (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020). Para su análisis se identifican dos tipos de determinantes: *estructurales e intermedios*, los primeros incorporan el contexto económico, social y político como elementos donde se produce y distribuye el poder de forma desigual entre los grupos sociales, basados en términos de clase social, género y raza, ocasionando inequidades en salud y en el bienestar de la población. El segundo se refiere a los aspectos intermedios que están relacionados con las condiciones de vida de las personas, donde se incluye las condiciones de trabajo, vivienda, transporte y aspectos biopsicosociales como elementos principales (López-Álvarez, 2024).

Es importante señalar que los determinantes estructurales parecen ser las causas de los determinantes intermedios y, por lo tanto, de la salud o la enfermedad donde se incorporan aspectos subjetivos, objetivos y aspectos sociales para su comprensión (López-Álvarez, 2024). La relación entre ellos se observa en el siguiente esquema (Figura 1):

Figura 1. Determinantes sociales de la salud



Fuente: elaboración propia

Prevención de Enfermedades

La prevención de enfermedades es entendida como el diseño y ejecución de intervenciones específicas, dirigidas de manera individual o colectiva

con el propósito de realizar una detección temprana o minimizar la carga de las enfermedades y los factores de riesgo modificables (Arouca, 2018). Por lo tanto, los objetivos principales de la prevención son: 1) Reducir los factores de riesgo y enfermedad, 2) Disminuir las complicaciones de enfermedad y 3) Proteger a personas y grupos de agentes agresivos.

Ante este contexto resulta importante mencionar que la evolución de las enfermedades es dinámica y está condicionado por múltiples factores que influyen en el proceso salud-enfermedad lo que puede determinar su evolución, para ello los niveles de prevención varían en función del proceso de enfermedad y se destacan los siguientes:

1. *Prevención primaria*: incluye medidas dirigidas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales o predisponentes.
2. *Prevención secundaria*, incorpora medidas para detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud que ya está presente en el individuo en cualquier punto de la historia natural de enfermedad.
3. *Prevención terciaria*, dirige acciones para evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.

Ahora bien, este documento se centra en la Prevención Primaria, la cual contempla elementos importantes como medidas orientadoras y de control de los factores causales que permitan disminuir la incidencia de las enfermedades en las personas sanas, dentro de la historia natural de la enfermedad (Olivero, 2024). Por lo tanto, la acción preventiva se ejerce en el período prepatogénico de la enfermedad y, como tal, busca preservar el equilibrio de la tríada ecológica, lo cual se logra eliminando o reduciendo la cantidad y calidad de los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo presentes en la sociedad, así como mejorando o fortaleciendo los factores protectores de la salud (Olivero, 2024).

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (Quintero-Fleites, et al., 2017). En concordancia con lo anterior se destacan las siguientes actividades:

- Fomentar hábitos y estilos de vida saludables: alimentación adecuada, actividad física, higiene personal, salud mental, etc.
- Identificar y minimizar riesgos que puedan causar enfermedades.
- Aplicar medidas que aumenten la resistencia a enfermedades (vacunación, prevención de ITS, etc.).
- Informar sobre la prevención de enfermedades y mantener la salud: talleres de prevención, lavado de manos, etc.

Para lograr estas actividades se apoya de la promoción de la salud y protección específica, que a continuación se describen:

Promoción de la Salud

La *promoción de la salud* fue definida por primera vez en la carta de Ottawa (OMS, 1986) como el medio para que las personas puedan mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre ella. Para lograr este fin, es necesario que sean capaces de identificar sus necesidades y satisfacerlas mediante la adopción de estrategias coadyuvando a un bienestar físico, mental y social. De manera implícita se consideran importantes políticas públicas que permitan mejorar el estilo y la calidad de vida. Es así como la promoción de la salud se caracteriza por tener un carácter anticipatorio, es decir, prever y prevenir el desarrollo natural de las enfermedades a través de la modificación de los determinantes de la salud, dando como resultado mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

En la 10.^a conferencia mundial de promoción de la salud realizada en diciembre de 2021, se incluye como parte de la promoción de la salud el término “bienestar en las sociedades”, que se refiere al trabajo colaborativo de los diferentes sectores de la sociedad para superar desafíos vigentes y futuros, así como ayudar a las personas a asumir el control de su salud a través de la identificación de áreas esenciales que puedan ser cubiertas por la atención sanitaria, vista como una piedra angular de la estabilidad social, económica y política de la sociedad (OMS, 2021).

Por lo tanto, se han definido cinco *funciones básicas* de la promoción de la salud que tienen que ser consideradas y consisten en:

1. *Desarrollar aptitudes personales para la salud*: bajo este aspecto la promoción de la salud proporciona información y herramientas que permitan mejorar los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y

aptitudes necesarias para la vida, así como el desarrollo de competencias que permitan mantener un equilibrio entre el proceso salud enfermedad, que permita que la población pueda tener un control sobre su propia salud y ambiente, haciendo uso adecuado de los servicios de salud (Medina, 2021).

2. *Desarrollar entornos favorables*: la promoción de la salud busca que las personas se cuiden entre sí y cuiden de su entorno. Para ello, es necesario fomentar entornos laborales seguros que contribuyan a estilos de vida saludables, a través de un compromiso colectivo con la conservación y uso responsable de los recursos naturales, que permitan el bienestar integral del individuo y del planeta a través de un enfoque preventivo y sostenible (Juvinyà-Canal, 2021).
3. *Reforzar la acción comunitaria*: la promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en la toma de decisiones en salud, que beneficia no solo a nivel individual, sino colectivo. Lo anterior, a través de la identificación de problemáticas, el diseño y ejecución de propuestas que permitan mejorar la salud en la comunidad, siempre tomando como referente sus características y aspectos culturales para reforzar la participación comunitaria en la salud pública (Essomba-Gelabert, Tarrés-Vallespí y Argelagués-Besson, 2023).
4. *Reorientar los servicios de salud*: por medio de la promoción de la salud se impulsa una transformación de los servicios de salud, los cuales deben cambiar la visión curativa vigente hasta la fecha y pasar a la ejecución de acciones preventivas por medio de la educación para la salud en los diversos grupos etarios de la sociedad que permitan el control y manejo de las enfermedades a través del empoderamiento de la comunidad (Cardo-Miota, et al., 2025).

También se incluye el acceso a los servicios de salud cuando se requiera, por lo tanto, es importante la dotación de recursos humanos, físicos y financieros que permitan dar cumplimiento a este compromiso de la promoción de la salud. No obstante, se debe hacer hincapié que los servicios de salud sean sensibles a las necesidades interculturales de la comunidad y respeten las costumbres y tradiciones que emergen en estos contextos, para que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre individuos, comunidad y servicios de salud (Calle, y Párraga, 2021).

5. *Impulsar políticas públicas saludables*: uno de los compromisos de la promoción de la salud está ligado a las políticas saludables, que pue-

den ser analizadas desde dos perspectivas, la primera establece que la salud debe estar incluida en la agenda de los tomadores de decisiones como una prioridad tanto a nivel nacional e internacional, así como en todos los órdenes de gobiernos y sector público y privado. El segundo elemento que debe considerarse es la incorporación de expertos en salud y de la comunidad para el diseño de políticas públicas que muestren la realidad de la sociedad y que permitan satisfacer las necesidades que se demandan, ya que por mucho tiempo las políticas se realizan desde el enfoque administrativo y no desde la parte operativa que se requiere (Monreal, et al., 2018).

Cabe mencionar que estas funciones si bien tienen particularidades, no están aisladas y por lo tanto para comprender la promoción de la salud se enlazan entre ellas contribuyendo a la mejora de la salud de los sujetos. Tomando como base los elementos descritos a nivel mundial se han implementado acciones que permitan el cumplimiento de las función de la promoción de la salud, ante ello la OMS y la OPS (2019), planteo la *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030* donde se busca transformar la promoción de la salud a través de acciones sociales, políticas y técnicas que incluyan los determinantes sociales de la salud, en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, donde se plantean los siguientes elementos:

Tabla 1. Estrategia sobre la promoción de la salud

<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Elementos</i>
Fortalecer los entornos saludables clave.	Los entornos clave que deben ser abordados en las actividades que se realicen para promover la salud y mejorar la calidad de vida son, entre otros, escuelas, universidades, viviendas, lugares de trabajo, mercados y otros espacios comunes en territorios y comunidades urbanos y rurales. La intervención en esos entornos, considerando los aspectos diversos y multiculturales de las comunidades, permite llegar hasta los grupos poblacionales que viven en las condiciones más vulnerables.
Facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad, y el compromiso de la sociedad civil.	El fortalecimiento de la participación comunitaria es un proceso en el cual los miembros de la comunidad se reúnen, planifican estratégicamente, definen prioridades, reparten tareas y establecen objetivos y estrategias en función de las necesidades y los recursos existentes (financieros, técnicos y humanos) y los recursos que podrían obtenerse por medio de alianzas.

Fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar, y abordar los determinantes sociales de la salud.	El concepto de la salud en todas las políticas se centra en promover la salud y la equidad en la salud por medio de una respuesta de política integral, que incluya consideraciones relativas a la salud en todos los sectores y ámbitos de política, siempre teniendo en cuenta y abordando los posibles conflictos de intereses al colaborar con asociados.
Fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud.	Es necesario que los países establezcan sistemas integrados de salud que promuevan la colaboración entre los programas verticales y fragmentados. Para fortalecer los sistemas y servicios de salud y avanzar en la aplicación de modelos de atención centrados en las personas, las familias y las comunidades, hay que incorporar la promoción de la salud en las políticas y estrategias nacionales de salud.

Protección específica

Este elemento se refiere a las medidas que tienen un impacto directo en la prevención de una enfermedad en particular o a un grupo de enfermedades, ejemplo de ellos son la vacunación, consumo de ácido fólico, hierro, calcio como una forma de prevenir la aparición de un o un conjunto de enfermedades. Por lo tanto, la promoción de la salud es un concepto amplio que requiere no solo de recursos humano y financiero, sino de un cambio transformacional que contribuya a dotar a la población de herramientas necesarias para mantener su salud y poder enfrentar la enfermedad a través de un equipo inter y multidisciplinar, basado en las necesidades de la población y en la evolución de las enfermedades (Figura 2).

Figura 2. Elementos del Primer Nivel de Atención



Fuente: elaboración propia.

El profesional de enfermería en el primer nivel de atención

El funcionamiento del sistema de salud depende en gran medida de los recursos económicos y de los recursos humanos para la salud, estos últimos, deben contar con una formación académica adecuada evidenciado a través de competencias clínicas que permitan brindar atención al usuario. En este sentido el profesional de enfermería en el primer nivel de atención desempeña un papel fundamental entre la población y los servicios de salud, ya que en muchas ocasiones constituyen el primer, y a veces el

único, proveedor de servicios dentro del sistema público de salud (Chasi-llacta y Nuñez, 2023).

En este nivel de atención el actuar del profesional de enfermería se centra en el cuidado que las personas realizan en pro de su salud (autocuidado) y que mejoran la calidad de vida mediante la gestión de su autonomía (Mora-Rojas, et al., 2024).

Por lo tanto, las funciones propias del personal de enfermería están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer las demandas de salud a lo largo del ciclo vital (Velasco, et al., 2021). En consonancia con lo anterior se destaca que funciones del profesional de enfermería en el primer nivel de atención de salud son:

1. *Clínico-asistencial*: que incluye la promoción de cuidados, cuidados en prevención y cuidados en rehabilitación, donde se pueden considerar:
 - a) Atención directa en domicilio a personas y familias: donde se establece la consulta de enfermería a demanda en el domicilio
 - b) Educación para la salud individual o grupal: se configura como una de las principales estrategias de aprendizaje para conseguir el autocuidado de las personas por medio de un compromiso con su salud.
 - c) Participación comunitaria: alude a brindar apoyo a la población, desarrollando diversas actividades enfocadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad.
 - d) Gestión de casos: la enfermera participa en la coordinación de los servicios de salud que ayudan a las personas dependientes o en situación de vulnerabilidad, a identificar y/ o proporcionar los servicios apropiados al mismo tiempo que se controlan los costes de dichos servicios (Molina, et al., 2022).
2. *Investigación*: es la evolución natural de la práctica de los cuidados de salud basados en la evidencia científica a través del uso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia para el cuidado de los pacientes, se destaca:
 - a) Integrar la formación de las enfermeras en investigación.
 - b) Liderar la actividad científica en cuidados, promoviendo una asistencia basada en la evidencia científica, marcando líneas de investigación y favoreciendo su evaluación, difusión y aplicación.

- c) Conseguir la transferencia de resultados de la investigación en cuidados y su aplicación en la práctica de enfermería.
 - d) Participar de forma conjunta con el resto del equipo asistencial en proyectos coordinados y multidisciplinarios (Rojas, et al., 2022).
3. *Gestión y organización*: incluye el trabajo en equipo, dado que las actividades de cualquiera de los profesionales influyen y condicionan la actividad del resto del equipo, se contempla:
- a) Planificación y organización del trabajo conjunto de los profesionales sanitarios.
 - b) Gestión de agendas compartidas y coordinadas.
 - c) Sistema de información y registro.
 - d) Evaluación y mejora de los resultados de los cuidados de la población (Tapia, et al., 2022).

Conclusión

En función del desarrollo del documento, se hace evidente que el primer nivel de atención en salud constituye una pieza fundamental dentro del sistema salud que debe ser eficiente, equitativo y accesible a toda la población, dado que es aquí donde la promoción de salud y la prevención de enfermedades son herramientas que permiten mejorar el estilo y calidad de vida de los sujetos y las comunidades a través de la identificación de los factores de riesgo y de protección que intervienen en el proceso salud enfermedad y con ello disminuir la carga en niveles más especializados.

Por lo tanto, el conocimiento de los determinantes sociales de la salud permite a la población identificar los fortalezas y debilidades que pudieran influir en su salud, así también se destaca el papel fundamental de los gobiernos, quienes a través del diseño e implementación de políticas públicas permitan la mejora de los aspectos económicos y sociales de las comunidades, que contribuyan a crear entornos saludables y una participación sobre el cuidado de la salud.

En este marco, resulta imprescindible reconocer la labor del profesional de enfermería en el primer nivel de atención, ya que constituye el eje operativo que garantiza el acceso, la continuidad y la integralidad de los cuidados. Su rol no solo se limita a la atención clínica básica, sino que incluye actividades de promoción de la salud, educación comunitaria, pre-

vención de enfermedades, vigilancia epidemiológica y acompañamiento en procesos de autocuidado individual y colectivo. Asimismo, la enfermería fomenta la participación social, fortalece la adherencia a los tratamientos y establece un vínculo cercano con las familias y comunidades, lo que favorece la confianza y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

De esta manera, el primer nivel de atención se consolida como el primer punto de contacto entre los individuos y el sistema sanitario, donde debe fomentarse una atención integral, continua y centrada en la persona, apoyada en equipos multidisciplinarios con enfoque familiar y comunitario, en los que la enfermería tiene un papel estratégico para garantizar la equidad y la eficacia de las intervenciones en salud.

Referencias:

- AROUCA, S. (2018). La historia natural de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 220-228.
- CALLE, B. P. M., y Párraga, D. M. (2021). La Gestión por procesos: resultados para mejorar la atención en Instituciones de salud. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 6(12), 179-212.
- CARDO-MIOTA, A., Valls- Pérez, B., Gil-García, E., y Hernán-García, M. (2025). Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación. *Gaceta Sanitaria*, 37, 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102269>
- CHASILLACTA, F. B., y Nuñez, F. R. (2023). Rol del personal de enfermería en la atención primaria en salud. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2(82), 1-14.
- DE La Guardia Gutiérrez, M. A., y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative and no positive results*, 5(1), 81-90.
- ESSOMBA- Gelabert, M. A., Tarrés-Vallespi, A., y Argelagués-Besson, M. (2023). La investigación-acción comunitaria. Nuevas necesidades sociales, nuevos enfoques epistemológicos desde la complejidad. *Perfiles educativos*, 45(180), 158-174
- GOBIERNO de México. (2022). Transición epidemiológica y salud pública. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/transicion-epidemiologica-y-salud-publica?idiom=es>
- GOBIERNO de México. (2023). Guía de Estudio: Introducción a la Atención Primaria de Salud (APS). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf

- JUVINYÀ-CANAL, D. (2021). Alfabetización en salud en la comunidad. In: *novación educativa*, (31).
- LÓPEZ-ÁLVAREZ, M. (2024). Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(145), 47-69.
- LÓPEZ-ÁLVAREZ, M. (2024). Los determinantes sociales de la salud y las enfermedades. Una panorámica introductoria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(145), 47-69.
- MEDINA, C. H. M. (2021). Las habilidades sociales, factor clave para una interacción efectiva. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 6(2), 3-16.
- MOLINA, A. S. H., Herrera, P. M. M., Tierra, V. R. T., Tierra, E. M. C., y Ati, K. A. R. (2022). El profesional de enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención. *Revista Eugenio Espejo*, 16(1), 98-111.
- MONREAL, L. A., Arillo-Santillán, E., Betanzos-Reyes, A. F., Jiménez-Aguilar, A., Márquez-Serrano, M., Rangel-Flores, H., ... y Villanueva-Borbolla, M. A. (2018). *Promoción de la salud*. Juan Rivera Dommarco Tonatiuh Barrientos Gutiérrez Carlos Oropeza, 194.
- MORA-ROJAS, R. B., Villalobos-Bolívar, G. E., y Mosquera-Hurtado, I. Y. (2024). Competencias del profesional de la salud en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 40.
- OLIVERO, I. V. (2024). Los niveles de prevención y su relación con el Proceso Salud-Enfermedad: Proceso Salud-Enfermedad-Prevención. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 12(24), 73-87.
- ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidad. (2024). El compromiso inquebrantable de las Naciones Unidas con la salud. <https://www.un.org/es/global-issues/health>
- ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidad. (2025). Salud. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/health>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2019). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-promocion-salud-contexto-objetivos-desarrollo-sostenible>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/>

- dmdocuments/2013/carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2020). Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, 1986. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2021). La 10.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear ‘sociedades del bienestar. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2023). Atención primaria de salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2025). La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (2024). Promoción de la salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- PADILLA, J. C. S. (2021). Políticas Públicas para mejorar la calidad de servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 253-266.
- PERAZA, D., y Zurita-Barrios, N. Y. (2022) Una mirada a la atención primaria desde Alma-Ata hasta Astaná. *Cultura de los Cuidados*, 26(62). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.11>
- QUINTERO-FLEITES, E. J., Fe de la Mella Quintero, S., y Gómez-López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 101-111.
- ROJAS, H. G. E., Briceño, I. O. J. C., Ordóñez, H. E., y Sigcho, M. I. O. (2022). Rol de Enfermería en la atención de salud pública. *Pro Ciencias: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(44 esp), 9-22.
- SEGURA, D. J. (2021). Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 107-108. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.004>
- TAPIA-MIELES, M. A., Chávez-Vélez, F. M., Guaranguay-Chaves, H. D. C., y Sánchez-Choez, L. M. (2022). Competencias del profesional de enfermería y perfil de egreso universitario. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(12), 48-57.

VELASCO, R. J., Solera-Albero, J., y Tárraga-López, P. J. (2021). Rol de Enfermería dentro del Equipo de Atención Primaria de Salud en tiempos de COVID-19. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(4), 728-733.

Capítulo 2

Formación estratégica en enfermería para responder a desafíos epidemiológicos prioritarios en Quintana Roo, México

LUISA MARÍA HIGAREDA LAGUNA
DÉBORA CANTÉ HERNÁNDEZ

Introducción

¿Puede un sistema de salud responder eficazmente sin una enfermería profesionalizada? La respuesta es no, hoy México necesita más que enfermeros que respondan sólo con habilidades técnicas, necesita profesionales con licenciatura, capaces de interpretar, anticipar y actuar frente a las necesidades epidemiológicas que cambian cada día, particularmente en estados como Quintana Roo, donde la movilidad humana, las enfermedades emergentes y el turismo internacional hacen del entorno sanitario un desafío constante. “Donde hay una mente preparada, hay una población protegida.”

Este artículo presenta una ruta clara hacia una enfermería con formación universitaria, articulada con las necesidades epidemiológicas reales del país y, en particular, con los retos territoriales de Quintana Roo.

Panorama nacional de la formación en enfermería

En México, persiste una marcada brecha entre el personal de enfermería con formación técnica y aquellos con formación profesional, de acuerdo con el Sistema de Información Administrativa de los Recursos Humanos de Enfermería (SIARHE, 2025), del total nacional de 365,115 enfermeras, el 49.1% cuenta con licenciatura, mientras que el 30.7% posee nivel técnico y auxiliar. Esta distribución desigual se traduce en una capacidad limitada para la atención clínica integral, particularmente en regiones con menor infraestructura sanitaria como el sureste mexicano, lo que representa un rezago estructural del sistema de salud.

Quintana Roo, por ejemplo, concentra apenas el 1.3% del total nacional de personal de enfermería, siendo que el 52.9% tiene formación de licenciatura, y el resto se distribuye entre técnicos y auxiliares, si bien se observa un ligero aumento en la profesionalización respecto a 2023, la proporción sigue siendo insuficiente para atender los estándares internacionales de cobertura y calidad (OPS/OMS, 2022; SIARHE, 2025).

El déficit es aún más crítico cuando se consideran las zonas rurales o con alta dispersión poblacional, donde el acceso a servicios de salud depende del personal más disponible, que en muchos casos carece de competencias clínicas avanzadas. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE, 2022) evidencia esta desigualdad, colocando a entidades como Quintana Roo entre las de menor densidad de enfermeras por cada mil habitantes.

Tabla 1. Distribución de profesionales de enfermería por entidad federativa y nivel de licenciatura en México, 2025

<i>Estados</i>	<i>Total de enfermeras/os (n)</i>	<i>% nacional</i>	<i>Licenciatura (n)</i>	<i>% licenciados/as respecto al estado</i>
Aguascalientes	5,105	1.4	2,644	51.8
Baja California	9,599	2.6	5,173	53.8
Baja California Sur	2,890	0.8	1,274	44.1
Campeche	3,379	0.9	2,078	61.5
Coahuila	9,921	2.7	3,275	33.0
Colima	2,867	0.8	1,445	50.4
Chiapas	13,621	3.7	7,118	52.3
Chihuahua	11,353	3.1	3,252	28.7
Ciudad de México	55,176	15.1	23,891	43.3
Durango	5,256	1.4	2,566	48.8
Guanajuato	16,226	4.4	8,681	53.5
Guerrero	10,560	2.9	6,966	66.0
Hidalgo	7,571	2.1	3,675	48.5
Jalisco	21,975	6.0	9,557	43.5
México	37,574	10.3	16,863	44.9
Michoacán	9,940	2.7	5,097	51.4
Morelos	5,281	1.4	2,583	49.0
Nayarit	4,406	1.2	2,582	58.7
Nuevo León	12,600	3.5	4,535	36.0
Oaxaca	9,776	2.7	5,683	58.1
Puebla	13,451	3.7	6,128	45.6
Querétaro	5,676	1.6	3,245	57.1
Quintana Roo	4,567	1.3	2,415	52.9

Estados	Total de enfermeras/os (n)	% nacional	Licenciatura (n)	% licenciados/as respecto al estado
San Luis Potosí	7,512	2.1	4,446	59.3
Sinaloa	10,018	2.7	5,662	56.5
Sonora	11,151	3.1	5,567	49.9
Tabasco	8,149	2.2	4,809	59.0
Tamaulipas	10,883	3.0	6,012	55.2
Tlaxcala	3,964	1.1	2,340	59.1
Veracruz	19,716	5.4	11,913	60.4
Yucatán	8,608	2.4	3,631	42.2
Zacatecas	6,360	1.7	4,061	63.7
Total nacional	365,115	100	179,167	49.1

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Administración de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), 2025

Impacto de la formación profesional en indicadores de control epidemiológico

La evidencia empírica señala que las unidades de salud con mayor proporción de personal con formación profesional presentan mejores indicadores en control de infecciones, seguimiento epidemiológico, cobertura vacunal y mortalidad materno-infantil (INEGI & Secretaría de Salud, 2023; Mendoza et al., 2023).

Durante la pandemia de COVID-19, se observó que las enfermeras con licenciatura y especialización fueron clave en tareas como vigilancia epidemiológica, implementación de protocolos de bioseguridad, educación sanitaria y atención en unidades críticas, esta experiencia reforzó la importancia de fortalecer la formación académica del personal de enfermería como medida estratégica en salud pública (OPS, 2022).

Además, el manejo efectivo de enfermedades crónicas, programas de promoción de la salud, y cuidados paliativos requiere un enfoque integral que solo puede ser proporcionado por profesionales formados con bases científicas, habilidades clínicas avanzadas y competencias éticas y culturales. De ahí que la OMS (2021) recomiende aumentar la proporción de enfermeras/os profesionales como vía para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el acceso universal a la salud.

Escasez de personal con licenciatura y especialización

A pesar de los esfuerzos institucionales, el país continúa enfrentando una escasez de personal de enfermería con licenciatura y posgrado. Actual-

mente en 2025, apenas el 5.9% del personal cuenta con alguna especialización, siendo las áreas más representadas cuidados intensivos y salud comunitaria (SIARHE, 2025). Esta situación limita la implementación de modelos de atención centrados en el paciente, particularmente en contextos de alta complejidad clínica o vulnerabilidad social.

La oferta educativa también enfrenta desafíos. De las 850 escuelas de enfermería registradas en México, el 59% son privadas, lo que implica barreras económicas para muchos estudiantes. En Quintana Roo existen solo 13 escuelas, lo que representa apenas el 1.5% del total nacional. Si bien ha habido un crecimiento en matrícula en los últimos años, aún no se logra una cobertura suficiente, especialmente en formación posgradual (UQROO, 2023).

Esta falta de personal con formación avanzada tiene consecuencias directas en la calidad de la atención, en la capacidad de gestión clínica, y en la producción de conocimiento desde la investigación en enfermería. Fortalecer la profesionalización, ampliar la oferta de especialidades, e impulsar políticas de retención y desarrollo profesional son acciones urgentes para revertir esta tendencia.

El caso de Quintana Roo: salud en un contexto de riesgo

Quintana Roo no solo es uno de los principales destinos turísticos del país, sino también un estado con enormes retos para el personal de salud. Esta dualidad —una economía pujante y una población vulnerable— marca profundamente las condiciones en que se desarrolla la práctica de la enfermería en la región.

El flujo de más de 19 millones de turistas al año provenientes de distintos países (SEDETUR, 2023) convierte a Quintana Roo en una zona de alto riesgo epidemiológico. Esta intensa movilidad humana incrementa la probabilidad de introducción de enfermedades emergentes, especialmente aquellas de rápida transmisión, como son las infecciones respiratorias, y gastrointestinales.

Además del turismo, la migración interna y la existencia de poblaciones rurales dispersas dificultan el acceso regular y oportuno a los servicios de salud. Estas condiciones favorecen un entorno inestable para la vigilancia y el control epidemiológico, particularmente en comunidades donde la infraestructura sanitaria es limitada o inexistente.

Perfil epidemiológico mixto

El estado enfrenta un perfil epidemiológico complejo, en el que conviven enfermedades transmisibles y no transmisibles. Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2023), continúan siendo prevalentes afecciones como el dengue, la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la hipertensión arterial y la diabetes. Muchas de estas condiciones requieren atención continua, educación comunitaria y un enfoque preventivo integral, tareas que recaen de forma directa en el personal de enfermería.

Pese a estos desafíos, buena parte del personal de enfermería en Quintana Roo no cuenta con estudios universitarios ni formación especializada. El análisis situacional de la profesión de enfermería en Quintana Roo (García, 2023) reveló que una proporción significativa de profesionales que ejercen en el estado provienen de programas técnicos, y muchos no han podido continuar su formación por barreras económicas, geográficas y de oferta educativa.

Este panorama no es nuevo, pero sí urgente. En palabras del plan de estudios actualizado de la licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo (UQROO), el rezago en la formación profesional de enfermería en la entidad responde no solo a la falta de programas accesibles, sino también a la ausencia de condiciones estructurales que garanticen trayectorias formativas completas y sostenidas (UQROO, 2024).

Consecuencias en cadena: cobertura, rotación y agotamiento

La combinación de alta demanda asistencial, falta de personal calificado y condiciones laborales precarias ha generado un ciclo de baja cobertura, alta rotación y agotamiento profesional. En muchos centros de salud, una sola enfermera debe cubrir múltiples turnos, asumir responsabilidades administrativas, y ofrecer atención clínica sin el respaldo necesario, lo que termina afectando la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Este desgaste también tiene una dimensión emocional: muchas enfermeras jóvenes, incluso recién egresadas, manifiestan desmotivación temprana, deseo de migrar a otros estados o países, o abandono de la profesión en los primeros años de ejercicio. La rotación constante del personal impide la continuidad del cuidado, mina los procesos de educación para la salud, y debilita el vínculo comunitario con las unidades médicas.

Una respuesta desde la educación

Frente a este panorama, las universidades y centros formadores tienen una responsabilidad crucial. La actualización del plan de estudios de enfermería en la UQROO (2024) busca responder a estas problemáticas desde un enfoque territorializado, interdisciplinario y basado en competencias. El perfil de egreso proyecta profesionales capaces de desempeñarse en contextos complejos, con habilidades para la atención primaria, la promoción de la salud y el liderazgo comunitario.

Sin embargo, para que esta transformación educativa tenga impacto real, es necesario aumentar la inversión pública en formación especializada, mejorar las condiciones laborales del personal de enfermería y garantizar su permanencia en las comunidades donde más se les necesita.

En un estado tan diverso y dinámico como Quintana Roo, formar profesionales de enfermería ya no puede limitarse a la transmisión técnica del conocimiento, se requiere una formación que cuestione, transforme y reconstruya el sentido del cuidado desde las realidades locales, con enfoque social, territorial y humano. Esta visión está comenzando a tomar forma en el nuevo plan de estudios 2024 de la UQROO, una propuesta que responde a las necesidades críticas del entorno con una estructura académica orientada a la innovación social, la salud colectiva y el liderazgo comunitario.

Educación para el cambio: más allá de la técnica

La actualización curricular de la licenciatura en enfermería parte de un diagnóstico claro: las enfermedades que más afectan a la población de Quintana Roo son prevenibles y están directamente relacionadas con determinantes sociales de la salud (UQROO, 2024). Por ello, el programa educativo incorpora una perspectiva integral que pone en el centro no solo la competencia clínica, sino también la ética del cuidado, la equidad y la justicia sanitaria.

Esta transformación no es únicamente estructural. Es pedagógica y cultural. El nuevo modelo promueve el aprendizaje activo, el trabajo por proyectos, la práctica situada en comunidad y el pensamiento crítico. Se asume que la enfermería no es un oficio subordinado, sino una profesión capaz de incidir en la vida pública, de interpretar fenómenos sociales y de liderar procesos de salud colectiva.

Enfoque socioformativo y competencias para la vida

El modelo educativo socioformativo basado en competencias adoptado por la UQROO busca articular el saber con el hacer y el ser. Esto significa que los futuros enfermeros y enfermeras no solo aprenden a inyectar, auscultar o diagnosticar, sino a comunicarse con respeto, a dialogar con culturas distintas, a leer el cuerpo y la comunidad, a gestionar conflictos de salud con creatividad, y a actuar éticamente incluso en contextos adversos.

El plan incorpora asignaturas interdisciplinarias desde los primeros ciclos, y promueve una visión holística del paciente: no como portador de una enfermedad, sino como sujeto de derechos, con historia, emociones y vínculos sociales. La simulación clínica avanzada, los escenarios reales en comunidades, el enfoque intercultural y la salud basada en evidencia se integran de manera coherente a lo largo de los cinco años de formación.

Visión a futuro: una enfermería con poder transformador

La apuesta por una enfermería transformadora en Quintana Roo no es solo deseable, sino urgente, ya que las condiciones epidemiológicas, sociales y culturales del estado demandan profesionales capaces de cuidar desde la escucha, la ciencia y la justicia social. El nuevo plan de estudios ofrece una base sólida, pero requiere de voluntad política, compromiso institucional y participación de la comunidad estudiantil para consolidarse y ser motor de cambio.

Esta transformación no ocurrirá de la noche a la mañana, pero sembrar hoy una enfermería que dialoga con su territorio, que se forma en red y que pone el cuidado como práctica ética, es apostar por un mañana más sano, más justo y humano.

La formación en enfermería no puede seguir desarrollándose en los márgenes del sistema educativo y de salud, si se quiere responder de forma realista y efectiva a los desafíos epidemiológicos de estados como Quintana Roo, se requiere una transformación profunda y sostenida que no solo alcance las aulas, sino que permee las decisiones directivas, la gestión hospitalaria, las políticas públicas y las estrategias de desarrollo regional.

Impulso estatal y políticas públicas con enfoque territorial

Una primera medida clave es el reconocimiento explícito del riesgo epidemiológico como criterio prioritario para el diseño de políticas educativas.

Estados con alta exposición a enfermedades emergentes, movilidad poblacional y carencias estructurales en salud deben recibir un impulso especial a través de becas, estímulos económicos y programas de retención para estudiantes y profesionales de enfermería. Este enfoque diferencial no solo es justo, sino necesario para equilibrar las oportunidades educativas y garantizar personal capacitado en zonas vulnerables.

El fortalecimiento del sistema de becas estatales puede incorporar criterios como servicio social en comunidades rurales, formación continua o inserción en unidades de primer nivel. Asimismo, la creación de fondos de apoyo para posgrados en salud pública y comunitaria sería una medida transformadora de gran alcance.

No se puede hablar de transformación sin incluir a quienes ya forman parte del sistema y muchas enfermeras y enfermeros con formación técnica o experiencia empírica están ejerciendo en condiciones adversas, sin posibilidad de actualización o especialización. Para revertir esto, se deben establecer alianzas entre universidades públicas, hospitales estatales y gobiernos locales que faciliten programas flexibles de profesionalización y certificación.

Estos programas deben reconocer la trayectoria laboral previa y permitir modelos híbridos (virtuales y presenciales) con tiempos adaptables, sin perder el rigor académico. Las universidades pueden convertirse en núcleos articuladores de redes formativas, acompañadas por infraestructuras tecnológicas, tutorías personalizadas y prácticas supervisadas en los entornos reales de trabajo.

Indicadores medibles para una formación con impacto

La transformación de la enfermería requiere también un cambio en la manera de evaluar sus resultados. Es necesario que los planes de estudio y los programas de profesionalización estén vinculados a indicadores concretos de impacto en salud. Algunos ejemplos clave incluyen:

- **Reducción de tasas de complicaciones hospitalarias y eventos adversos** en centros con mayor proporción de personal profesionalizado.
- **Cobertura efectiva en atención primaria** en comunidades con intervención de estudiantes o egresados del nuevo modelo formativo.
- **Incremento en la adherencia a tratamientos crónicos** por parte de pacientes atendidos por personal con formación avanzada.

- **Mejora en la percepción de calidad del cuidado**, evaluada por las propias comunidades usuarias.

Estos indicadores no solo deben ser monitoreados por las universidades, sino también incorporados en los sistemas estatales de planeación y evaluación en salud. Solo así se podrá demostrar con evidencia que invertir en formación es también invertir en resultados sanitarios y bienestar colectivo.

Transformar desde lo alto: el papel de los directivos institucionales

Finalmente, es fundamental entender que la transformación educativa no es posible sin el liderazgo convencido de quienes dirigen. Rectores, directores de hospitales, jefes de enseñanza y responsables de salud pública deben dejar de ver a la enfermería como un eslabón subordinado y asumirla como una fuerza estratégica para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Esto implica cambios en los presupuestos, en la asignación de recursos humanos, en las políticas de contratación y en el diseño de programas institucionales. Los espacios de decisión deben incluir al personal de enfermería, no solo como operador, sino como líderes de opinión y formuladoras de políticas. Porque solo con liderazgos transformadores, se puede construir un sistema educativo y de salud capaz de cuidar, sanar y resistir en contextos de crisis.

Formar enfermeras y enfermeros para Quintana Roo no es simplemente cubrir plazas vacantes. Es apostar por una salud con rostro humano, con equidad, con pertenencia cultural y con visión comunitaria. Es tiempo de pasar de la retórica a las acciones, de los discursos a las redes, y de la reproducción de modelos obsoletos a una verdadera innovación al servicio de la vida.

Conclusión

La mejora del sistema de salud no será posible sin una enfermería fortalecida, profesional y reconocida como pilar esencial del cuidado. Este capítulo ha mostrado que el personal de enfermería no solo debe contar con habilidades técnicas, sino también con formación científica, ética, comunitaria y cultural, especialmente en estados turísticos como Quintana Roo, donde los riesgos epidemiológicos y sociales son complejos y cambiantes.

Formar enfermeros con licenciatura, competencias interdisciplinarias y compromiso territorial no es un lujo, es una necesidad urgente, la evidencia demuestra que la presencia de personal profesionalizado mejora los indicadores de salud, eleva la calidad del cuidado, fortalece la atención primaria y reduce eventos adversos.

Como personal de salud, tenemos la responsabilidad de impulsar esta transformación desde nuestras trincheras: visibilizar el valor de la enfermería, exigir condiciones dignas de formación y trabajo, participar en redes interprofesionales, y promover una cultura organizacional que ponga en el centro la salud colectiva y no solo la atención individual.

La enfermería profesional no solo atiende, también lidera, educa, investiga, acompaña, previene y transforma. Apostar por su fortalecimiento es apostar por un sistema más humano, justo y eficiente.

Hoy más que nunca, cada decisión que tomemos desde nuestras funciones debe llevar la convicción de que cuidar también es transformar. La enfermería no es un recurso, es una fuerza estratégica para sanar a las personas y reconstruir comunidades.

Referencias

- UQROO (2023). *Análisis de la profesión de enfermería en Quintana Roo*. Documento inédito.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *El rol de la enfermería en la respuesta a la pandemia de COVID-19*. <https://www.paho.org/es/documentos/rol-enfermeria-covid19>
- SECRETARÍA de Salud. (2023). *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)*. *Boletines Epidemiológicos Semanales* Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-261547>
- SECRETARÍA de Salud. (2025). SIARHE: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Recuperado de: https://salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=3
- SECRETARÍA del Trabajo y Previsión Social (STPS). (2023). *Observatorio Laboral: Enfermería*. <https://www.observatoriolaboral.gob.mx/>
- SECRETARÍA de Turismo de Quintana Roo (SEDETUR). (2023). *Informe Anual de Visitantes*. <https://sedeturqroo.gob.mx/>

Capítulo 3

Tecnología e innovación en la APS

EDWIN GUILLERMO MONTERO CANUL
JOSUÉ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ
KEVIN ALEJANDRO ECHEVERRÍA VADILLO

Introducción

En la actualidad, la tecnología ocupa un papel central en la transformación de la salud, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS). Esta evolución exige replantear las intervenciones comunitarias, superando enfoques tradicionales y promoviendo la alfabetización digital en salud como una competencia clave tanto para los profesionales como para las comunidades.

A pesar de que las tecnologías digitales han estado disponibles desde hace varios años, su conocimiento no garantiza su adopción, ni su aplicación efectiva, por lo que hoy en día persisten barreras significativas, como la falta de formación, infraestructura, la resistencia al cambio y la escasa integración curricular en la formación profesional, lo que limita su incorporación plena en los modelos de APS.

En este contexto, la enfermería desempeña un rol estratégico en la integración de herramientas tecnológicas en la APS, no solo como receptora, sino como agente activo del cambio y promotora de intervenciones adaptadas a los nuevos entornos digitales. Desde su rol ampliado en la promoción y prevención, la enfermería puede potenciar el uso de tecnologías para fortalecer el acceso, la calidad y la continuidad del cuidado.

Este capítulo analiza, mediante un estudio bibliométrico y revisión bibliográfica, las tendencias científicas sobre el uso de tecnología en enfermería en APS. Además, destaca experiencias exitosas lideradas por enfermeras que fortalecen su rol y contribuyen al conocimiento disciplinar, acorde a los retos actuales de la salud comunitaria.

Determinantes digitales de la salud y el rol estratégico de la enfermería en la transformación digital

La Atención Primaria de la Salud (APS) atraviesa una profunda transformación orientada hacia la digitalización e innovación tecnológica, destacando la importancia de un uso ético y equitativo de las tecnologías, con pleno respeto a los derechos humanos, especialmente en el desarrollo y aplicación de herramientas emergentes como la inteligencia artificial. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de 2021, propone el uso de tecnologías respaldadas por evidencia científica y basado en algoritmos confiables que garanticen servicios de calidad y seguridad. Por lo cual estableció ocho principios rectores para la transformación digital del sector salud, los cuales son: (1) conectividad universal, (2) bienes digitales, (3) salud digital inclusiva, (4) interoperabilidad, (5) derechos humanos, (6) inteligencia artificial, (7) seguridad de la información, y (8) arquitectura de la salud pública (OPS, 2021).

La digitalización en salud implica un cambio cultural y organizacional profundo, más que solo adoptar tecnología. Esta nueva realidad ha comenzado a generar lo que algunos autores denominan determinantes digitales de la salud (DDS), es decir, factores que influyen en la salud a partir de la interacción cotidiana con herramientas como aplicaciones móviles y dispositivos portátiles (wearables). En este contexto, el uso de tecnología ya no se asocia exclusivamente al sedentarismo, sino que puede convertirse en un motor para el autocuidado, el monitoreo activo y la promoción de hábitos saludables (Alarcón Belmonte et al., 2024).

Aunque el término *determinantes digitales de la salud* es relativamente reciente, se reconoce que estos factores pueden provocar diferencias en la salud de individuos y comunidades. Cabe destacar que su impacto no se limita a influir en los determinantes sociales de la salud, sino que también contribuye a la creación de una brecha digital que dificulta el acceso equitativo a los servicios de salud (Alarcón Belmonte et al., 2024; Chidambaram et al., 2024).

Entre los determinantes digitales de la salud con mayor impacto se encuentran la alfabetización digital, el acceso y la conectividad a internet, la disponibilidad de dispositivos y software adecuados y la infodemia, ya que todos ellos influyen directamente en la capacidad de las personas para utilizar eficazmente las tecnologías en el cuidado de su salud (OMS, 2024).

La alfabetización digital es comprendida como el conjunto de habilidades, motivación, conocimientos y actitudes necesarias para acceder, comprender, evaluar, utilizar y crear información a través de medios digitales. Esta competencia incluye desde la comprensión del lenguaje digital, el manejo del hardware y software, hasta la capacidad de interactuar críticamente en entornos tecnológicos (OMS & OPS, 2021). Por otro lado, en el contexto digital actual, uno de los factores que más afectan la salud es la infodemia, entendida como la sobrecarga de información que muchas veces es errónea o imprecisa, lo cual genera a crisis sanitarias en sociedades hiperconectadas. Esta situación se agrava por otros elementos como la falta de moderación de contenidos nocivos en línea, la escasa transparencia en los algoritmos digitales, y la ausencia de políticas eficaces para controlar la desinformación (OMS, 2021, 2024).

Asimismo, el acceso a servicios de salud digitales requiere mucho más que poseer un teléfono móvil; implica contar con conexión a internet de calidad y con suficiente ancho de banda. Estos elementos son fundamentales para garantizar la transmisión adecuada de datos, el funcionamiento de plataformas digitales y la prestación eficiente de servicios como la telemedicina. Sin conectividad estable, dispositivos adecuados y habilidades digitales, gran parte de la población queda excluida. Además, muchos servicios no están disponibles en formatos culturalmente pertinentes o en el idioma local, lo que limita aún más su efectividad. Por ello, el acceso equitativo a internet y al ancho de banda debe considerarse esencial para reducir desigualdades en salud y promover la participación de las personas en el cuidado de su bienestar (OPS, 2021).

En este contexto, se vuelve indispensable contar con profesionales de salud formados en salud digital, y en particular con la figura de la enfermera tecnológica. Esta profesional de enfermería, especializada en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) aplicadas al ámbito asistencial, tiene como objetivo principal integrar herramientas digitales para mejorar la calidad, la eficiencia y la seguridad en la atención al paciente. También de poseer competencias clínicas, cuenta con habilidades para seleccionar e implementar tecnologías relevantes, tomar decisiones informadas sobre su aplicación, y gestionar grandes volúmenes de datos (Big Data). Asimismo, desempeña un papel clave en la alfabetización en salud de la población, al facilitar el acceso y la comprensión de la información sanitaria a través de medios digitales.

Entre las funciones principales de la enfermera digital incluye:

- Actuar como referente en el uso de nuevas tecnologías dentro del servicio.
- Colaborar en la selección e implementación de dispositivos y programas digitales.
- Capacitar al personal de salud en el uso de herramientas tecnológicas.
- Supervisar el uso y funcionamiento de los sistemas digitales disponibles en la institución.
- Garantizar la protección de los datos personales y la privacidad de los usuarios en el uso de herramientas digitales de salud, promoviendo buenas prácticas en ciberseguridad y confidencialidad.

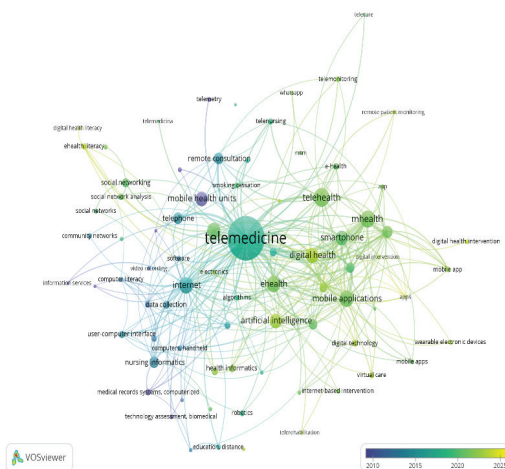
La colaboración en un equipo multidisciplinario es clave para implementar efectivamente estas tecnologías, por lo cual se sugiere la participación de la enfermera tecnológica junto a profesionales de informática, electro-medicina, sistemas de información, gestión técnica y personal sanitario. Esta colaboración permite tener una visión integral de los sistemas de información, garantizar su correcto funcionamiento y responder oportunamente ante cualquier problema técnico o de gestión que pueda surgir (Vilar Pont et al., 2021).

Tendencias científicas en enfermería, tecnología y atención primaria de salud

La integración de tecnologías digitales en la APS ha impulsado un campo de investigación en constante evolución, en el cual la enfermería adquiere un rol cada vez más relevante.

Con el objetivo de identificar las principales tendencias científicas en esta intersección temática (APS, enfermería y tecnología), se realizó un análisis bibliométrico de publicaciones indexadas en la base de datos PubMed (National Center for Biotechnology Information). La búsqueda se estructuró mediante una estrategia que integró términos claves relacionados con estos tres ejes, asegurando la recuperación de artículos relevantes y actualizados.

Figura 1. Mapa de ciencias, tecnología, enfermería y APS “Co-occurrence-All keyword”, creación propia



Para el análisis, se empleó la modalidad “Co-occurrence – All keywords”, que contempla tanto las palabras clave asignadas por los autores como aquellas indexadas automáticamente. A fin de delimitar el campo de interés, se conservaron exclusivamente los términos vinculados a tecnologías digitales en salud, como telemedicina, salud móvil (mHealth), sistemas de información, monitoreo remoto, entre otros. Esta depuración permitió precisar los conceptos más frecuentes y emergentes.

A partir de esta revisión se elaboró un mapa de ciencia (Figura 1), generado mediante la herramienta VOSviewer, que permitió visualizar las relaciones entre los conceptos clave extraídos de los artículos. Los nodos más grandes representan los términos más frecuentes, mientras que el color indica el promedio de año de aparición (de azul para los más antiguos a amarillo para los más recientes).

Durante esta primera etapa (2010–2015), los estudios se centraron en el fortalecimiento de competencias informáticas básicas en enfermería y en la implementación de tecnologías para la gestión clínica. Se destaca el uso de sistemas computarizados de registros médicos (*medical records systems*), servicios de información digital (*information services*) y plataformas de correo electrónico (*electronic mail*) como herramientas clave en la comunicación y organización del cuidado. También se observa interés en

la evaluación de tecnologías (*technology assessment*) aplicadas al entorno biomédico, así como en el uso de redes de comunicación computarizadas (*computer communication networks*) para mejorar la conectividad institucional. Conceptos como telecomunicaciones y telemetría comienzan a vincularse con estrategias de extensión de servicios en APS.

En conjunto, estos términos reflejan una etapa de digitalización incipiente, centrada en la infraestructura técnica y en el acceso a herramientas básicas para organizar la información clínica, marcando el punto de partida para el desarrollo posterior de soluciones digitales más integradas y complejas.

Durante este segundo periodo que data de 2016 a 2020, la telesalud se consolidó como un eje clave en la transformación digital de la atención primaria, siendo telemedicina el nodo más destacado en la red de conocimiento. Esta etapa marcó un punto de inflexión en la adopción de herramientas tecnológicas como la telesalud (*telehealth*) que permitieron continuar con el seguimiento clínico incluso en contextos de confinamiento, como durante la pandemia por COVID-19. Paralelamente el auge de la salud móvil (*mHealth*), impulsado por smartphones y apps como WhatsApp, facilitó intervenciones ágiles, accesibles y centradas en el usuario. Aunado a esto, se intensificó el uso de software clínico, así como el desarrollo de soluciones basadas en la informática médica y en la capacitación remota del personal de salud.

Finalmente, entre 2021 y 2025, se observó la consolidación de enfoques más personalizados, preventivos y predictivos, centrados en la alfabetización digital en salud, la expansión de intervenciones móviles y el uso creciente de tecnologías avanzadas como la telemonitorización, los dispositivos portátiles (*wearables*), la realidad virtual y la inteligencia artificial. Asimismo, las redes sociales adquieren un papel más protagónico como herramientas para la comunicación en salud, la educación del paciente y la participación comunitaria, integrándose en las estrategias digitales de atención primaria y autocuidado. Conjuntamente del análisis por co-ocurrencia de palabras clave, se incorporó una revisión específica de las *author keywords* con el propósito de identificar los términos tecnológicos más relevantes directamente señalados por los autores como núcleo temático de sus investigaciones. Esta estrategia permite capturar con mayor precisión las aplicaciones concretas de las tecnologías en el contexto de la APS, así como su vínculo con la práctica de enfermería (figura 2).

abarca el uso de dispositivos móviles, aplicaciones y mensajes de texto como herramientas para fomentar el autocuidado, mejorar la adherencia terapéutica y facilitar la educación en salud (Bidargaddi et al., 2020).

Inteligencia artificial (IA): emerge como un término creciente en la literatura, asociado al diseño de algoritmos para el análisis predictivo, el apoyo a la toma de decisiones clínicas y la automatización de procesos asistenciales. Su incipiente incorporación en la Atención Primaria de la Salud (APS) explica su limitada conectividad con otros términos en los mapas bibliométricos. Esta implementación inicial presenta retos éticos, formativos y operativos, pero ofrece a la enfermería la oportunidad de integrar herramientas inteligentes para una atención precisa, proactiva y centrada en el paciente, fortaleciendo su rol clínico y comunitario basado en datos. (Vidal-Alaball et al., 2024).

El análisis revela que términos como “monitoreo remoto”, “redes sociales”, “big data” y “realidad virtual” tienen escasa presencia, lo que sugiere su limitada integración en APS y enfermería.

Experiencias exitosas de enfermería con tecnologías digitales en APS

En el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS), la eSalud se ha definido como el uso seguro y eficiente de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para fortalecer áreas clave como la atención, prevención y gestión sanitaria (OMS, 2021). Este concepto ha dado paso a diversas estrategias innovadoras en las que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la implementación y seguimiento de intervenciones digitales.

Un ejemplo representativo es el estudio de Orchard et al. (2020), quienes evaluaron la relación costo-efectividad de una intervención basada en herramientas de eSalud para la detección de fibrilación auricular. El estudio consistió en el uso de un electrocardiograma (ECG) mediante un teléfono inteligente durante consultas médicas, complementado con alertas electrónicas, soporte clínico automatizado basado en guías y generación periódica de reportes. Esta estrategia fue implementada por médicos y enfermeras en consultorios rurales de Australia, involucrando a 3,103 pacientes, de los cuales se identificaron 36 nuevos casos de fibrilación auricular. El estudio tuvo éxito en diagnóstico y reducción de costos, también señaló limitaciones operativas, como problemas técnicos y restricciones de tiempo que afectaron la captación de usuarios. El estudio subraya la importancia de adaptar programas preventivos a contextos rurales, donde

la enfermería puede liderar intervenciones de tamizaje con alto impacto en salud cardiovascular.

Además de las herramientas móviles, la teleenfermería ha emergido como una solución eficaz para mejorar el acompañamiento clínico, especialmente en personas con enfermedades crónicas. En esta línea, Williamson et al. (2024) documentaron los efectos positivos de un programa de telemedicina liderado por enfermeras de práctica avanzada, enfocado en el control glucémico y la autogestión del monitoreo continuo de glucosa en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Esta intervención, desarrollada en un centro de atención primaria, no solo logró mejoras significativas en los niveles glucémicos, sino que también fortaleció las habilidades de autogestión de los pacientes. El éxito de este modelo radicó en la combinación de herramientas tecnológicas y estrategias educativas integradas en la rutina clínica, reforzando la calidad del cuidado desde la APS.

En el campo emergente de la inteligencia artificial (IA), un grupo internacional de expertos del *Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative* ha establecido lineamientos clave para integrar esta tecnología en la enfermería. Su análisis resalta importantes vacíos y limitaciones en la incorporación efectiva del personal de enfermería en los sistemas de salud basados en IA. Entre las recomendaciones principales se sugiere que los profesionales de enfermería: (a) comprendan el valor de los datos generados en su práctica y su vínculo con la IA; (b) participen activamente en el desarrollo e implementación de estas tecnologías en contextos clínicos y comunitarios; y (c) asumir un rol protagónico en el diseño de soluciones basadas en IA, aprovechando su potencial para la salud global y las acciones humanitarias. Estas directrices subrayan la importancia de fomentar una alfabetización tecnológica avanzada e integrar a la enfermería como actor estratégico en los procesos de innovación digital en la Atención Primaria de la Salud (APS) (Ronquillo et al., 2021).

Asimismo, el potencial de la realidad virtual (RV) en el entorno asistencial ha comenzado a explorarse con resultados prometedores. En una revisión sistemática con metaanálisis autores como Hu et al(2023), analizaron el uso de la realidad virtual (RV) como herramienta tecnológica en la APS, destacando su impacto positivo en distintos niveles de prevención. Los estudios revisados reportan beneficios como mejoras en dolor, depresión, ansiedad y cognición, con aplicaciones en neurología, pediatría, oncología, cirugía, cuidado de heridas y atención geriátrica.

Conclusión

La evidencia reunida a través del análisis bibliométrico y la revisión de experiencias exitosas confirma que la integración de tecnologías digitales en la Atención Primaria de la Salud (APS) está transformando de manera significativa el ejercicio de la enfermería.

Herramientas como el mHealth, la teleenfermería, la inteligencia artificial, la realidad virtual, las plataformas de mensajería y las redes sociales han demostrado un alto potencial para brindar cuidados centrados en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la participación comunitaria y la equidad en los tres niveles de atención. En este contexto, resulta fundamental reconocer y abordar los determinantes digitales de la salud, entendidos como factores que pueden favorecer o limitar el acceso, uso y aprovechamiento de estas tecnologías. Todo esto debe integrarse sin perder de vista el humanismo inherente a la profesión enfermera, que coloca a la persona en el centro del cuidado.

El análisis temporal de los términos emergentes en el mapa de ciencia evidencia una evolución acelerada hacia enfoques personalizados y centrados en el usuario, lo cual demanda una actualización del marco de competencias profesionales en enfermería. En este sentido, se vuelve prioritario fortalecer la alfabetización digital, el pensamiento crítico frente a la innovación y la capacidad para aplicar tecnologías en contextos comunitarios, rurales o con acceso limitado a servicios presenciales. El futuro del rol enfermero requiere una formación que incorpore habilidades en análisis de datos, ética digital, diseño de intervenciones virtuales y liderazgo colaborativo en entornos interprofesionales.

En conjunto, estas experiencias ilustran el avance progresivo de la enfermería en el uso de tecnologías digitales dentro de la APS. Ya sea a través de la telemedicina, la inteligencia artificial o la realidad virtual, el personal de enfermería se posiciona como un actor estratégico no solo en la adopción, sino también en el diseño, evaluación e implementación de soluciones digitales centradas en las personas. Este liderazgo es clave para garantizar una atención equitativa, eficiente y basada en evidencia, especialmente en contextos con mayor vulnerabilidad social o barreras de acceso.

Desde la práctica profesional, se reafirma que la enfermería no debe limitarse a adoptar tecnologías, sino que debe asumir un papel activo en su evaluación, adaptación cultural, implementación sostenible y mejora continua.

Referencias

- ALARCÓN Belmonte, I., Sánchez Collado, R., Yuguero, O., Acezat Oliva, J., Martínez-Millana, A., & Saperas Pérez, C. (2024). La alfabetización digital como elemento clave en la transformación digital de las organizaciones en salud. *Atencion Primaria*, 56(6), 102880. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2024.102880>
- SEBASTIÀ, A., & Navarro, O. (2024). Telenursing as a tool in emergencies and disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 75, 101478. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2024.101478>
- BIDARGADDI, N., Schrader, G., Klasnja, P., Licinio, J., & Murphy, S. (2020). Designing m-Health interventions for precision mental health support. *Translational Psychiatry*, 10(1), 222. <https://doi.org/10.1038/S41398-020-00895-2>
- CHIDAMBARAM, S., Jain, B., Jain, U., Mwavu, R., Baru, R., Thomas, B., Greaves, F., Jayakumar, S., Jain, P., Rojo, M., Battaglini, M. R., Meara, J. G., Sounderajah, V., Celi, L. A., & Darzi, A. (2024). An introduction to digital determinants of health. *PLOS Digital Health*, 3(1), e0000346. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PDIG.0000346>
- HU, Y., Yuan, X., Ye, P., Chang, C., Hu, Y. H., Zhang, W., & Li, K. (2023). Virtual Reality in Clinical Nursing Practice Over the Past 10 Years: Umbrella Review of Meta-Analyses. *JMIR Serious Games*, 11(1), e52022. <https://doi.org/10.2196/52022>
- OMS. (2021). *ESTRATEGIA MUNDIAL SOBRE SALUD DIGITAL 2020-2025*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-
- OMS. (2024). *Addressing health determinants in a digital age: project report*.
- OMS & OPS. (2021). 59. o CONSEJO DIRECTIVO 73. a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS.
- OPS. (2021). *Conectividad y ancho de banda: Áreas clave para mejorar la salud pública*.
- ORCHARD, J., Li, J., Freedman, B., Webster, R., Salkeld, G., Hespe, C., Gallagher, R., Patel, A., Kamel, B., Neubeck, L., & Lowres, N. (2020). Atrial fibrillation screen, management, and guideline-recommended therapy in the rural primary care setting: A cross-sectional study and cost-effectiveness analysis of ehealth tools to support all stages of screening. *Journal of the American Heart Association*, 9(18). <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017080>,

- RONQUILLO, C. E., Peltonen, L. M., Pruinelli, L., Chu, C. H., Bakken, S., Beduschi, A., Cato, K., Hardiker, N., Junger, A., Michalowski, M., Nyrup, R., Rahimi, S., Reed, D. N., Salakoski, T., Salanterä, S., Walton, N., Weber, P., Wiegand, T., & Topaz, M. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3707–3717. <https://doi.org/10.1111/JAN.14855>,
- VIDAL-ALABALL, J., Panadés Zafra, R., Escalé-Besa, A., & Martinez-Millana, A. (2024). The artificial intelligence revolution in primary care: Challenges, dilemmas and opportunities. *Atencion Primaria*, 56(2). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102820>
- VILAR Pont, M., Salgado Rodríguez, M. C., Paradell Blanc, N., & Pinsach Bosch, L. (2021). Impact of implementing new technologies to innovate and transform primary care: The technology nurse. In *Atencion Primaria Practica* (Vol. 3). Elsevier Espana S.L.U. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100116>
- WILLIAMSON, R. J., Powell, R., & Shepherd, A. K. (2024). Improving Diabetic Care Through Education and Innovation. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 17(2), 86–99. <https://doi.org/10.1891/JDNP-2023-0060>

Capítulo 4

Atención Primaria de Salud con Enfoque Intercultural: El Rol Ampliado de Enfermería en Comunidades Rurales

JOSÉ JESÚS CHIMAL PAT

MARÍA ALEXANDRA MIJANGOS PACHECO

Introducción

La brecha histórica entre los modelos de la atención centrada en los hospitales y las necesidades de las comunidades rurales e indígenas ha perpetuado desigualdades en el acceso y en los resultados de salud. La evidencia actual muestra que, a pesar de los avances normativos, persisten limitaciones en cobertura, pertinencia cultural y continuidad de la atención, lo que plantea la necesidad de replantear el papel estratégico de la enfermería en el primer nivel de atención (Geneveave y Sharmin, 2024) (Pelcastre et al., 2020).

El reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental obliga a comprenderla no solo como ausencia de enfermedad, sino como un componente esencial del bienestar social. Sin embargo, durante gran parte del siglo XX los sistemas sanitarios privilegiaron la atención curativa y hospitalaria, dejando en segundo plano la prevención y la promoción de la salud, especialmente en contextos en desarrollo. En este escenario, la Declaración de Alma-Ata (1978) transformó el paradigma sanitario al proponer la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia global para lograr la “Salud para todos”, destacando principios de equidad, accesibilidad, integralidad y participación social.

En México, la APS enfrenta desafíos significativos en zonas rurales e indígenas, donde barreras culturales, lingüísticas y de acceso limitan la efectividad de los servicios de salud. (Secretaría de Salud, 2023) Lo cual coloca a la enfermería, con un rol ampliado que integra prácticas clínicas avanzadas y gestión comunitaria, y se posiciona como un pilar clave para transformar la atención sanitaria desde la prevención y promoción de la

salud. (Hernández et al., 2020) Este capítulo tiene como propósito compartir experiencias y reflexiones sobre la práctica avanzada de enfermería en el contexto de la APS con enfoque intercultural, contribuyendo a la construcción del conocimiento disciplinar y al fortalecimiento del rol de enfermería en la atención a grupos y comunidades vulnerables.

Desarrollo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la APS como un enfoque integral que involucra tanto a los servicios sanitarios como a la sociedad en su conjunto, con el objetivo de garantizar acceso equitativo y mejorar los niveles de salud y bienestar (OMS, 1978). En este marco, la Declaración de Alma-Ata representó un hito histórico al consolidar principios fundamentales como la participación social, la equidad y la intersectorialidad, así como la incorporación de tecnologías apropiadas a los contextos locales.

La propuesta de Alma-Ata sentó las bases de la APS contemporánea, la cual se organiza en tres dimensiones complementarias (OMS, 2018):

- **Servicios de salud integrados e integrales**, que combinan la atención clínica primaria con funciones de salud pública.
- **Políticas y acciones intersectoriales**, dirigidas a los determinantes sociales más amplios de la salud.
- **Empoderamiento de individuos, familias y comunidades**, a fin de promover el autocuidado y la participación en los procesos de salud.

Cuarenta años más tarde, la Declaración de Astaná (2018) reafirmó el compromiso global con la APS, adaptando su visión a los desafíos contemporáneos, como el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, la persistencia de inequidades en salud y las transformaciones derivadas de la innovación digital y tecnológica (OMS, 2018). Estos avances demuestran que la APS no es solo una estrategia sanitaria, sino un enfoque dinámico que requiere actualización constante frente a los cambios sociales y epidemiológicos.

Interculturalidad

Más allá de los avances, la literatura también señala tensiones relevantes: la interculturalidad en salud suele ser interpretada como inclusión sim-

bólica de prácticas tradicionales, sin una verdadera horizontalidad en el diálogo de saberes. Esto genera riesgos de folklorización de la medicina indígena y dificulta una articulación efectiva con la biomedicina. Reconocer estas tensiones es indispensable para proponer políticas realistas y sostenibles.

En este escenario, el concepto de *interculturalidad* en salud ha cobrado especial relevancia, sobre todo en regiones con alta diversidad cultural. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la interculturalidad como una estrategia orientada a promover el diálogo entre diferentes sistemas de conocimiento y prácticas de salud, basada en el respeto mutuo, la equidad y la complementariedad (OPS, 2024).

Aguilar, Tobar y García (2023), se refieren a la interculturalidad en salud, como: “un subcampo de la salud pública, la cual consta de 3 principios de acción: *“racionalización de la atención curativa; promoción y prevención de salud y el fortalecimiento del sistema de salud indígena”*.”

La incorporación del enfoque intercultural en la APS es fundamental para atender la diversidad cultural de comunidades rurales e indígenas, integrando saberes locales, prácticas tradicionales y participación comunitaria en la toma de decisiones (OPS, 2025).

Este enfoque cuestiona la organización tradicional de los sistemas de salud, estructurados en niveles jerárquicos (primer, segundo y tercer nivel), que han reproducido un modelo centrado en el hospital, mercantilizado y frecuentemente deshumanizado (Istúriz y Basile, 2024).

Asimismo, impulsa un modelo organizacional alternativo centrado en redes territoriales y principios de reciprocidad, comunalidad y complementariedad, promoviendo sistemas de salud más equitativos, pertinentes y justos que reconozcan la diversidad cultural como un recurso estratégico para transformar la atención y fortalecer la justicia social en salud. (Istúriz y Basile, 2024).

De esta forma, la APS, al fundamentarse en principios de equidad, accesibilidad y participación social, se convierte en el escenario idóneo para articular el conocimiento biomédico con las prácticas culturales propias de cada grupo, fortaleciendo así la pertinencia, la continuidad y la eficacia de los servicios de salud. (OPS, 2024).

En el contexto europeo, naciones como España, Portugal y Bélgica han promovido políticas orientadas a la equidad en la atención primaria; sin embargo, dichas iniciativas no siempre se han desarrollado desde un

enfoque explícitamente intercultural (Ugarte et al., 2024). Estas experiencias muestran que, aun en contextos desarrollados, la falta de mediación cultural genera discriminación y barreras de acceso.

En España, la Estrategia Española de Salud Global 2025-2030 plantea como una de sus principales líneas de acción la provisión de servicios sanitarios basados en la equidad en el acceso y la no discriminación, situando a la atención primaria y comunitaria como eje central del sistema de salud. Si bien el documento no incorpora de manera explícita el término interculturalidad, sí refleja un compromiso por garantizar la cobertura universal y el acceso equitativo a los servicios, con especial énfasis en poblaciones culturalmente diversas, personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica y migrantes, independientemente de su estatus administrativo. (Gobierno de España, 2025) De este modo, puede considerarse que se ha iniciado un proceso progresivo hacia la inclusión del enfoque intercultural en el primer nivel de atención.

En Sudamérica, destacan modelos como el SAFCI en Bolivia o el PESPI en Chile, donde se incluyen médicos tradicionales y facilitadores interculturales en la red pública (Besoain, 2024). Sin embargo, estudios señalan que aún falta un diálogo horizontal real entre saberes biomédicos y ancestrales (Manríquez et al., 2022).

Estas experiencias ofrecen aprendizajes relevantes (Besoain, 2024):

- La institucionalización normativa (como en Chile con el Decreto N.º 21) asegura la permanencia de la interculturalidad en los sistemas de salud.
- El trabajo conjunto con líderes comunitarios (Bolivia) fortalece la legitimidad y aceptación de los programas.
- La inclusión de la formación intercultural en universidades es indispensable para garantizar profesionales preparados.

En México, la atención intercultural en salud ha comenzado a consolidarse mediante la institucionalización de estrategias específicas, entre las que destaca el Modelo de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes (MASPIA).

Este modelo plantea la incorporación de la cosmovisión de las comunidades indígenas y afro mexicanas en el proceso salud-enfermedad-atención, promoviendo su participación en la formulación de políticas sanitarias (Secretaría de Salud, 2015).

En el ámbito de la política pública, el Gobierno Federal presentó el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030, instrumento rector que guía la programación y presupuestación de la administración pública y del cual derivan los programas sectoriales, institucionales y regionales.

En los ejes transversales de la política nacional se subraya un firme compromiso con los derechos de los pueblos indígenas y afro mexicanos, materializado en una agenda conformada por 100 compromisos estratégicos.

Entre ellos destacan el reconocimiento y la garantía de derechos, el acceso a la justicia de las comunidades originarias y la puesta en marcha de servicios de atención médica domiciliaria para las personas adultas mayores. En el marco del eje denominado “*República Sana*”, se incluyen iniciativas como la consolidación del programa IMSS-Bienestar, la instalación de Farmacias para el Bienestar, el fortalecimiento de la estrategia de cuidados durante los primeros mil días de vida, la ampliación de los servicios diagnósticos en unidades de primer nivel, la modernización de hospitales y la creación de programas comunitarios orientados a la prevención de enfermedades crónicas —particularmente obesidad, hipertensión y diabetes—. Asimismo, se contempla la apertura de 27 nuevas unidades médicas del IMSS, IMSS-Bienestar e ISSSTE, lo que representa un avance significativo en la ampliación de la cobertura y el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria (Presidencia de la República, 2025).

En el marco de la APS, la incorporación de un enfoque intercultural adquiere especial relevancia en un país como México, cuya composición social es pluricultural y diversa. El *Modelo de Salud Intercultural*, al integrarse con los principios de la APS, busca fortalecer el Sistema Nacional de Salud, favoreciendo respuestas más pertinentes a las necesidades de individuos, familias y comunidades. Este modelo propone la construcción de redes funcionales de servicios sanitarios sustentadas en la participación comunitaria, garantizando un abordaje integral y contextualizado de la atención (Gobierno de México, 2024).

Finalmente, la interculturalidad aplicada a la salud se configura como un principio orientador que fortalece la prestación de servicios esenciales, accesibles y culturalmente pertinentes. Su implementación asegura la participación de las comunidades en la definición de estrategias, lo que contribuye a ofrecer una atención aceptada por la población, con costos asequibles y beneficios significativos tanto a nivel comunitario como nacional.

En este escenario, resulta fundamental reconocer la diversidad cultural de Quintana Roo, un estado caracterizado no solo por la presencia histórica de pueblos originarios, particularmente los mayas, sino también por el constante flujo migratorio de personas provenientes de otras regiones del país, lo que ha favorecido la coexistencia de múltiples prácticas y creencias en torno a la salud (Hernández et al., 2023).

En la denominada Zona Maya, esta riqueza cultural se refleja en la permanencia de saberes ancestrales y prácticas de medicina tradicional, donde se emplean remedios herbales, rituales de sanación y creencias asociadas a deidades locales, elementos que acompañan a las personas desde el nacimiento hasta la muerte y que constituyen parte esencial de su cosmovisión.

El rol ampliado de enfermería

Desde la década de 1950, Madeleine Leininger, a través de su teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales, destacó la necesidad de brindar una atención congruente con la cultura de cada persona. Esta propuesta subraya que el cuidado de enfermería debe considerar creencias, valores y prácticas de los individuos y comunidades, con el fin de garantizar intervenciones pertinentes y equitativas. En este sentido, su teoría constituye un referente fundamental para integrar el enfoque intercultural en la APS (Masaquiza & Manzano, 2024).

Diversos estudios como el de Hernández et al. (2025) han demostrado que el rol ampliado de enfermería en la APS contribuye directamente a la reducción de la mortalidad materna, al mejor control de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión y al incremento en la cobertura de inmunizaciones. Estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer la práctica avanzada de enfermería como estrategia de impacto poblacional.

Partiendo de esta perspectiva, la interculturalidad en salud debe constituirse como la base para la formulación de políticas públicas que respondan de manera efectiva a las expectativas y necesidades reales de la población, respetando sus creencias, valores y prácticas culturales, así como promoviendo su participación en el diseño, implementación y evaluación de dichas políticas (Aguilar, Tovar & García, 2020).

Como consecuencia, la enfermería desempeña un papel fundamental en la APS, especialmente en contextos rurales donde el acceso a servicios médicos especializados es limitado (OPS, 2024). Las y los profesiona-

les de enfermería se constituyen en el primer punto de contacto con la población, asumiendo responsabilidades que superan el ámbito clínico tradicional.

El rol ampliado de enfermería en APS integra funciones avanzadas tales como la evaluación clínica, el diagnóstico inicial, la prescripción de tratamientos básicos y la gestión de programas de salud comunitaria. Este enfoque posibilita una atención integral, oportuna y culturalmente adecuada, ajustada a las necesidades específicas de cada comunidad (OPS, 2018).

En México, la Estrategia Integral para la Ampliación del Rol de Enfermería en APS —impulsada por la Secretaría de Salud y apoyada por la OPS— contempla tres componentes clave (Leijja et al., 2020):

- Laboral: reconocimiento formal de nuevas competencias para enfermería, con énfasis en la gestión comunitaria y la promoción de la salud;
- Educativo: reforma curricular de los programas de formación, incorporando contenidos de atención integral, salud comunitaria e interculturalidad;
- Normativo: adecuación de marcos legales que respalden la práctica avanzada de enfermería en el primer nivel de atención.

Adicionalmente, desde 2022 se implementa en México el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), como parte del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR, 2022). Este modelo busca garantizar servicios gratuitos de salud y medicamentos bajo los principios de APS. Una de sus acciones es el programa “Salud casa por casa”, en el cual personal de salud realiza visitas domiciliarias a poblaciones vulnerables.

La formación académica de los futuros profesionales de la salud se complementa con la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), la cual ha fortalecido las estrategias de APS al permitir la detección temprana de riesgos y la implementación de acciones de promoción de la salud (Secretaría de Salud, 2023).

Según Galao (2025), la incorporación de la EPA en APS contribuye a mejorar la calidad del cuidado de enfermería, favorece una sociedad más saludable y promueve un sistema de salud más eficiente desde el primer nivel de atención.

Para lograr estos objetivos, es fundamental priorizar la formación de profesionales en EPA, quienes estarán capacitados para asumir un rol ampliado en los ámbitos público y privado, transformando significativamente las intervenciones de enfermería y contribuyendo al fortalecimiento de los recursos humanos en salud, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Sarmiento & Álvarez, 2025).

Algunas universidades, tienen iniciativas educativas como el *Programa Universitario de APS de la Universidad de Quintana Roo* han fortalecido la formación de profesionales con competencias interculturales para responder a las particularidades de las comunidades indígenas y rurales (Cruz Fajardo Ruz et al., 2019).

De manera similar, la *Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco*, inició en 2022 la primera generación de su maestría en EPA, y en 2023, el *Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora* comenzó también su programa de maestría con el mismo enfoque. Estas formaciones buscan ampliar la cobertura de los servicios de salud en el país, fortaleciendo la Atención Primaria y preparando a los egresados para asumir un rol ampliado en la atención sanitaria, capaz de responder a las necesidades de toda la población. (Sarmiento y Álvarez, 2025).

La atención intercultural en enfermería no solo es deseable, sino indispensable para ofrecer cuidados respetuosos y culturalmente pertinentes en comunidades rurales. Este enfoque reconoce la importancia de integrar los saberes, valores y prácticas de las poblaciones en los procesos de atención en salud, generando así mayor aceptación, confianza y efectividad (Castrillón, 2015).

Para lograrlo, la formación en competencias interculturales resulta clave. Según la OPS (2018) y Veliz et al. (2019), estas competencias incluyen:

- Reconocimiento de la diversidad cultural;
- Escucha activa y validación de los saberes locales;
- Identificación de barreras culturales y de género en el acceso a la salud;
- Establecimiento de relaciones interculturales horizontales, basadas en el respeto mutuo.

Asimismo, estas poblaciones enfrentan retos significativos en materia de salud pública, como la elevada incidencia de embarazos en adolescentes, así como la creciente prevalencia de enfermedades crónicas degenerati-

vas no transmisibles —como diabetes mellitus e hipertensión arterial—, que representan parte de la carga diaria en los centros de salud de la región. Por ello, es indispensable que los profesionales de enfermería y otros actores del sistema de salud adquieran un conocimiento profundo de la cultura local, mostrando una actitud de respeto y apertura hacia sus creencias, sin emitir juicios de valor. Este entendimiento permitirá integrar el saber tradicional con el conocimiento científico, generando estrategias de atención más efectivas, culturalmente pertinentes y aceptadas por la población, lo que finalmente contribuirá a mejorar la calidad de los servicios de salud y los resultados en salud de estas comunidades (Campero et al. 2024).

Conclusión

En síntesis, la APS con enfoque intercultural y el rol ampliado de enfermería no solo fortalecen la equidad y la pertinencia cultural de los servicios, sino que también se configuran como ejes estratégicos para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con salud y bienestar. Las líneas futuras deben orientarse a: (a) evaluar el impacto de la enfermería de práctica avanzada en indicadores comunitarios; (b) fortalecer la formación profesional con competencias interculturales; y (c) promover políticas públicas que aseguren la sostenibilidad de estos modelos en zonas rurales e indígenas.

La salud, reconocida como un derecho humano fundamental, demanda sistemas de atención que sean integrales, accesibles y culturalmente sensibles, particularmente en contextos rurales e indígenas donde las barreras sociales, culturales y estructurales limitan el acceso y la efectividad de los servicios. La APS constituye un pilar estratégico para garantizar el derecho humano a la salud, especialmente en contextos rurales e indígenas donde las barreras culturales, lingüísticas y de acceso limitan la efectividad de los servicios. La incorporación de un enfoque intercultural fortalece la pertinencia y la aceptación de las intervenciones sanitarias, integrando los saberes tradicionales y promoviendo la participación de las comunidades. En este marco, el rol ampliado de enfermería, sustentado en la práctica avanzada y en competencias interculturales, se erige como un componente esencial para la prevención, la promoción de la salud y la atención integral, permitiendo respuestas oportunas, eficaces y culturalmente pertinentes. La experiencia mexicana, articulada con polí-

ticas públicas como el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030 y modelos de atención intercultural, evidencia que la formación de profesionales de enfermería capacitados en competencias clínicas y culturales es determinante para fortalecer la APS, mejorar los resultados en salud y consolidar sistemas sanitarios inclusivos, equitativos y sostenibles.

Referencias

- AGUILAR-PEÑA, M., Blandón, M. F. T., & García-Perdomo, H. A. (2025). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 463–467. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
- BARBO, G., & Alam, S. (2024). Indigenous people's experiences of primary health care in Canada: A qualitative systematic review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 44(4), 131–151. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.4.01>
- BASILE, G., & Istúriz, O. (2024). Transitando del mito de la atención primaria en salud (APS) al cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.tmac>
- BESOAIN-SALDAÑA, Á., Cifuentes Lucero, D., Parodi Garrido, P., & Oyarzo Torres, S. (2024). Desafíos en la formación de profesionales de la salud en salud intercultural: Análisis del Reglamento del Artículo N.º 7 de la Ley N.º 20.584. *Revista Médica de Chile*, 152(2), 283–285. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872024000200283>
- CAMPERO, L., et al. (2024). Challenges in preventing unions and pregnancies among adolescents in rural and Indigenous communities ruled by customs and traditions in Mexico. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN220223>
- CASTRILLÓN, M. (2015). Interculturalidad: Un reto en la formación de enfermeros. *Cultura de los Cuidados*, 69, 257–269. <https://tinyurl.com/43ef46et>
- CRUZ Fajardo Ruz, R., et al. (2019). Atención primaria de salud: Aproximaciones teórico-metodológicas. Universidad de Quintana Roo. <https://tinyurl.com/2xppeytj>
- GALAO-MALO, R. (2024). Quando falamos de Enfermagem de Prática Avançada, estamos a falar da mesma coisa? *Sanus*, 9, e528. <https://doi.org/10.36789/sanusrevenf.vi20.528>

- IMSS Bienestar. (2023). Plan de implementación MAS-Bienestar. <https://tinyurl.com/3nfze7b8>
- LEIJA-HERNÁNDEZ, C., Olivera-Carrasco, H., Acuña-Díaz, M. C., Zárate-Grajales, R. A., & Choperena-Aguilar, D. G. (2020). Estrategia integral para la ampliación del rol de enfermería en la atención primaria de salud. *Enfermería Universitaria*, 17(2), 243–257. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.892>
- MASQUIZA Pillajo, S. S., & Manzano Quisimalin, D. E. (2024). Rol de enfermería en salud intercultural – Teoría de Madeleine Leininger: Revisión sistemática. *Community and Interculturality in Dialogue*, 4, 133. <https://doi.org/10.56294/cid2024133>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma-Ata. <https://tinyurl.com/4mpjpuk7>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS). (2018). Declaración de Astaná. <https://tinyurl.com/26r8fscw>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). (2018). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. <https://tinyurl.com/yk9arw4s>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). (2018). Competencias interculturales para el personal de salud. <https://tinyurl.com/zawftyux>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Guía de diálogos interculturales en salud. <https://tinyurl.com/56x7jm35>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). (2025). Mapa de evidencias sobre interculturalidad en salud. OPS. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/07/1610119/mapa-de-evidencias-2025-final.pdf>
- PRESIDENCIA de la República. (2025). Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030. Diario Oficial de la Federación. <https://tinyurl.com/4awkrvm6>
- RODRÍGUEZ-GARCÍA, A., Borrallo-Riego, Á., Magni, E., & Guerra-Martín, M. D. (2025). Effectiveness of advanced practice nursing interventions on diabetic patients: A systematic review. *Healthcare*, 13(7), 738. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070738>
- SARMIENTO Luna, F. B., & Álvarez Aguirre, A. (2025). Enfermería de práctica avanzada: Implementación en México y contribución a la atención primaria de salud. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 12(1), e1180. <https://doi.org/10.35383/cietna.v12i1.1180>
- SECRETARÍA de Salud. (2015). Modelo de atención a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes (MASPIA). <https://tinyurl.com/2cw7zuu2>
- SECRETARÍA de Salud. (2023). Guía de estudio: Atención primaria a la salud. Gob.mx. <https://tinyurl.com/4jxpjsev>

SECRETARÍA de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2023). Modelo del cuidado de enfermería (2.^a ed.). Ciudad de México, México.

VELIZ, M., et al. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: Un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Revista de Ciencias de la Salud*, 17(3), 45–58. <https://tinyurl.com/y2x4wtvh>

Capítulo 5

El peso de la Cuchara: la imposible justicia alimentaria en la infancia Hipertensa

CLARA IVONNE LÓPEZ-ANDRADE

El profesional de Enfermería en la Atención Primaria (APS) ha puesto históricamente su conocimiento y compromiso en mejorar las condiciones de salud de la población infantil. Dentro de estos objetivos se encuentran: liderar y ejecutar el programa ampliado de inmunizaciones; la pesquisa oportuna de alteraciones del crecimiento y desarrollo, valoración de signos tempranos de enfermedad oncológica, diagnóstico nutricional, entre otros. A estas responsabilidades debe sumarse la detección de la enfermedad cardiovascular como un desafío para la profesión.

En Chile, el Profesional de Enfermería es responsable de valorar la presión arterial a los niños/as desde los 3 hasta los 9 años de vida; incorporar a la experiencia chilena un abordaje socioantropológico en la gestión del cuidado, es la invitación para una perspectiva futura en la APS latinoamericana.

La prevalencia de Hipertensión Arterial Infantil (HTA) a nivel mundial es de 3,5%; en Estados Unidos es del 1 al 5% y llega a 11% en población con malnutrición por exceso; Brasil alcanza el 13%; Colombia un 3,2% —en la ciudad de Cali y un 11,9% en Medellín— y; en Chile durante el 2022 se obtuvo un 6,6%. La tendencia de esta patología va en aumento según el National Center for Health Statistics (NHANES). La HTA infantil se encuentra asociada a la Malnutrición por Exceso (MNE), que es uno de los problemas prioritarios en salud pública en los últimos años y condiciona la aparición de complicaciones que lamentablemente serán evidentes con el paso del tiempo (Ministerio de Salud de Chile, 2023; Programa Nacional de Salud Escolar [PROSANE], 2020; Peña-Guevara et al., 2024; Moll et al., 2025; Gundeti et al., 2025; Chacón-James et al., 2023; Tàpia González et al., 2023; Larkins et al., 2023).

El panorama epidemiológico presentado exige una detección y seguimiento oportuno. Durante los controles de salud infantil, el hallazgo de valores superiores a los indicados, obliga al profesional de Enfermería a informar la presunción de Hipertensión Arterial (HTA), junto con las primeras indicaciones de alimentación saludable (Ministerio de Salud de Chile, 2023).

Dichas indicaciones en alimentación irrumpen en la dinámica cotidiana y relacional del hogar, por ende, repercuten en las estrategias de consumo individual y familiar. Cabe resaltar que el accionar dentro de los hogares con respecto a la alimentación —desde el campo de la salud y de las ciencias sociales— es un tema ausente. Por tanto, es una oportunidad para redirigir las acciones de manera conjunta, lograr resultados pertinentes y permanentes. Este capítulo presenta una reflexión sobre el desafío profesional frente al proceso relacional y cultural que es la alimentación en población infantil, quienes ven supeditado su derecho a la alimentación a las capacidades de su cuidador, en ámbitos de tipo económico, social y cultural.

Este capítulo tendrá tres instancias. La primera presentará las estructuras de poder en la alimentación de tipo macro y microsocioal. Posteriormente, se definirá la medicalización de la alimentación en el hogar. Por último, se reflexionará acerca de los desafíos del profesional de enfermería en medio de este proceso de salud/enfermedad/cuidado en la alimentación.

Estructuras macro y microsociales en el Cuidado Alimentario Doméstico

El cuidado alimentario implica instaurar estrategias de consumo doméstico. Estas estrategias son elecciones limitadas que se presentan de manera simultánea y perenne en el hogar según su inserción social. Están compuestas por las prácticas y representaciones respecto de la alimentación que condicionan el entorno inmediato del niño/a (Aguirre, 2023).

En un contexto macrosocioal, estas estrategias de consumo doméstico han estado supeditadas al recorrido histórico de la comida, que durante la transición industrial sufrieron una deslocalización y desestacionalización. Durante la Revolución Industrial, la mecanización de la producción y distribución derivó en la transformación de los alimentos a mercancías,

que generó cambios en la comensalidad, relaciones sociales, economía y medio ambiente.

El posicionamiento de la globalización fortaleció la industria agroalimentaria, posibilitando la disponibilidad de alimentos con bajo potencial nutricional; la erradicación de semillas autóctonas e hizo elegible la opción transgénica. Actualmente, la incursión y producción de semillas transgénicas por empresas transnacionales, ha posicionado la biotecnología agrícola y un modelo agroexportador avalado por políticas desreguladas. En este momento disponen de amplias superficies de tierra en países destinados a la producción, han fortalecido el monocultivo y la exportación de productos como: maíz, raps y soya. Estos productos son más elegibles por su bajo costo, rendimiento y palatabilidad para las expectativas de los consumidores. Es así como la industria agroalimentaria ha logrado homogeneizar el consumo e incrementado la tendencia a la malnutrición por abundancia. Por otro lado, la infodemia ¹(en lo que a alimentación se refiere) ha expuesto a los hogares a un gran volumen de información y estímulos alimentarios.

Los consejos sobre alimentación, dietas y tendencias para una vida más saludable están carentes de aval científico (*fake news*) o responsabilidad social. Esta condición podría ser una muestra de vulnerabilidad de los comensales.

Asimismo, estos hogares se encuentran supeditados a políticas gubernamentales que avalan la perspectiva de mercantilización de la salud y promueven el detrimento del bienestar, a expensas de la retribución económica de los grandes grupos de poder. Esta situación se refleja en escasos espacios de tiempo y de infraestructura para la actividad física; directrices ministeriales para reducir la educación física en colegios y un débil control sobre los entornos alimentarios obesogénicos en áreas de circulación de población infantil. Del mismo modo, dichas disposiciones gubernamentales se emiten desconociendo el contexto, carecen de trabajo transectorial y no cuentan con un enfoque territorial, ecosistémico y pertinencia cultural (Aguirre, 2022; Castro, 2018).

En la realidad microsocial, se reconoce que existen un “conjunto de condiciones comunes de la vida cotidiana, que dan lugar a un conjunto común de disposiciones interiorizadas, que pautan las conductas particulares” (Bourdieu, 1998). Estas “condiciones comunes” (en las estrategias

1 Almeida-Filho la describe como “volumen o exceso de información, sin la propia validez y veracidad” (Almeida – Filho, 2021).

de consumo doméstico) parten por admitir que alimentarse saludablemente no es asunto de voluntad; se requiere contar con un presupuesto económico que solvente las solicitudes realizadas desde la institucionalidad en salud. En el panorama chileno, el costo promedio de la canasta familiar con productos básicos y reducidos es de \$72,58 dólares. Para familias en condiciones de pobreza, representaría un 29,8% de su presupuesto y un 44,7% para familias por debajo de la línea de pobreza extrema (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024; Facultad de Medicina y UChile, 2017).

Ahora bien, según la Encuesta Nacional de Consumo Humano (Facultad de Medicina, Facultad de Economía y Negocios Uchile, 2019) existe una mala alimentación, reflejada en la desigualdad de los niveles socioeconómicos más bajos, los entornos rurales y la macrozona sur del país. El motivo primordial de esta mala alimentación, es que existe un mayor consumo de alimentos con “alto contenido de nutrientes críticos y energía” y un “menor consumo de alimentos con nutrientes protectores”. Lo anterior, se evidencia en el alto consumo de pan, bebidas azucaradas/dulces y una amplia restricción en el consumo de frutas, verduras, pescados y legumbres (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2021).

En síntesis, existen implicaciones multisectoriales, niveles de acción desproporcionados y repercusiones microsociales que impiden compatibilizar las indicaciones biomédicas en alimentación como:

- Las diferencias instauradas por el nivel socioeconómico.
- La transgresión de los productos y de las preparaciones tradicionales de alimentos, lo que conlleva a la pérdida de la identidad alimentaria.
- Los cambios en las dinámicas, rutinas, ritos y compañías en el momento del consumo de alimentos.

Este panorama ha provocado que en la actualidad se alteren los patrones alimentarios presentes y futuros, que el alimento sea considerado una mercancía; así como también ha omitido la perspectiva del derecho a la alimentación.

El bogar y su cuidado alimentario frente a una medicalización de la alimentación

Las indicaciones sobre ‘alimentación saludable’ son directrices uniformes, incapaces en distinguir preferencias, edades, participantes en la comensa-

lidad o particularidades territoriales/culturales. Es decir, son normas homogéneas que invaden los hogares, invisibilizan la importancia simbólica, cultural y social que tiene la alimentación.

En este contexto, “el peso de la cuchara” es un símbolo de cuidado que encarna la triple carga – física, moral y económica – que recae sobre quienes alimentan, casi siempre mujeres. Ese peso no es metafórico: es económico, estructural y profundamente injusto que materializa la culpa, la desigualdad e imposibilidad de una “alimentación saludable” en un sistema que la hace (in)alcanzable.

La medicalización del proceso alimentario implica estipular el tipo, cantidad, horario y forma de consumo de los alimentos denominados como saludables. Para cualquier persona, estas disposiciones anulan su capacidad; lo confrontan a asumir la responsabilidad de manera unilateral y; la hacen obviar su subjetividad y su capital cultural/económico/social.

En un hogar que enfrenta una condición cardiovascular infantil, esas indicaciones llegan a vulnerar el espacio de mayor privacidad. Para el/la consumidor/a, la persona que ejerce la función de cuidado y ante quienes participan en la comensalidad hay una imposición. En realidad, irrumpen de forma contundente y dejan la responsabilidad de acción a título individual y omiten el compromiso del Estado a nivel colectivo de los aspectos que contribuyen a esa realidad (Franch et al., 2022; Gracia-Arnáiz, 2021; Gracia-Arnáiz, 2022).

Ahora bien, como pieza trascendental en las esferas macro y micro-sociales se presenta el “costo desproporcionado” vinculado a las mujeres. Como principales responsables del cuidado, trabajo productivo y reproductivo, se ha mercantilizado la vida a partir de su multifuncionalidad en condiciones desfavorables y desiguales (Federici, 2022; Franch et al., 2023; Rodríguez, 2023).

Lo anterior, fundamenta la omisión del sector salud con respecto al abordaje de la alimentación como una práctica social. Desde la perspectiva relacional de Bourdieu, la visión del mundo de toda persona con capacidad de agencia está dada por las respectivas estructuras sociales externas que la hacen ocupar una posición determinada y le permiten responder a procesos históricamente contruidos (campus). Además, cada persona tiene un sistema de disposiciones incorporadas a lo largo de la trayectoria social, que son sus relaciones subjetivas (habitus) (Bourdieu & Wacquant, 1994; Castro & Suárez, 2018).

En otras palabras, las indicaciones biomédicas en alimentación y las estrategias implementadas por los hogares reflejan su capacidad de agencia y las estructuras presentes en los cuidados alimentarios. Estos hogares colocan en juego su historicidad, condicionamiento social, el significado, simbolismo y representaciones que asumen.

Alimentarse no es un acto rutinario sin relevancia social, histórica y política. Por el contrario, tensiona el análisis entre lo micro y macro-social. Es por ello, que el profesional de enfermería al reflexionar sobre estos aspectos podría lograr resultados en el bienestar de las personas, al considerar sus singularidades y las repercusiones.

Desafíos del Profesional de Enfermería en la Alimentación Doméstica.

El desafío para la profesión ante las estrategias de consumo doméstico en HTA infantil se debe al desconocimiento de las estructuras y barreras del proceso alimentario. Sumado al prejuicio de que las indicaciones en alimentación saludable no se asumen por falta de competencia o compromiso en los hogares.

Propositivamente, la disciplina de enfermería para el ejercicio y/o formación profesional –con relación al cuidado de la alimentación en la HTA infantil– debe ir dirigida a fortalecer capacidades, potenciar conocimientos, facilitar el trabajo multi y transdisciplinario según como se describe en la Tabla 1:

Tabla 1. Capacidades, Conocimientos, Trabajo Multi y Transdisciplinario de Enfermería en el Cuidado de la Alimentación en HTA Infantil

<i>FORTALECER CAPACIDADES</i>	<i>POTENCIAR CONOCIMIENTOS EN TEMAS COMO:</i>
Técnicas de valoración cardiovascular infantil.	Fisiología cardiovascular y fisiopatología de la hipertensión arterial, malnutrición por exceso y programación fetal intrauterina para riesgos cardiovasculares.
Ejecución de procedimientos en población pediátrica como: Toma de Presión Arterial, Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial, Diagnóstico Nutricional.	Enfoque de género en el cuidado de la alimentación que considere el rol reproductivo y de cuidado de las mujeres, realidades locales de los lugares para la consecución, preparación y desecho de alimentos que garanticen que sean saludables, a precio justo, cercanos, seguros, disponibles en horarios acordes a las rutinas laborales y de cuidado que asumen las mujeres.
Consejería, educación y entrega de información en alimentación saludable con pertinencia territorial y cultural.	Alimentación como Derecho Humano.

Reconocer y valorar el territorio y las personas que lo habitan por medio de: estrategias de trabajo comunitario, visitas domiciliarias, entrevista individual/familiar y grupal de manera sistemática y continua. Estas estrategias están basadas en el diálogo horizontal y vinculante.	Alimentos y preparaciones tradicionales con pertinencia cultural que sean respetuosos con el medio ambiente y saludables.
Habilidades sociales.	Alimentos locales y su ciclo de producción actual. Destacando la preservación de las semillas autóctonas.
Investigación desde y con enfermería para contextualizar a nivel local, comunitario y social las condiciones de la HTA infantil, el Cuidado en la Alimentación y el Rol Femenino en brindar cuidados profesionales y domésticos en alimentación.	Sistemas alimentarios sostenibles y el proceso alimentario.
<i>TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO</i>	<i>TRABAJO TRANSDISCIPLINARIO</i>
Con áreas como: • Actividad física. • Nutrición. • Medicina. • Psicología. • Trabajo Social. • Ecología. • Agronomía. • Antropología. • Ciencias Políticas. • Sociología.	• Líderes y Lideresas sociales, • Alcaldía. • Personas representativas para la comunidad, familia y persona cuidadora. • Proveedores de alimentos dentro del mercado formal (tienda de barrio, mercados populares, ferias libres y supermercados), mercado informal (familiares/vecinos con huertas o criaderos de animales para el consumo, productores de baja escala de alimentos). • Escuelas/institutos/universidades (huertas escolares, kioscos saludables)

Fuente: elaboración propia.

Las capacidades, conocimientos, trabajo multi y transdisciplinar de Enfermería en el cuidado de la alimentación en HTA infantil, se deben extrapolar a los roles de educación, investigación y gestión, para historiar la realidad de los niños/as, sus cuidadoras/es y familias. Además, es pertinente que el profesional de Enfermería pueda reflexionar sobre las personas/agentes y las agendas a nivel macro y microsocioal, esto le permitirá fortalecer la responsabilidad social, propender por el derecho a una alimentación saludable en beneficio general de la comunidad (Campanera et al., 2023).

La medicalización de la alimentación en hogares con HTA infantil plantea estrategias de consumo doméstico desconocidas por el profesional de enfermería. Las estrategias de asimilación, rechazo y modificación, pueden analizarse en el domicilio, a través de un trabajo acordado junto con las familias; que valore y posicione la intersubjetividad como elemento fundamental en la relación familia/entorno/enfermera(o).

Para avanzar hacia el bienestar cardiovascular infantil, la Enfermería debería sensibilizarse frente al sentido común que encierra el cuidado en

la alimentación de una persona que es sujeto de cuidado. Una de las tareas es reconocer las competencias y significancias que posee ese agente de cuidado. Más aún si es una mujer, en una sociedad que ha normalizado su sobrecarga mental, física y económica. La interacción enfermera/o y cuidador/a es una oportunidad para compartir aprendizajes y en conjunto ver opciones según la realidad de los hogares. El profesional de Enfermería debe ser consciente de las responsabilidades de quienes cuidan, para así evitar incrementar sentimientos de culpa, en un sistema de producción que ha condicionado la forma de enfermar o morir.

En otras palabras, estos hogares en medio de un sistema social y de producción centrado en la mercantilización de la vida son un impedimento para adoptar una alimentación saludable. De igual modo, se reconoce que la profesión ha avanzado en la detección de estas enfermedades crónicas en la población infantil, pero la valoración clínica y procedimientos administrativos limitan el cuidado enfermero por el asistencialismo del sistema de salud.

En resumen, los desafíos del profesional de Enfermería están en retomar el valor de la relación intersubjetiva e identificar los territorios que se habitan y trabajan. El otorgar cuidados pertinentes a los territorios de forma continua, permitirá impulsar y complementar el trabajo que realizan distintas profesiones (nutrición, actividad física, agroecología, entre otras), con la misión de mejorar el bienestar infantil y por ende, el bienestar familiar y comunitario.

Referencias

- AGUIRRE, P. (2022). *Devorando el Planeta Cambiar la Alimentación para Cambiar el Mundo*. Ediciones le Monde Diplomatique.
- AGUIRRE, P. (2023). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. isco.unla.edu.ar. <https://isco.unla.edu.ar/noticias/425-libro-estrategias-de-consumo-que-comen-los-argentinos-que-comen>
- ALMEIDA-FILHO, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. *Salud colectiva*, 17, e3748. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>
- BOURDIEU, P. (1998). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus.
- BOURDIEU, P., & Wacquant, L. J. D. (1994). *Por una sociología reflexiva*. Herder.

- CAMPANERA, M., Gasull, M., & Gracia-Arnaiz, M. (2023). Food Security as a Social Determinant of Health: Tackling Inequalities in Primary Health Care in Spain. *Health and Human Rights Journal*, 25, 9–21.
- CASTRO Pérez, R., & Suárez, H. J. (2018). *Pierre Bourdieu en la sociología latinoamericana: El uso de campo y habitus en la investigación*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- CASTRO, R. (2018). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: El Lugar Editorial.
- CHACÓN-JAMES, D., Morales-Contreras, C., Abad, J., Niño-Serna, L., & Vélez-Echeverri, C. (2023). *Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes pediátricos hospitalizados*. Archivoscardiologia.com. https://www.archivoscardiologia.com/frame_esp.php?id=549
- FACULTAD de Medicina. Universidad de Chile. (2017). *Marco conceptual sobre los factores condicionantes de los ambientes alimentarios en Chile*. Ministerio de Salud de Chile.
- FACULTAD de Medicina. Departamento de Nutrición. Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Chile. (2019). *Encuesta Nacional de Consumo Humano (ENCA)*. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/ENCA.pdf>
- FEDERICI, S. (2022). *O Patriarcado do Salário: Notas sobre Marx, Gênero e Feminismo*. Elefante Editora.
- FRANCH, Carolina; Hernández, Paula; Pemjean, Isabel; Rodríguez, Lorena. (2023). *Transmisión de dinámicas alimentarias en el entorno doméstico: estudio cualitativo en una comuna de alta vulnerabilidad de Santiago de Chile*. Resultados proyecto FONIS SA1910085.
- GRACIA-ARNAIZ, M., Casadó, L., & Campanera, M. (2021). Introducción al monográfico: Antropologías del hambre: La (in)seguridad alimentaria en contextos de precarización. *Revista de antropología social*, 30(2), 93–108. <https://doi.org/10.5209/raso.77892>
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2022). The precarisation of daily life in Spain: Austerity, social policy and food insecurity. *Appetite*, 171(105906). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666321008138>
- GUNDETI, V., Aroor, S., Koushik, Lewis, L. E., Mundkur, S. C., Bhat Y, R., & Kini, P. (2025). Alarming rise in prevalence of obesity among children with essential hypertension: Reflection of larger global epidemiological change of adolescent nutritional status. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 32(101948), 101948. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.101948>

- LARKINS, N., & Craig, J. (2023). Pediatric Hypertension. En J. Flynn, J. Ingelfinger, & T. Brady (Eds.), *Pediatric Hypertension*. Springer Nature eBooks.
- MINISTERIO DE Desarrollo Social (2021). *Encuesta Nacional de Consumo alimentario*. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/ENCA.pdf>
- MINISTERIO DE Desarrollo Social y Familia, M. (2024, invierno 2). *Observatorio Social. Canasta Básica de Alimentos y Líneas de Pobreza*. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/nueva-serie-cba-2024>
- MINISTERIO de Salud de Chile. (2023). *Orientación Técnica para la Pesquisa, Diagnóstico y Manejo de la Hipertensión Arterial en la Infancia y Adolescencia*. Ministerio de Salud de Chile.
- MOLL, J. C., Bohlken, J., & Kostev, K. (2025). Prevalence of and factors associated with hypertension in children and adolescents as observed by German pediatricians-A case-control study. *Children (Basel, Switzerland)*, 12(3). <https://doi.org/10.3390/children12030348>
- PEÑA-GUEVARA, H., Corrales-Camero, I. M., & Cañizales-Muñoz, S. (2024). Prevalence of secondary arterial hypertension in patients with acute renal failure in a secondary-level pediatric hospital in Northwestern Mexico. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 81(3), 151–161. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.23000013>
- PROGRAMA Nacional de Salud Escolar (Prosane). (2020). *Interpretación de las nuevas tablas de Presión Arterial para Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina*.
- TAPIA González, L., & Herrera Ávalos, M. (2023). *Asociación de obesidad central por índice cintura-estatura en escolares con cifras elevadas de la tensión arterial – Acta Pediátrica de México*. Acta Pediátrica de México. <https://actapediatrica.org.mx/article/asociacion-de-obesidad-central-por-indice-cintura-estatura-en-escolares-con-cifras-elevadas-de-la-tension-arterial/>
- RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. (2023). *Deuda, violencias económicas y agenda feminista*. En J. Bohoslavsky & M. Rulli (Eds.), *Deuda Feminista: ¿Utopía u oxímoron?* (pp. 56–72). EDULP.

Capítulo 6

Vinculando la formación profesional con políticas de salud: Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud

MARÍA VERÓNICA DE LOS ÁNGELES PACHECO CHAN

RIGOBERTO DE LA CRUZ FAJARDO RUZ

ISABEL MÉNDEZ DOMÍNGUEZ

Introducción

En este capítulo se aborda el Programa Universitario de Atención Primaria de Salud, (PU-APS) como una experiencia exitosa en la formación de recursos humanos en enfermería, medicina y farmacia; se presentan algunos antecedentes del programa resaltando la importancia de la Atención Primaria a la Salud (APS) como eje central del ejercicio profesional. A partir de ello, se describen los principales aspectos de implementación metodológica, finalmente se comparten algunos logros y productos obtenidos que reflejan el impacto académico alcanzado.

La APS tiene como meta garantizar el acceso equitativo a la salud, a través de un enfoque de atención centrada en las personas. Es reconocida como un proceso continuo que involucra acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (OMS, 2025), en un marco de principios que incluyen la equidad, la justicia social y respeto a la diversidad cultural entre otros. La adopción de la APS como estrategia universal de salud, ha trastocado la manera de concebir la salud, ha reorientado la mirada hacia los determinantes sociales de la salud, lo que nos lleva de un enfoque biomédico a un enfoque que afirma que la salud no depende solo de situaciones individuales sino también de las condiciones sociales. Con base en lo antes expuesto, es relevante enfatizar que, dentro del enfoque social, es trascendental promover la participación social y comunitaria para el cuidado de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone un marco conceptual para operacionalizar la APS, si bien dentro de los elementos

estructurales se encuentra la gobernanza y las políticas públicas, esto no tendría sentido sin los elementos que se refieren al funcionamiento y desempeño de los servicios. Es dentro de éstos últimos que se ubica la atención de calidad, que inevitablemente se traduce a capital humano, por lo que para fortalecer las políticas de salud es necesario la formación de nuevos profesionales de la salud que comulguen con esta nueva forma de visualizar y poner en práctica la atención a la salud (Castro-Albarrán, J. M. E. 2024).

Es por ello que el Programa Universitario de Atención Primaria de la Salud (PU-APS) de la División de Ciencias de la Salud (DCS) de la Universidad de Quintana Roo representa una iniciativa de carácter interdisciplinaria y humanista para responder a necesidades sociales y sanitarias del estado. Nace como un proyecto de trabajo en 2015, y se transforma en un programa universitario que representa uno de los ejes transversales de las licenciaturas de la división de ciencias de la salud; da respuesta a las áreas de oportunidad identificadas en la formación profesional de estudiantes de enfermería, medicina y farmacia, tales como: fortalecer la vinculación entre el plan de estudios y las políticas de salud en el estado, búsqueda del equilibrio entre el uso de escenarios hospitalarios y escenarios de atención comunitaria durante el proceso de formación para promover enfoques de promoción, prevención y no sólo el curativo, así como el empoderamiento de la APS para el ejercicio profesional de alumnos y docentes. Por consiguiente, se planteó como objetivo general, desarrollar competencias y habilidades en los estudiantes que les permita la identificación de factores de riesgos, a partir de los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud, para participar activamente en la promoción, prevención y educación para la salud, teniendo como escenario real la comunidad.

Los objetivos específicos incluyeron:

- Incorporación temprana de los estudiantes a escenarios reales
- Una cultura de salud basada en la prevención.
- Desarrollar habilidades para diagnóstico comunitario.
- Fomentar el aprendizaje por competencias.
- Incorporar el enfoque de determinantes sociales y la perspectiva de equidad en salud desde la formación inicial.
- Seguimiento del paciente a todo lo largo de su línea de vida con seguimiento en base a la cartilla nacional de salud.

De igual manera la planeación del PU-APS, se basó en dos ejes: el formativo y los beneficios a la comunidad. En el formativo, su intención es la consolidación del programa por competencias a través de las prácticas comunitarias con énfasis en la promoción, prevención para la salud y estilos de vida saludable, a través del diagnóstico de necesidades reales y la generación de estrategias de intervenciones contextualizadas y factibles, con respeto a la cultura, en un marco de trabajo colaborativo desde la interdisciplina. En cuanto a los beneficios a la comunidad a través del PU-APS, en coordinación con los servicios de salud de la propia colonia, y de los líderes comunitarios se ha logrado incorporar y dar seguimiento a diferentes actividades de promoción de la salud a través de las cartillas nacionales de salud.

En lo referente a Marco Legal e Institucional, el PU-APS está respaldado por la Ley Orgánica de la UQROO, el modelo educativo universitario, los reglamentos internos y los convenios interinstitucionales. Cumple con las NOMs y las regulaciones del Servicio Social. Se encuentra incorporado en los planes de estudio de las licenciaturas, autorizadas por el honorable Consejo Universitario. Su operación se realiza en estricto apego a los principios de bioética, confidencialidad y seguridad del paciente.

Desarrollo

Con fines de dar un orden al desarrollo metodológico del PU-APS, se iniciará con los aspectos de estructura.

Para la implementación de las diversas acciones, se cuenta con un equipo de profesores investigadores asignados al programa, quienes imparten las asignaturas de APS y Salud pública que tienen integrado el PU-APS como parte práctica y son responsables de coordinar y supervisar las actividades comunitarias de los estudiantes. Como parte del equipo de trabajo, se cuenta con pasantes de las licenciaturas de enfermería, medicina y farmacia que realizan servicio social, modalidad vinculación académica, con tiempo completo en el PU-APS. La evolución del programa en la búsqueda de mayor interdisciplinariedad ha llevado a incorporar pasantes de nutrición y psicología de otras instituciones de educación superior.

En cuanto a infraestructura interna, se cuenta con un área física designada como laboratorio de APS para las reuniones de trabajo, planeación y organización de actividades. El financiamiento en lo relativo a insumos como materiales y equipo e incluso reactivos para procedimientos básicos

de acciones de detección oportuna, son cubiertos por presupuesto de las diferentes licenciaturas. Para el trabajo comunitario, se establece vinculación con Secretaría de Salud y autoridades municipales para la asignación de área geográfica considerando aspectos de factibilidad y seguridad de los estudiantes.

En lo relativo a la operacionalización del programa, como parte del diseño curricular, se establecieron todos los lunes como día de práctica de APS, durante las 16 semanas de duración del semestre, con una ponderación asignada para la calificación final de las asignaturas involucradas.

En apego a los planes de estudio de cada licenciatura, los estudiantes que participan en el PU-APS son los que se encuentran en la fase de ciencias básicas, considerando del 2º al 4º semestre de las 3 carreras. En cuanto a cumplimiento de los propósitos académicos y desarrollo de competencias, es pertinente, como ejemplo de la diversidad y complejidad de las actividades de acuerdo con el semestre, mencionar lo siguiente:

Tabla 1. Acciones por semestre

<i>Semestre</i>	<i>Asignatura</i>	<i>Ejemplos de acciones</i>
Segundo	Atención Primaria de la Salud	Visitas a instituciones de salud para identificación de la estructura del sistema de salud. Familiarización comunitaria a través de recorridos y visitas domiciliarias de acercamiento.
Tercer	Salud Pública I	Elaboración de diagnóstico participativo. Acciones de promoción de estilos de vida saludables.
Cuarto	Salud Pública II	Análisis de información (Modelos multicausales del proceso salud-enfermedad). Planeación y realización de intervenciones Evaluación de resultados.

Fuente: elaboración propia

Cuidando el enfoque interdisciplinario, pero sin perder de vista lo específico de cada disciplina, se promueve en los estudiantes de las licenciaturas un enfoque orientado a:

- **Enfermería:** Educación para la salud, investigación, gestión del cuidado y atención holística.
- **Medicina:** Desarrollo de competencias epidemiológicas, clínicas y de trabajo comunitario.

- **Farmacia:** Promoción del autocuidado y farmacovigilancia con énfasis a uso racional de medicamentos y prevención de riesgos farmacológicos.

En el trabajo de campo, es importante señalar dos vertientes, por un lado, el realizado de manera permanente, continua, todos los días de la semana por parte de los pasantes en servicio social, a quienes se les asigna su sector de responsabilidad, para la identificación de necesidades y, con base a ello, planeación, organización y ejecución de actividades a través de visitas domiciliarias y su posterior evaluación y seguimiento de familias. La otra vertiente, son las actividades realizadas por los estudiantes, los lunes, de acuerdo con el semestre, mediante la conformación de equipos, asesorados por un pasante y un profesor titular de la asignatura involucrada. Posterior a ambas actividades ya sean continuas o los lunes, se lleva a cabo reuniones plenarias para el análisis crítico y retroalimentación de actividades realizadas, promoviendo con esto el trabajo colaborativo, el aprendizaje basado en problemas (ABP), el aprendizaje significativo y la aplicación del conocimiento en escenarios reales, características del modelo educativo de la universidad. Resumiendo, algunas de las actividades básicas que se llevan a cabo son el diagnóstico de salud familiar y comunitario, manejo de cartillas nacionales de salud (CNS) para identificación de acciones por realizar y referencia a primer nivel de atención, aplicación de guías de práctica clínica bajo estricto acompañamiento, asesoría y supervisión de profesor titular, realización de acciones de promoción individuales, familiares y colectivas como ferias de la salud y manejo de sistemas de registro. Cabe mencionar, que considerando las CNS como documento oficial sin posibilidad de efectuar registro, para sistematizar la información del programa de APS y facilitar el análisis de datos que ayuden a la elaboración de estrategias en salud, recurriendo a programas informáticos de libre acceso, se desarrolló una plataforma tipo base de datos, que recupera los bloques y apartados de las cartillas, resultando útil para capturar la información sobre promoción a la salud, dar seguimiento a las personas atendidas y representando a la vez, un repositorio de información que puede ser utilizado, bajo los criterios éticos correspondientes, como fuente de datos para el desarrollo de proyectos de investigación.

Como muestra de los logros del PU-APS, enseguida se presentan algunos de los resultados obtenidos al cierre del ciclo primavera 2025.

Área geográfica: colonia Solidaridad, municipio de Othón P. Blanco, Quintana Roo.

Población y Cobertura del Programa

El programa se implementó en una comunidad compuesta por 2,645 lotes registrados, con la siguiente distribución poblacional por grupo etario: Mujeres de 20 a 59 años (38.8%), adultos mayores de 60 años (30%), hombres de 20 a 59 años (24.3%), adolescentes de 10 a 19 años (5%) y niños de 0 a 9 años (2%). Dentro de los resultados Generales se destaca, 574 nuevos beneficiarios incorporados en este período. De seguimiento, 132 pacientes con enfermedades crónicas, y en lo acumulado, 1,440 visitas a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, y total acumulado de 2,445 beneficiarios atendidos. Dentro de esta síntesis de logros es importante mencionar lo obtenido con las actividades del denominado **Componente de Nutrición: “Tucanes en Movimiento”**, que consistió en la atención de estudiantes y adultos mayores, mediante consultas nutricionales individuales, planes personalizados y acompañamiento domiciliario, teniendo dentro de los resultados algunos adultos mayores que lograron cambios favorables en el control de los niveles de glucosa y presión arterial, personas con cambios sostenidos en hábitos alimenticios saludables, planes nutricionales personalizados entregados, entre otros.

Para ir cerrando y por ser de suma importancia, ya que una estrategia no asesorada, supervisada y evaluada corre riesgo de perder su propósito, es de relevancia retomar que las actividades del PU-APS en su dimensión académica, son de carácter formativas y sumativas, por lo tanto, para cada período se establece un portafolio de evidencias (evaluación formativa) y un producto final (evaluación sumativa) consistente en la elaboración y presentación de resultados a través de carteles con criterios de metodología científica básica propuesta por Sampieri, Collado y Lucio (2014). Son presentados y evaluados en la actividad de cierre denominada “Jornada de Atención Primaria a la Salud”, la cual se complementa con otras actividades como ponencias magistrales y conversatorio de alumnos para recuperación de experiencias tanto en su visión de pasantes y/o estudiantes como el compartir vivencias de personas atendidas en la comunidad.

Por considerarlas importantes para la evaluación cualitativa del PU-APS compartimos algunos fragmentos de reflexión estudiantil:

Pasante de enfermería... *“La experiencia como pasante en la colonia y la universidad me permitió desarrollar una visión integral de la enfermería, enfrentando realidades sociales diversas y fortaleciendo mi compromiso con la*

salud pública.”, agregando...”Aplicar lo aprendido en la universidad, con pacientes reales, me dio herramientas clínicas y emocionales que no se adquieren en el aula.”. Este testimonio alienta a considerar que el PU-APS no sólo contribuye a formación teórica científica, sino que promueve la sensibilidad, compromiso y conciencia profesional.

Recordando lo señalado con anterioridad en cuanto a la participación social y comunitaria como elemento central de la APS, resulta igual de importante compartir algunos testimonios textuales de personas atendidas en sus domicilios:

“Antes no me checaba la presión, pero ahora hasta mi hija me recuerda cómo hacerlo. Los estudiantes nos enseñaron y vinieron varias veces.”

—Doña Irma, 66 años, colonia Solidaridad.

“Yo pensaba que el azúcar era cosa de viejitos, pero con las pláticas de los pasantes ahora me cuido. Hasta bajé de peso.”

—Luis, 43 años, comerciante local.

“A mí me gusta que los muchachos escuchen. No vienen a regañar, vienen a ayudar.”

— “*Estoy muy agradecida con la atención que me ha dado el programa y el pasante, como han estado pendientes de mí y de mi familia, con todas las cosas que me han pasado en tan poco tiempo, fue una bendición que llego para ayudarme. Gracias. Don Mario, 72 años, pensionado*”

“*Me gusta tener atención médica en casa, sin tener que ir a las clínicas, nunca me he sentido bien con los doctores y como te atienden, pero me siento cómodo cuando vienen a verme porque siento que se preocupan de verdad por mi salud*”.

Estos testimonios sugieren la aceptación del programa en la comunidad, su pertinencia e impacto social, además de fortalecer el vínculo universidad-comunidad desde un enfoque participativo y humano.

Conclusiones

El Programa Universitario de APS de la UQROO se configura como una práctica ejemplar que articula la formación académica con las necesidades reales de la comunidad, su éxito radica en el enfoque interprofesional, la inserción temprana del estudiantado en campo, el seguimiento continuo, la evaluación por competencias y el fuerte compromiso institucional.

La enfermería, dentro de este modelo, ha fortalecido su rol ampliado al desarrollar competencias clínicas, educativas, comunitarias y de gestión. Las experiencias narradas por el alumnado y los resultados medibles obtenidos son pruebas de que es posible transformar la educación superior en salud hacia un enfoque más humano, preventivo y justo.

El modelo es perfectamente replicable en otras instituciones, siempre que exista una voluntad institucional clara, un marco normativo que lo respalde y una comunidad académica dispuesta a trabajar con, para y desde la comunidad. Su inclusión en esta obra representa una oportunidad para visibilizar un proceso que conjuga formación, compromiso social y construcción de ciudadanía en salud, así como para promover la participación y el empoderamiento de la comunidad. Esto se reconoce como una de las principales metas del modelo de APS, y al mismo tiempo, una de las más difíciles de alcanzar debido a los múltiples factores que la limitan: bajos niveles educativos, condiciones de pobreza, arraigo de costumbres culturales, y la constante influencia de campañas comerciales de alimentos ultra procesados que dificultan la adopción de hábitos saludables.

No obstante, el contacto permanente, la escucha activa, la educación en salud personalizada y la presencia continua del equipo universitario en territorio, han permitido abrir espacios de diálogo, sensibilización y corresponsabilidad ciudadana.

Por todo lo descrito, puede considerarse como una estrategia exitosa que fortalece el enfoque de promoción y prevención de la salud, convirtiéndola en una práctica educativa con alto impacto social y académico.

Referencias

- CASTRO-ALBARRÁN, J. M. E. (2024). Formación de personal médico de pregrado en atención primaria. El caso de la Universidad de la Salud. *Salud Pública De México*, 66(5, sept-oct), 753–758. <https://doi.org/10.21149/15712>
- DELORS, J. (1996). Los cuatro pilares de la educación en La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI, Madrid, España: Santillana/ UNESCO. pp. 91–103.
- FRENK, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: trans-

- forming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958.
- HERNÁNDEZ-SAMPIERI, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- KOLB, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice Hall.
- MARMOT, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS). (2025). Atención primaria de salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud & UNICEF. (2018, 25–26 de octubre). Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- SECRETARÍA de Salud. (2020). Programa Sectorial de Salud 2020–2024. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020
- SECRETARÍA de Salud. (2025, 16 de abril). Servicio social en salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. https://calidad.salud.gob.mx/site/educacion/servicio_social.html
- STARFIELD, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.
- UNIVERSIDAD Autónoma del Estado de Quintana Roo. (2021). Modelo educativo académico. <https://www.uqroo.mx/modeloeducativo/2021/Modelo%20Educativo%20Academico.pdf>

Capítulo 7

Programa Integral Comunitario de Enfermería: experiencia en el contexto de Atención Primaria de la Salud

ISABEL MÉNDEZ DOMÍNGUEZ

EDWIN GUILLERMO MONTERO CANUL

DÉBORA CANTÉ HERNÁNDEZ

Introducción

A lo largo de su evolución histórica, la Atención Primaria de Salud (APS) ha sido reinterpretada y redefinida en múltiples ocasiones. La definición más actual reconoce a la APS como un enfoque centrado en la salud y no únicamente en la enfermedad que involucra a toda la sociedad como sujeto y participante activo. Su finalidad es alcanzar el más alto nivel posible de salud y bienestar, mediante una atención equitativamente distribuida, centrada en las necesidades de las personas, que abarca desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OMS, 2023).

En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de las comunidades, gracias a su formación académica centrada en la visión holística del ser humano, en la cual, la orientación del cuidado basado en las respuestas humanas involucra prioritariamente la promoción de la salud y no solo el tratamiento exclusivo de la enfermedad (Chasillacta & Nuñez, n.d.). Esta perspectiva ha permitido llegar a la realización de diagnósticos comunitarios integrales que incluyen aspectos socioeconómicos, demográficos, productivos y de salud, como parte del proceso de identificación de los principales problemas de salud, dando lugar a la planificación de intervenciones que respondan a las necesidades reales de la población (Chasillacta & Nuñez, n.d.; Stewart et al., 2024).

A pesar de los avances en enfermería, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en su informe de 2024, señala importantes carencias en la

formación de profesionales de enfermería, destacando que gran parte de la educación sigue estando centrada en el ámbito hospitalario, mientras que las comunidades, donde se presentan las mayores necesidades de atención, son poco consideradas como escenarios de aprendizaje y desarrollo de competencias. En este contexto, el CIE subraya la necesidad de posicionar a la enfermería como líder en la Atención Primaria de Salud (APS), dada su amplia experiencia en la coordinación, gestión del cuidado y su potencial transformador como agente clave en los entornos comunitarios (Stewart et al., 2024). En pro de lo anterior, la licenciatura en enfermería de la UQROO adopta una estrategia académica, el Programa Integral Comunitario de Enfermería (PICE), como parte de las actividades de APS, eje transversal de la formación de futuros profesionales de la salud.

Este capítulo tiene, por lo tanto, como propósito compartir de manera breve, la evolución del PICE al ahora PICEC, recuperando aspectos clave, estrategias implementadas y experiencias de los actores involucrados, que puedan servir de base para el diseño e implementación de programas comunitarios para estudiantes de enfermería de otras instituciones de educación superior.

Desarrollo

Antecedentes y origen del programa

A manera de encuadre y para una mejor contextualización, es necesario mencionar que las actividades de APS como parte práctica de diferentes asignaturas de los planes de estudio de las diversas licenciaturas, da inicio en el 2015 a través del Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud (PUAPS), consistente en términos generales, en la incorporación de trabajo comunitario a todos los estudiantes de 2º a 4º semestre. Este programa desde su creación y con la evolución que ha tenido, permite promover desde etapas tempranas, la importancia de acciones de promoción y prevención, orientándolos hacia un enfoque de salud, no sólo de enfermedad.

Los logros y alcances del PUAPS son innegables, sin embargo, en la inquietud profesional y visión crítica del grupo de profesores de enfermería, surge una inquietud, ¿cómo dar continuidad al desarrollo de esta visión de APS en la formación de enfermería? ¿Para acercarnos al empoderamiento de la APS como eje del ejercicio profesional, es suficien-

te incluir actividades comunitarias durante los tres semestres iniciales de la carrera? Como respuesta a estas interrogantes, con la intención de dar continuidad al fortalecimiento del enfoque de APS a lo largo de la carrera, surge la propuesta del Programa Integral de Cuidado al Estudiante y a la Comunidad (PICEC), que, en sus últimas versiones, integra elementos de enfermería de práctica avanzada. Esta iniciativa se orienta a brindar atención integral a familias y comunidades mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Cabe destacar que, si bien el PUAPS y el PICEC no constituyen entidades desvinculadas, sí presentan diferencias sustanciales en cuanto a su metodología de intervención (Fuentes-Fernández et al., 2022), lo que se detallará a continuación.

En el año 2018 surge el Programa Integral Comunitario de Enfermería con el objetivo de dar continuidad al fortalecimiento de las competencias en Atención Primaria a la Salud (APS) en estudiantes de semestres avanzados.

Para su implementación, se elaboró la propuesta del programa que fue validado por la academia de enfermería, posteriormente por las autoridades educativas divisionales, lo que permitió su inclusión en el diseño curricular al actualizar el plan de estudios, en el cual está declarada su metodología, siendo relevantes los siguientes aspectos:

RECURSOS HUMANOS INVOLUCRADOS:

- a) Coordinador del programa. – Asignado a un profesor investigador de carrera quien asume la responsabilidad de organizar, asesorar y dar seguimiento a las etapas de planeación, desarrollo y cierre del programa en cada ciclo académico.
- b) Profesores: todos los titulares que estén impartiendo las asignaturas del semestre en curso. Son los responsables directos de la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades en campo, de los equipos integrados por los estudiantes registrados en sus grupos de clase.
- c) Pasantes de enfermería en servicio social (PESS). – de los que eligen la modalidad de vinculación académica, independientemente de la rotación en la que se encuentren, todos participan en el PICEC, asumiendo el papel de líder de algún equipo de trabajo. Brindan asesoría, seguimiento y acompañan en la realización de las acciones a los estudiantes.

- d) Estudiantes. – principales protagonistas en el programa. Participan estudiantes de enfermería que se encuentran en la fase de ciencias clínicas del PE, abarcando de 5º hasta 8º semestre, considerando asignaturas como Enfermería clínica 1, Enfermería clínica del adulto mayor, Enfermería Clínica en Pediatría, Salud mental y psiquiatría, Clínica del adolescente y Atención de enfermería en gineco-obstetricia.

TIEMPO:

La periodicidad es semestral, ciclos primavera y otoño, excluyendo el verano.

Duración: Todos los lunes, horario de 09:00 a 13:00 hrs., de las 16 semanas consideradas en cada ciclo.

ORGANIZACIÓN:

Para fines de trabajo de campo, se integran equipos con estudiantes del mismo semestre, con un promedio de 3- 4 integrantes

Se trabaja en la misma área geográfica asignada a PUAPS, previamente definida en coordinación con Secretaría de Salud Estatal y autoridades municipales.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN BÁSICAS (FIGURA 1):

- Selección y valoración integral de familias, mediante instrumentos diagnósticos generales como el familiograma y herramientas específicas de enfermería como la valoración con patrones funcionales de Gordon.
- Planeación de intervenciones basadas en las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Acciones que involucran aspectos de promoción, prevención e incluso curativos, de rehabilitación y cuidados paliativos factibles de ser brindados mediante atención domiciliaria.
- Realización de visitas domiciliarias para la ejecución del plan, con sesiones de retroalimentación posteriores en área física de la división.

ASPECTOS PEDAGÓGICOS:

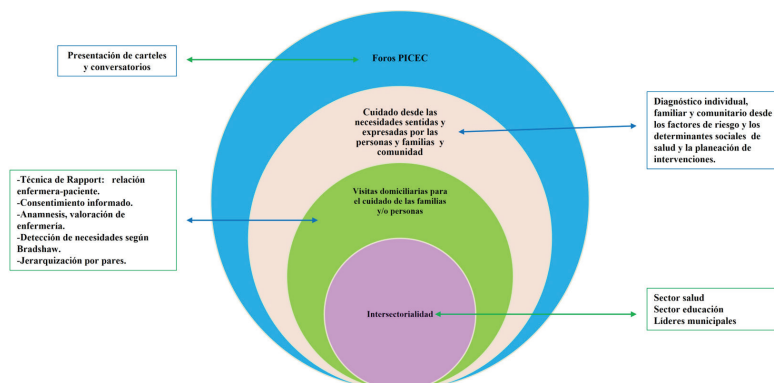
Retomando que el PICEC, es una estrategia académica para el desarrollo de competencias, el proceso de evaluación es muy importante. Los lunes son considerados como días de práctica de APS, por lo que la participa-

ción, cumplimiento de las actividades correspondiente a este programa, tienen una ponderación, lo que se suma a la ponderación obtenida en la rotación hospitalaria y da como resultado la puntuación final de la fase práctica, lo que, al ser promediada con la parte teórica, define la acreditación o no de la asignatura. Vale la pena señalar, que la evaluación formativa, se lleva de manera continua mediante la integración de un portafolio de evidencias electrónico, favoreciendo la reflexión crítica como proceso de mejora. En cuanto a evaluación sumativa, ésta recae de manera predominante en la presentación de resultados por medio de la elaboración de carteles, con la metodología científica de nuestra disciplina y apego a los criterios básicos del método científico. Estos trabajos han permitido generar un producto de difusión científica que se encuentra en proceso de registro.

APLICACIÓN:

Para una mayor claridad de la implementación, se comparte a continuación algunos rubros relevantes y resultados, tomando como punto de partida la figura 1.

Figura 1. Programa PICEC



Fuente: elaboración propia.

- **Intersectorialidad.** – En la etapa inicial, en coordinación con responsable de PUAPS, se realiza acercamiento con autoridades de Secretaría de salud para fines de asignación de área geográfica y la vinculación es continua en trabajo colaborativo para realización de ferias de la salud.

Esto último involucra también vinculación con sector educación, ya que se establece comunicación con autoridades de escuelas de educación media para realizarlas. Finalmente, el enlace con autoridades municipales cubre entre otras cosas, los aspectos de seguridad.

- Elaboración de diagnósticos individuales, familiares o comunitarios. - En este rubro, al ser estudiantes de semestres avanzados, cuidando no solo el enfoque de factores de riesgo sino de determinantes sociales de la salud, los estudiantes recuperan la identificación de necesidades a partir del modelo de análisis de resultados del estado actual (AREA) de Pesut, y aspectos metodológicos de proceso enfermero (PLACE) para lo individual y familiar. El sustento teórico se fortalece con el enfoque del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, constituyéndose en un pilar fundamental del PICEC.
- Cuidado de las personas. - Esto se realiza en dos vertientes, por un lado, *visitas domiciliarias* por equipo, en aquellas personas/familias que no les es posible acudir a las instalaciones de la DCS. Por otro lado, modalidad *Universidad a puertas abiertas*, para los que están en posibilidades, ya que se les invita a acudir al área física de PICEC dentro de las instalaciones de la división. Cabe mencionar que esta área asignada para el programa cuenta un espacio para valoraciones y otro para acciones de promoción y educación para la salud, con mobiliario, equipo de proyección y material de consumo. Dentro de las acciones, por mencionar algunas, valoraciones, aplicación de escalas a adultos mayores, preparación de alimentación saludable, adecuación de actividad física. Para todo lo anterior, se promueve el rapport y se obtiene consentimiento informado.
- Resultados del programa. - La estrategia de cierre para retroalimentación del programa, son los foros PICEC que involucran diferentes actividades a través de los cuales se presentan los principales resultados de cada ciclo. Bajo este contexto, se hace visible el trabajo colaborativo entre las familias, los estudiantes y los docentes de la academia de enfermería (figura 2 y 3), consolidando una experiencia formativa con sentido social y compromiso colectivo (UQROO, 2018, 2019). Estos foros cuentan con la participación de estudiantes, pasantes y docentes, quienes exponen ponencias basadas en las intervenciones realizadas dentro del programa (UQROO, 2022).

Figura 2. Cierre de jornada de proyecto PICE



Fuente: UQROO (2018).

Figura 3. Atención a la comunidad



Fuente: UQROO (2019).

Se presenta una semblanza del PICEC del ciclo académico primavera 2025:

Número total de familias atendidas: 14

Estudiantes participantes: 59

- 5.º semestre: 21 estudiantes
- 6.º semestre: 16 estudiantes
- 7.º semestre: 10 estudiantes
- 8.º semestre: 12 estudiantes

Asesores comunitarios: 4 Pasantes en servicio social: 4

Difusión de la actividad de cierre:

Figura 4. Foro PICEC

"Enfermería y Comunidad en Acción: Construyendo una Salud Integral".

Invita a participar a la comunidad estudiantil y docente de la Licenciatura en Enfermería y público en general al

6to FORO
Programa Integral del Cuidado al Estudiante y la Comunidad
"Enfermería y comunidad en acción: construyendo una salud integral"

12 de mayo de 2025
10:00 hrs.
(Hora de Quintana Roo)

ID de reunión:
ZOOM 843 5180 6831
Código de acceso: **774100**

Objetivo:
Difundir las experiencias obtenidas y resultados del PICEC a los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, y profesores de la Academia de Enfermería para la socialización de resultados de la aplicación del proceso de atención de Enfermería en la comunidad.

Responsabilidad:
Mtro. Rafael Guillermo Montaña Cruz
Ponente: CEC, Logística
edwin.vicente@uqroo.mx

Organización:
Comité Académico Enfermería, Enfermería y Salud
Representantes de Clínicas de Enfermería
Unidad de Clínicas de la Salud
Comité Chetumal Salud
Unidad Académica Zona Sur

Objetivo: Difundir las experiencias obtenidas y resultados de PICEC a los estudiantes de la licenciatura en enfermería, profesores de la academia de enfermería para la socialización de resultados de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la comunidad.

Fuente: UQROO (2025).

Como producto final de estos foros, los resultados de las experiencias estudiantiles son sistematizados y recopilados en un boletín académico (figura 5), el cual actualmente se encuentra en proceso de registro de ISBN. Tiene el propósito de facilitar la difusión hacia la comunidad estudiantil, científica y a la sociedad en general, compartiendo este valioso ejercicio académico comunitario.

Se cuenta en el repositorio como algunas experiencias del programa:

- Fragmentos de testimonios seleccionados: estudiantes, docentes, pasantes.
- Casos relevantes que ejemplifican la transformación en el aprendizaje o en la comunidad.
- Manuscritos reflexivo: qué aprendieron los involucrados y cómo cambió su visión del cuidado. En esta actividad académica de cierre, no solo hace evidente el cumplimiento de los objetivos formativos, sino que también reflejan el alcance de las intervenciones con las familias participantes.

Figura 5. Boletín PICEC

Indice	
Cuidado de las Enfermedades Crónico-degenerativas	
1. Riesgo cardíaco: prevención, factores y cuidados para una salud óptima	1
2. Intervenciones de enfermería para atención de una paciente con diagnóstico de osteoporosis	5
3. Abordaje del insomnio desde el sedentarismo y la alimentación	8
4. Valoración del vínculo entre sueño, sedentarismo y la autogestión de la salud	11
Cuidado de la salud del adulto mayor en la comunidad	
5. Intervenciones de enfermería para la rehabilitación física en pacientes que vive con leonopéjia	14
6. Del desconocimiento al empoderamiento: educación como medicina para la hipertensión y artrosis	19
7. Más allá del azúcar: alimentación saludable y autocuidado en el adulto mayor que vive con diabetes	22
8. Alfabetización y recreación en casa: cuidado integral del adulto mayor	29
Cuidado de la salud de la mujer y el niño en la comunidad	
9. Alimentación consciente: el primer paso hacia una infancia saludable	33
10. Intervención de enfermería: bienestar materno en mujer primígesta	37
Cuidado de la salud del adolescente en la comunidad	
11. Sexualidad informada, libre y segura: intervención educativa en adolescente de 15 años	41
12. Intervenciones de enfermería para promover la salud mental y el bienestar social en una adolescente de 13 años	45
13. A los 16: enfermería que escucha, acompaña y empodera	49
14. Conociendo mi cuerpo, protegiendo mi futuro: cuidados que promueven una adolescencia saludable	53

Vol. 7 No. 1 del periodo primavera 2025

Periodicidad: semestral

Ejes temáticos: Crónico- degenerativo
Salud del adulto mayor
Salud de la mujer y el niño
Salud del adolescente

Fuente: UQROO (2025).

Conclusión

La División de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, específicamente hablan la licenciatura en enfermería, a través del PICEC, deje ver su apego al eje transversal de la formación, la Atención Primaria de Salud (APS). Esta estrategia académica ha permitido una vinculación tal, que los alumnos pueden mediante la práctica comunitaria no sólo darle sentido, sino explicarse lo que en las diversas asignaturas teóricas se aborda.

Además, esta experiencia potencia hablando de competencias, además de los aspectos científicos y técnicos, también lo relacionado a competencias blandas y la formación en investigación. En su conjunto, el PICEC contribuye al empoderamiento del futuro profesional de enfermería en el marco de los principios de la Práctica Avanzada de Enfermería (EPA), al integrar como ya se dijo anteriormente, la dimensión clínica con una perspectiva comunitaria, lo que refuerza su papel como agente transformador en salud. En este contexto, se hizo visible el trabajo colaborativo entre las familias, los estudiantes y los docentes de la academia de enfermería (figura 1y 2), consolidando una experiencia formativa con sentido social y compromiso colectivo(UQROO, 2018, 2019).

El reto de establecer dos vertientes de prácticas en asignaturas tradicionalmente visualizadas como clínicas, es decir, integrar práctica hospitalaria y práctica comunitaria como parte de las asignaturas de semestres avanzados, abrió las posibilidades de promover el enfoque de prevención de manera transversal durante los 4 años de formación profesional, creando nuevas expectativas en el desempeño de los estudiantes durante su servicio social. Con lo anterior nos referimos a que se espera que sustenten su práctica bajo un enfoque más integrador, una mirada en donde la APS en sus diferentes dimensiones, sea la base de su práctica profesional.

Finalmente, bajo esta mirada, se abre también un nicho de oportunidades para plantear proyectos de investigación educativa, que nos permita ir más allá de una evaluación cualitativa, y poder evaluar el impacto del PICEC en la formación de los futuros licenciados en enfermería.

Referencias

- CHASILLACTA, F. B., & Nuñez, F. R. (n.d.). *Rol del personal de enfermería en la atención primaria en salud*. <https://doi.org/10.56294/salud-cyt202282>
- FUENTES-FERNÁNDEZ, E., Cante-Hernández, D., Pacheco-Chan, M. V. de los Á., Canul Chi, R. R., & Enríquez Jiménez, R. H. (2022). Práctica enfermera de atención primaria de salud con familias latinoamericanas. In *Atenção à saúde das famílias latino-americanas: abordagens teóricas e práticas na educação* (pp. 122–139). Editora UFFS. <https://doi.org/10.7476/9786550190569.0010>
- OMS. (2023). *Atención primaria de salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

- STEWART, D., Schober, M., & Howard, C. (2024). *Enfermería y atención primaria de salud*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-09/ICN_PHC-Report-2024_SP_FINAL_1.pdf
- UQROO. (2018). *Nota de prensa: Concluyó en la DCS-UQROO el Proyecto Comunitario de Enfermería Otoño 2018 - Universidad Autónoma Del Estado De Quintana Roo*. <https://saladeprensa.uqroo.mx/noticias/4448-clausura-del-proyecto-comunitario-de-enfermeria-otono-2018-en-la-dcs-uqroo/>
- UQROO. (2019). *Nota de prensa: Inicia DCS UQROO el Programa Comunitario de Enfermería 2019 - Universidad Autónoma Del Estado De Quintana Roo*. <https://saladeprensa.uqroo.mx/noticias/4512-inicia-dcs-uqroo-el-programa-comunitario-de-enfermeria-2019/>

Capítulo 8

Tamizajes de Salud Públicos: una estrategia de detección temprana para enfermedades no transmisibles

MA. TERESA PRATZ ANDRADE

Introducción

Las enfermedades crónicas o no transmisibles (ENT) son aquellas afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, entre las cuales se destacan las enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos respiratorios crónicos y la diabetes, siendo la mayoría de estas, el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales.

A nivel global las ENT ocasionan el 71% de la mortalidad en el mundo (OMS, 2022), en la Región de las Américas fueron responsable del 81% de las muertes, lo cual representa 121 millones de años de vida perdidos por muertes prematuras, 226 millones de años de vida ajustados por discapacidad y 105 millones de años vividos con discapacidad (OPS, 2021).

Durante el año 2023, en México murieron 799 869 personas, de estas el 89.5% fueron a causa de alguna ENT, siendo el 23.6% de estas a causa de enfermedades cardiovasculares y el 13.7% por diabetes tipo 2 (INEGI, 2023). La epidemia de las ENT rebasa ampliamente al de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y su velocidad de propagación es mayor en los países de economía emergente que en los más desarrollados. Se suele considerar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas de edad adulta mayor, pero actualmente casi la mitad de las muertes por estas se producen prematuramente en personas menores a 70 años y una cuarta parte en personas menores a 60 años (INEGI, 2022).

Se han identificado ciertos factores de riesgo de las ENT, entre los que destacan el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol, la mala alimentación, el estrés y los antecedentes heredofamiliares. La incidencia de las enfermedades crónicas aumenta, esto a causa de la

presencia de diversos factores de riesgo, por ello, la importancia de identificar a personas con estos determinantes resulta prioritario, donde a través de tamizajes se detecte de manera pronta una enfermedad, garantizando con ello medidas de prevención y/o manejo.

Se necesita aumentar los porcentajes de tamizaje, incrementar la proporción de enfermos con diagnóstico previo, mejorar el porcentaje de tratamiento médico de estas enfermedades y, sobre todo, aumentar la proporción de enfermos con tratamiento en control metabólico (Rojas et al, 2022).

Enfermería Comunitaria

La enfermería comunitaria es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública, aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos, es continua y no episódica, la responsabilidad con la población es un todo, por lo tanto, la enfermería dirige sus acciones para contribuir en la salud de los individuos, familias o grupos.

La promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utiliza con un enfoque integral de la familia, del grupo y de la comunidad. La actuación de enfermería confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en riesgo y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio.

El ejercicio profesional de enfermería en la atención primaria a la salud conlleva la síntesis de los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas, como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de ésta, mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, a las familias, otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo interdisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud.

Por ello, el objetivo de los tamizajes públicos es realizar detecciones de factores de riesgo de ENT, como son hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, sobrepeso u obesidad y enfermedad vascular periférica, en población guanajuatense.

Tamizaje de Salud Público

Se llevó a cabo un tamizaje público en la ciudad de Guanajuato, donde de manera abierta se realiza la invitación a la población a participar para realizarse diversas pruebas rápidas de detección a enfermedades crónicas, que van desde la medición de presión arterial, peso, talla, composición corporal, toma de glucosa y lípidos, así como, la aplicación de cuestionarios que brinden información sobre el comportamiento de las personas y como sus estilos de vida influyen en su estado de salud.

Información sociodemográfica y de salud de los tamizajes

Se realizaron 372 valoraciones de salud a personas cuyo rango de edad era de 18 a 86 años, con una media de 45 ± 15.7 años, el 71.2 % fueron mujeres y 28.8% hombres, con respecto al estado civil el 48.4% estaba casado y 40.1% soltero, con relación a su nivel académico, 26.1% contaban con preparatoria, el 30.9% tenía estudios universitarios y 24.2% de posgrado. El 88.4% de las personas que participaron en las valoraciones son personal económico activo y el 11.6% son estudiantes.

Con relación a los antecedentes personales de salud, el 26.6% refirieron contar con una enfermedad crónica, de estos el 98% cuentan con tratamiento médico. El 13.7% refiere ser fumadores activos, con una frecuencia de consumo promedio de 5 veces a la semana y una cantidad de consumo promedio de 5 cigarrillos en cada fumada. Sólo el 33.9% realiza una actividad física de intensidad moderada a intensa por un tiempo de 150 minutos a la semana.

De los antecedentes familiares se encontró que el 30.6% cuenta con un familiar que haya fallecido a causa de una enfermedad cardiovascular, de estos el 49.1% fueron padres o hermanos y el 50.9% abuelos o tíos.

Detecciones de enfermedades crónicas

Para la toma de mediciones clínicas se utilizaron estadímetro, glucómetros, baumanómetro, estetoscopios, básculas de impedancia, cintas métricas, y kits de medición de lípidos.

Para la recolección de información se empleó una cédula de datos sociodemográficos, de antecedentes personales de salud y clínicos, que contiene los valores de la toma de presión arterial, glicemia capilar, colesterol,

triglicéridos, HDL, LDL, una evaluación antropométrica y la Escala de Findrisc para valorar el riesgo del desarrollo de diabetes tipo 2.

Cabe mencionar que hubo participantes en el tamizaje que no aceptaron algún tipo de medición por lo que el número (n) de participantes varía en cada resultado.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial se define como las cifras de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Se clasifica en seis categorías dependiendo de las cifras de la presión, siendo el ideal los valores óptimos. Con base a las valoraciones, se encontraron entre el 78 y 80% de cifras de presión sistólica y diastólica, respectivamente, dentro de categorías óptimas y normales (Tabla 1).

No obstante, aunque aproximadamente el 20% de la población tenga presiones fronterizas y elevadas, la presencia de factores de riesgo como sobrepeso y obesidad, sedentarismo, entre otros, hace que consideremos el monitoreo continuo de la población aún sin evidencia de hipertensión arterial, esto debido a ser una enfermedad que no da síntomas, dificultando su diagnóstico de manera precoz antes de causar una complicación.

Tabla 1. Detecciones de Hipertensión Arterial

<i>Categoría</i>	<i>Sistólica</i>		<i>Diastólica</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Optima	205	55.4	175	47.3
Normal	87	23.5	123	33.3
Fronteriza	39	10.5	6	1.6
Hipertensión 1	30	8.1	48	13
Hipertensión 2	6	1.6	14	3.8
Hipertensión 3	3	.8	4	1

Fuente: elaboración propia, n = 370

Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles de glucosa en sangre elevados. El aumento puede ser el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. Los niveles de glucemia en ayuno deben ser entre 80 y ≤ 110 mg/dl, y casual (dos horas después de alimentos) ≤ 140 mg/dl.

En el tamizaje se detectaron una cuarta parte de la población con cifras de glucosa superiores a los rangos normales (Tabla 2), coincidiendo con la prevalencia total de diabetes en México (18.3%) en los últimos años acorde a lo emitido por el Instituto Nacional de Salud Pública. Estos datos colocan en relieve a la diabetes tipo 2 como la enfermedad crónica más común en el país, con un difícil manejo y control, trayendo consigo complicaciones de salud.

Una de las herramientas más eficaces para detectar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, es el Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), cuya prueba es un instrumento sencillo, útil y válido para identificar el riesgo, permitiendo el establecimiento de intervenciones educativas y reforzar conductas de salud. Encontrándose 36.3% de la población evaluada con un riesgo ligeramente elevado lo que significa que existe una probabilidad moderadamente alta de desarrollar diabetes en los próximos 10 años, sin embargo, el 29.4% presentaron un riesgo de significativo a muy alto riesgo de desarrollar la enfermedad (Tabla 3).

Este instrumento nos permite considerar diversos determinantes que pueden propiciar el riesgo de desarrollar diabetes, como son desde los antecedentes familiares y personales de salud hasta los estilos de vida, que van desde la actividad física, la alimentación y el control de comorbilidades como la hipertensión arterial, cuya enfermedad es concomitante a la diabetes.

Tabla 2. Detecciones de Hiperglucemia

<i>Glucosa</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Preprandial		
<70 mg/dl	0	0
70-110 mg/dl	97	84.3
>110 mg/dl	18	15.7
n = 115		
Posprandial		
<140 mg/dl	181	90
>140 mg/dl	20	10
n = 201		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. FINDRISC

<i>Riesgo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bajo	81	22.6
Ligeramente elevado	117	36.3
Moderado	38	14
Alto	25	13.2
Muy alto	6	2.2
No valorados	6	11.8
n = 273		

Fuente: elaboración propia

Sobrepeso u Obesidad

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal, ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, así como algunas neoplasias. El diagnóstico se establece con el índice de masa corporal donde un valor ≥ 25 es sobrepeso y un valor ≥ 30 es obesidad. Dentro de las personas valoradas se encontró que el 64.2% tiene sobrepeso y obesidad, tendencia que predomina en la población mexicana (Tabla 4).

Tabla 4. Detecciones de Sobrepeso y Obesidad

<i>Índice de Masa Corporal</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bajo peso	9	2.5
Normal	119	33.3
Sobrepeso	154	43
Obesidad grado 1	60	16.8
Obesidad grado 2	12	3.3
Obesidad grado 3	4	1.1
n = 358		

Fuente: Elaboración propia.

Índice Cintura – Cadera

El **índice cintura-cadera** es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal, esta medida es complementaria al índice de masa corporal y el exceso de grasa facilita e incrementa la prevalencia de comorbilidades, se ha establecido que los niveles normales para mujeres son de 0.71 a 0.85 cm y para hombres de 0.78 a 0.94 cm.

Entre los participantes varones se encontró poco más del 50% con riesgo y en las mujeres el 66.8%, esto indica un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas asociadas a la grasa abdominal (Tabla 5).

Tabla 5. Índice cintura - Cadera

<i>Categoría</i>	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bajo	3	1.1	0	0
Normal	68	25.7	45	42.1
Riesgo	177	66.8	56	52.3
No medidos	17	6.4	6	5.6
	n =265		n=107	

Fuente: elaboración propia

Dislipidemias

En las últimas décadas las enfermedades cardiovasculares han incrementado la mortalidad en la población mexicana, entre la principal causa para el desarrollo de estas enfermedades se encuentra la aterosclerosis, cuyo proceso multifactorial causa daño en el endotelio de forma crónica.

Las dislipidemias son unos de los principales factores modificables del riesgo cardiovascular, por lo que la presencia de una concentración elevada de lípidos en la sangre indica un riesgo mayor de sufrir un ataque al corazón y cerebral. El perfil lipídico es una prueba para conocer la cantidad de lipoproteínas presentes en la sangre, como dichas pruebas son de alto costo, se realizaron pocas pruebas en el tamizaje.

Se encontró un porcentaje considerable de personas con cifras de riesgo en colesterol (32.6%), LDL (59.7%), triglicéridos (52.6%) y HDL (71.3%); lo que conlleva a una alta probabilidad de que las personas desarrollen aterosclerosis, condicionante para afecciones cardíacas (Tabla 6).

Tabla 6. Detecciones de Dislipidemias

<i>Colesterol</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Menor riesgo	62	67.4	92
Límite elevado	23	25	
Mayor riesgo	7	7.6	
<i>HDL</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Mayor riesgo	52	71.3	73
Menor riesgo	21	28.7	

<i>LDL</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Óptimo	27	40.3	67
Ligeramente elevado	24	35.8	
Moderado	13	19.4	
Elevado	2	3	
Muy elevado	1	1.5	
<i>Triglicéridos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Normal	44	47.3	93
Límite elevado	21	22.6	
Elevado	27	29	
Muy elevado	1	1	

Fuente: elaboración propia

Enfermedad Vascular Periférica

La enfermedad vascular periférica (EVP) es un trastorno de la circulación, lenta y progresiva, que incluye a los vasos sanguíneos fuera del corazón, arterias y venas periféricas. La insuficiencia venosa (IV) es definida como una condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sanguíneo debido a anomalías de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucción o reflujo sanguíneo en las venas.

De las personas valoradas se detectó en el 78.2% algún tipo de insuficiencia venosa, que va desde el grado 1 al 5 (Tabla 7), siendo una proporción poblacional considerable, dado las complicaciones que puede tener, así como lo limitante y discapacitante que puede ser para las personas.

Tabla 7. Detecciones de Insuficiencia Venosa

<i>Clasificación CEAP</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
CO	68	21.8
C1	127	40.7
C2	94	30.1
C3	15	4.8
C4	7	2.2
C5	1	.3
n=312		

Fuente: elaboración propia

Otro dato clínico importante en la valoración periférica es la presencia de reflujo en una vena perforante, como en la poplítea, indicando la disfunción valvular de la vena impidiendo un flujo sanguíneo correcto y provocando dificultad en el retorno venoso al corazón. Encontrándose en más del 50% de las personas valoradas reflujo en venas poplíteas (Tabla

8), trayendo consigo presencia de venas varicosas, hinchazón, dolor e inclusive úlceras venosas.

Tabla 8. Presencia de reflujo en vena poplítea

<i>Vena poplítea</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Derecha	148	51
Izquierda	155	53.4
n=290		

Fuente: elaboración propia

La enfermedad arterial periférica (EAP) es un problema circulatorio frecuente en el que las arterias estrechadas reducen el flujo sanguíneo a las extremidades provocando dolor en la pierna al caminar (claudicación). También es probable que la EAP sea un signo de una acumulación generalizada de depósitos de grasa en las arterias (ateroesclerosis).

La prueba del índice tobillo-brazo es un método rápido y no invasivo para detectar la enfermedad arterial periférica, detectándose en el 20.3% de las personas valoradas un grado de leve a moderado de la enfermedad y en el 3.1% de calcificaciones en las arterias, aumentando con ello el riesgo de enfermedades cardiovasculares como infartos (Tabla 9).

Tabla 9. Detecciones de Enfermedad Arterial Periférica

<i>Categoría</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Calcificaciones	10	3.1
Normal	243	76.6
Leve	58	18.3
Moderado	6	2
n=317		

Fuente: elaboración propia

Implicaciones para Políticas Públicas y la Práctica de Enfermería

En las últimas décadas se ha observado un incremento considerable en las enfermedades crónicas, sobre todo en las cardiovasculares y metabólicas, enfermedades que concurren en una misma persona y en varios integrantes de una misma familia, haciendo más complejo su manejo y control, aunado a las diversas perspectivas de salud que se cuenta en la población mexicana, donde estilos de vida y enfoques sociales son perjudiciales para la salud.

Esta problemática de salud pública no solo inmiscuye a los profesionales de la salud o a los participantes en las políticas públicas, refiere un reto a la sociedad misma, donde se tienen que compartir escenarios de manejo y control, incluye a las familias, quienes conviven con las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica y que, en muchos casos, tienen que afrontar las complicaciones que se derivan de un manejo inadecuado de la enfermedad.

Una estrategia de bajo costo, accesibilidad y reproducibilidad, son los tamizajes, el cual consiste en pruebas o exámenes rápidos a personas asintomáticas para identificar posibles enfermedades, así como factores de riesgo. El objetivo de estas pruebas es detectar de manera temprana alguna condición de enfermedad para permitir establecer intervenciones y mejorar el estado de salud de las personas.

El tamizaje es una herramienta que bien planificada y aplicada puede traer más beneficios, que costos. Es imperante que las instituciones involucradas en el bienestar de las personas, incluyendo el sector industrial y empresarial, educativo, entre otros, y no solo el sector salud, consideren los tamizajes para determinar el estado de salud de las personas que participan en diversos contextos. Introducir los tamizajes en el área laboral podría ser una respuesta a la problemática de la detección de enfermedades silentes como es la hipertensión arterial, la dislipidemia o la enfermedad vascular periférica.

En la actualidad, el primer nivel de atención es un área de oportunidad y desarrollo para la enfermería de práctica avanzada, permitiendo al profesional de enfermería diagnosticar, solicitar e interpretar exámenes, y tratar pacientes de manera más autónoma, mejorando así el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

Conclusiones

La presencia de las enfermedades no transmisibles en la población mexicana es una problemática de salud que atañe a todos los sectores, es por ello, que, dentro de la Universidad de Guanajuato, la detección y control de estas ha sido prioritario.

La presencia de hábitos alimenticios inadecuados ha mermado la salud de la población, donde el sobrepeso y la obesidad conlleva a otras comorbilidades de alta complejidad. Dentro de las valoraciones la principal condición de salud fue el problema de sobrepeso.

La enfermedad vascular periférica es una enfermedad progresiva con alta mortalidad y de gran repercusión socioeconómica, por lo que conocer sus factores predisponentes y detectar precozmente, ayudan a evitar sus estadios más avanzados y mejorar la calidad de vida. Realizar campañas de detección de la enfermedad son acciones esenciales que las instituciones deben emprender para sus trabajadores, mejorando con ello la salud de su recurso humano. Se recomienda continuar con el programa en otros espacios públicos, y canalizar a aquellas que requieran un manejo terapéutico para evitar complicaciones durante la evolución de las enfermedades no transmisibles.

La implementación de estrategias de intervención física dentro de cada espacio laboral permitirá fomentar la actividad física y modificar actitudes sedentarias en la población.

Para aquellos que no muestran datos de la enfermedad vascular periférica implementar acciones preventivas a través del uso de medias de compresión con grado médico y no de las medias de uso comercial que pueden ser contraproducentes.

Referencias

- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR).
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). Estadísticas registradas de defunciones registradas (EDR).
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS). (2022). Monitor de Progreso de Enfermedades No Transmisibles. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). (2021). La carga de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas, 2000-2019. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
- ROJAS-MARTÍNEZ, R., Escamilla-Núñez, C., Castro-Porras, L., Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Romero-Martínez, M., & Aguilar-Salinas, C. (2023). Tamizaje, prevalencia, diagnóstico previo, tratamiento y control de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes en adultos mexicanos. *Ensanut 2022. Salud Pública de México*, 65(6, nov-dic), 685–696. <https://doi.org/10.21149/15060>

Capítulo 9

Solución de problemas de una comunidad, como estrategia educativa a colectivo de cuidadores

LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ
ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

Introducción

El diseño de estrategias para la enseñanza de la salud comunitaria es una inquietud constante en la formación de profesionales de enfermería y durante la pandemia de COVID-19 fue todo un reto. Por tal motivo, en el marco de la actividad académica de salud comunitaria y enfermería, que se imparte en el segundo semestre del Programa de Maestría en Enfermería del Posgrado de la UNAM y donde se aborda la posibilidad de implementar un diagnóstico participativo. Se decidió llevarlo a cabo en un colectivo de cuidadores y evaluarlo a través del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), lo que permitió a los estudiantes “aplicar sus saberes, desarrollar estrategias y proponer una o varias soluciones a un problema” (Pascual, et. al., 2022).

La problemática que abordó el equipo desarrollador, integrado por los estudiantes, autoridades responsables y profesoras, fue en torno a las actividades desempeñadas por un colectivo de cuidadores registrados en la Alcaldía de Tlalpan de la Ciudad de México. Es así como, se inició con la elaboración de un diagnóstico participativo, a fin de identificar necesidades de salud específicas, desde un marco de investigación acción, posteriormente se propusieron alternativas de solución.

El ABP como estrategia de evaluación, es una “alternativa de aprendizaje activo y autónomo centrado en los estudiantes para que aprendan a aprender de manera cooperativa en pequeños grupos” (Espinoza, 2021), su implementación promueve habilidades de comunicación, dialogo y escucha activa y se genera información sobre el problema, de tal forma,

que permita analizar de manera crítica la información obtenida y plantear soluciones ante problemas reales.

El ABP, “brinda al profesor-facilitador un mayor conocimiento sobre las limitaciones, las necesidades y las potencialidades que poseen los alumnos de forma individual, grupal y generacional” (Pascual, et. al., 2022). Por lo tanto, se consideró que la estrategia de evaluación del ABP se ajustaba de forma concurrente con la metodología del diagnóstico participativo. Así mismo, se propuso a los alumnos y al colectivo de referencia participaran en la co-construcción de todo el proceso, particularmente en las acciones o medidas que se tomaron para la atención de la problemática atendida.

Co-construir un diagnóstico participativo hace referencia a “construir un proceso, a partir de relaciones horizontales y de diálogo entre los diversos actores y/o comunidad, además de considerar otras formas de conocimiento que circula en la sociedad” (Concha, et. al, 2022), se enmarca en la metodología de investigación –acción participativa, a través de la cual se pretendió “incentivar la acción para generar cambios internos en la estructura social de la mano de las personas comprometidas con dicha transformación” (Ros-Sánchez y col., 2023), en este caso el colectivo de cuidadores.

De acuerdo con Brasil (2020), el diagnóstico de salud participativo tiene el propósito de escuchar las necesidades sentidas desde la realidad que viven los actores involucrados, a fin de brindarles el acompañamiento necesario y definir las acciones de educación para la salud pertinentes, en el marco de la promoción a la salud señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “elemento clave para fortalecer los sistemas de salud y su capacidad de respuesta a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades” (OPS-OMS, 2022); y reiterado en la 10ª reunión de Promoción de la Salud realizada en Ginebra Suiza con énfasis en la atención centrada en la persona.

En este sentido, la implementación del diagnóstico participativo y como recurso de evaluación el ABP, mostró cierta correspondencia teórico – metodológica, lo que facilitó todo el proceso. En este contexto, el propósito de este capítulo fue describir el proceso de aprendizaje y la aplicación del ABP que siguió un grupo de estudiantes de posgrado en enfermería al implementar un diagnóstico participativo, mediante tecnologías de la información y comunicación, a fin de reconocer las necesidades de salud del colectivo de cuidadores “Huehueyotl”, correspondiente

a la Alcaldía de Tlalpan de la Ciudad de México. Dicho diagnóstico se llevó a cabo en coordinación con los responsables de la Jefe de la Unidad Departamental (JUD) de Atención a la población adulta mayor de la Dirección General de Salud de dicha Alcaldía y con la coordinación de dos profesoras del Programa de Maestría en Enfermería del Posgrado de enfermería de la UNAM.

Desarrollo

La **Investigación Acción Participativa (IAP)**, de enfoque cuali-cuantitativo, es una metodología que “incentiva la acción para generar cambios internos en la estructura social de la mano de las personas comprometidas con dicha transformación” (Ros-Sánchez y col., 2023). Dicha metodología facilitó la colaboración del equipo desarrollador, y permitió retomar las experiencias y necesidades del colectivo de referencia. A los alumnos del posgrado de enfermería permitió obtener una experiencia de práctica de salud comunitaria con aplicación de tecnologías de información y comunicación como elemento transformador de la realidad social en tiempos de post pandemia COVID-19 y afianzar el vínculo entre sociedad y universidad.

Las profesoras facilitadoras propusieron seguir la Guía de Diagnóstico Participativo y Desarrollo de Base (Red América, 2014), que incluye once etapas. La etapa uno comprendió un momento de reflexión sobre la motivación para realizar el diagnóstico. La etapa dos incluyó la conformación del equipo encargado de preparar el proceso del diagnóstico participativo, donde tanto las coordinadoras académicas como las autoridades de la JUD de Atención a la población adulta mayor de la Dirección General de Salud de dicha Alcaldía concertaron reuniones de trabajo para definir quienes conformaban el equipo desarrollador. En este punto se planteó informar previamente al colectivo de cuidadores sobre su posible participación y establecer el consentimiento informado previo al desarrollo del proceso.

La etapa tres, implicó la recolección de información secundaria. La etapa cuatro requirió de la identificación de actores y convocatoria, para este punto se partió de un registro de 100 cuidadores vinculados al desarrollo de otras actividades previas con dicha Alcaldía. Finalmente se logró por medio de una llamada telefónica realizada por estudiantes de posgrado de enfermería, concertar la participación de un total de 45 cui-

dadadores, quienes aceptaron proporcionar su información y participaron en la implementación del diagnóstico y las posibles propuestas de acción.

La etapa cinco incluyó la preparación del comité facilitador del diagnóstico y del equipo técnico que acompañó durante todo el proceso, se llevaron a cabo varias reuniones de trabajo con el equipo desarrollador conformado por alumnas (os) personal de enfermería, autoridades de la Alcaldía y las profesoras del grupo, donde se revisaron algunos elementos teórico-metodológicos, que incluyó la decisión de que los alumnos diseñaran los instrumentos para la obtención de datos sobre las necesidades de salud del colectivo de cuidadores y realizaran una prueba piloto de los mismos.

El instrumento se integró con datos sociodemográficos, conformado de 14 preguntas; estado de salud 20 preguntas, a través de las cuales se valoraron algunas necesidades básicas; 10 preguntas respecto a redes de apoyo social. Así mismo, se adicionó la Escala Zarit y Zarit (Instituto Nacional de Geriátrica, 2023; Tartaglini et. al.), para la valoración de sobrecarga del cuidador, a partir de 22 preguntas con 5 respuestas posibles que van desde nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y a través de la puntuación reportada con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, se establecen los diferentes niveles de sobrecarga.

En la etapa seis se afinaron los instrumentos de obtención de la información. La recolección se organizó a través de seis equipos quienes llevaron a cabo la aplicación a 45 cuidadores que aceptaron participar. La entrevista contenía preguntas abiertas y cerradas, se realizó vía telefónica en el mes de octubre del 2022, tuvo una duración aproximada de 40 minutos; inicialmente se consideró establecer un clima de confianza con el cuidador primario y se le preguntó sobre la disposición del tiempo llevarla a cabo. Así mismo, cuando se creyó oportuno se solicitó la realización de una segunda entrevista vía telefónica.

En la etapa siete se procedió a integrar la base de datos y al procesamiento de la información en el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés, versión 27). En la etapa ocho, toda la información obtenida fue analizada y documentada en tablas, gráficas de frecuencia y porcentaje descritas a continuación:

El 84 por ciento de los cuidadores eran mujeres y el 16 por ciento eran hombres. El estado civil que prevaleció fue soltero 45 por ciento, seguidos de casado 27 por ciento; el 38 por ciento contaban con estudios de secundaria y el 34 por ciento de estudios de educación superior. La ma-

yoría de los cuidadores se dedican a labores del hogar 36 por ciento y 38 por ciento son empleados o bien se dedican a la actividad de comerciante. El 86 por ciento de los cuidadores refirieron ser católicos.

Los resultados sobre nivel de sobrecarga del cuidador reportados en la escala Zarit, un 82 por ciento se mostró sin sobrecarga; un 16 por ciento con sobre carga leve y un 2 por ciento con sobrecarga intensa. Se identificó una relación de intensidad moderada directamente proporcional y estadísticamente significativa entre el puntaje de la escala de Zarit y las horas de cuidado que ejercen los cuidadores primarios (Pearson $r = 0.326$, Sig. < 0.05).

Respecto al estilo de vida de los participantes el 27 por ciento padeció COVID-19 previo al momento de realizar la entrevista, el 16 por ciento manifestó fumar y el 14 por ciento refirió tener problemas para respirar. El 20 por ciento manifestó seguir una dieta especial.

En torno a las horas que dedica al cuidado del adulto mayor el 52 por ciento refirió de 0 a 8 horas, el 30 por ciento informaron entre 9 a 20 horas, y el 18 por ciento hizo mención que dedicaban más de 21 horas.

Con relación a si cuentan con pensión o apoyo económico, el 84 por ciento no y solo el 16 por ciento mencionó tener apoyo. Con respecto a casa propia, el 75 por ciento dijo que sí, el 23 por ciento hizo mención que era rentada y el 2.3 por ciento prestada. Un 39 por ciento reciben pensión bienestar de las personas adultas mayores. Por otro lado, el 48 por ciento mencionó que le gustaría recibir algún tipo de apoyo económico y un 16 por ciento expresó que les gustaría recibir apoyo en aspectos educativos, para mejorar los cuidados que brindan a sus familiares.

Del colectivo de cuidadores entrevistado, el 75 por ciento refirió que no tiene enfermedades crónicas y el resto que si padece alguna enfermedad como; diabetes, hipertensión arterial, diabetes más hipertensión arterial y obesidad entre otras.

Respecto al equilibrio entre actividad y descanso, el 39 por ciento menciona tener problemas de insomnio, el 16 por ciento manifestó sentirse cansado al despertar y un 34 por ciento tener dolor articular al movimiento en el momento de la entrevista.

El diseño de estrategias para la resolución de los problemas detectados, se efectuó con base en el análisis de la caracterización de los cuidadores, donde se destacó que la mayoría de este colectivo se encuentra conformado por mujeres, pertenecientes al grupo de solteras (os), seguidos por casados, con estudios de secundaria, aunque existe un porcentaje importante de cuidadores con educación superior, la mayoría de ellos se dedican

al hogar o bien comparten la actividad de cuidado con el desempeño de un empleo o comercio y practican la religión católica.

Es importante mencionar, que la mayoría no presentaron sobrecarga del cuidador; sin embargo, un porcentaje relevante (18 por ciento), manifestó una sobre carga leve y en mínima proporción sobrecarga intensa. Con respecto a las horas, dedicadas al cuidado, por lo menos la mitad de la población entrevistada dedican entre 0 y 8 horas. y la otra mitad más de 9 horas al cuidado de sus allegados.

Durante la pandemia, una cuarta parte de los cuidadores primarios padecieron COVID-19, manifestaron al momento de la entrevista tener problemas para respirar, cabe destacar como factor contributivo que hicieron referencia a que fuman. Se consideraron los problemas de insomnio, el dolor articular al movimiento, el cansancio y las enfermedades crónicas descritas.

Una vez concluido el análisis durante la etapa nueve, los resultados fueron presentados a una representación del colectivo integrada por 5 cuidadores para su validación en aulas de la unidad de Posgrado de la UNAM, la cual fue presenciada por autoridades de la JUD de Atención a la población adulta mayor de la Dirección General de Salud de la Alcaldía de Tlalpan, alumnas (os) y profesoras, donde se discutieron y establecieron las necesidades prioritarias y las posibles acciones a desarrollar en el marco de la promoción a la salud, la educación para la salud y la atención centrada en el bienestar.

Durante la etapa diez de la Guía de diagnóstico participativo se definieron las problemáticas prioritarias, las cuales se describen a continuación:

- Se identifico que el perfil de cuidadores continúa centralizado en la población femenina, de religión católica, quienes combinan la actividad cuidadora con trabajo como empleadas o comerciantes y en muchos casos cuentan con educación mayor a secundaria e incluso con estudios de nivel superior.
- Se identificó una relación entre la sobre carga del cuidador de acuerdo con el número de horas que ocupan para cuidar.
- Un tercio del colectivo padeció COVID-19, durante la pandemia y manifestaron en el momento en que se realizó la entrevista continuaban con sintomatología relacionada con dificultad para respirar, además de manifestar tabaquismo positivo.

- Una cuarta parte del colectivo de cuidadores entrevistados manifestó tener alguna enfermedad crónica.
- Y casi la mitad refirió tener problemas de insomnio. Y en menor proporción refirieron sentirse cansados al despertar y tener dolor articular al movimiento.
- La mitad del colectivo recibe pensión para el bienestar.
- Una cuarta parte de la población recibe apoyos económicos para el desempeño de su actividad cuidadora por parte de la Alcaldía, sin embargo, cerca de la mitad de los cuidadores entrevistados refirió tener la necesidad de recibir más apoyos sobre todo económicos.
- De igual manera, los cuidadores manifestaron en las entrevistas la necesidad de actividades educativas enfocadas a riesgo de caídas y desarrollo de úlceras por presión que redunden en su actividad cuidadora, como respuesta se diseñaron e impartieron programas educativos vía zoom.
- Se identificó que el colectivo de cuidadores no cuenta con conocimiento sobre las redes de apoyo con las que cuenta la Alcaldía y que requiere ser investigado más afondo.
- Se considero que se requiere un registro actualizado de las personas que requieren capacitación y apoyo por parte de la Alcaldía de Tlalpan para desempeñar la función de cuidador.

El desarrollo de la actividad educativa contó con la aprobación de la Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería del Posgrado de la UNAM, además el consentimiento informado de respetando la autonomía de la persona. De este modo se atendieron los aspectos éticos que garantizaron en todo momento la dignidad y el bienestar de cada participante (Consejo Internacional de Enfermería, 2021), y lo señalado en el artículo 20 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Es fundamental destacar, que esta práctica comunitaria se desarrolló en el marco de un convenio entre la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (FENO-UNAM) y la Alcaldía Tlalpan de la Ciudad de México No. de registro 59166-1197-18-XI-21.

Conclusiones

La implementación del diagnóstico participativo dio cuenta de las necesidades reales de salud del colectivo de cuidadores y de la importancia que tiene en el marco de la promoción de la salud comunitaria de enfermería, generar y ampliar procesos político-pedagógicos enfocados en la solución de problemáticas comunitarias.

Desde la experiencia de aprendizaje de los estudiantes de posgrado, hicieron referencia a lo complejo de llevar a cabo la aplicación del instrumento, debido principalmente a la disponibilidad de tiempo, poco interés e incluso desconfianza del cuidador de otorgar su información e incluso requirió del envío previo de mensajes escritos donde se explicaba el objetivo y relevancia de la información, antes de aceptar la entrevista. Y en contraposición a lo antes mencionado otros cuidadores mostraron su disposición, e interés por aprender a ofrecer un mejor cuidado a su familiar. En este mismo sentido, estudiantes describieron que se pudo apreciar a través de las llamadas telefónicas, cierto nivel de angustia del cuidador, por lo que se implementó la escucha activa.

Finalmente, algunos estudiantes expresaron que no solo aprendieron a realizar un diagnóstico participativo, a través de las etapas propuestas por la red América, sino que durante el proceso se fomentó la interacción activa entre el cuidador y el entrevistador; en ese sentido con las autoridades responsables de la Alcaldía, se facilitó la toma de decisiones, desarrollo de acciones a fin de proporcionar educación para la salud y promover la atención centrada en el bienestar. Aun así, que el grupo de estudiantes de Maestría en Enfermería expresaron que se presentaron ciertas dificultades para tomar acuerdos durante el trabajo colaborativo, también destacaron que el ABP es una estrategia educativa que los llevó a profundizar en la problemática de las personas cuidadoras, enfatizando en la importancia del seguimiento de los resultados de las propuestas instrumentadas.

Referencias

ÁVILA, A. A., Sosa, T. E., Pacheco, P. J., Escobedo, A. M. G., Bautista, E. V., González, G. V., Blanco, C. E. J., Negrete, R. M. I., Deyta, P. A. L., & Gutiérrez, R. L. M. F. (2022). Guía e instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. Secretaría de Salud, Instituto Na-

- cional de Geriátría. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813747/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022_31oct.pdf
- BRASIL, C. C. P., Silva, R. M., Vasconcelos, D. P., & Sousa, I. V. (2020). Estudio reflexivo sobre el diagnóstico participativo como estrategia de investigación comunitaria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190086. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0086>
- CONCHA, M. C., Sánchez, I. G., & Rojas, A. C. (2022). Diagnóstico socioterritorial participativo: Una estrategia que articula las necesidades de la sociedad con la formación universitaria. *Formación Universitaria*, 15(6), 49–58. <https://www.scielo.cl/pdf/formuniv/v15n6/0718-5006-formuniv-15-06-49.pdf>
- CONSEJO Internacional de Enfermería. (2021). Código de ética del CIE para las enfermeras. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
- CORPORACIÓN Red América. (2014). Guía de diagnósticos participativos y desarrollo de base. Colombia. <http://municipal.cegesti.org>
- ESPINOZA, F. E. E. (2021). El aprendizaje basado en problemas, un reto a la enseñanza superior. *Conrado*, 17(80), 295–303. Epub 2 de junio de 2021. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000300295&lng=es&tlng=pt
- IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics (Versión 27.0) [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2022). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019–2030. Washington, D.C.: OPS-OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-promocion-salud-contexto-objetivos-desarrollo-sostenible>
- PASCUAL, V. A. I., Trejo, R. C., Ortega, S. E., & Martínez, G. A. (2022). Capítulo 29. Solución de problemas. En Mendiola, S. M., & González, M. A. (Eds.), *Evaluación y aprendizajes en educación universitaria: Estrategias e instrumentos* (pp. 1–20). Ciudad de México: UNAM. <https://cuaed.unam.mx/publicaciones/libro-evaluacion/pdf/ELibro-Evaluacion-y-Aprendizaje-en-Educacion-Universitaria-ISBN-9786073060714.pdf>
- ROS-SÁNCHEZ, T., Abad-Corpa, E., López-Benavente, Y., & Lidón-Cerezuela, M. B. (2023). [Título del artículo no proporcionado]. *Enfermería Clínica*, 33(2), 141–148.
- SECRETARÍA de Salud. (2014, 2 de abril). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial

de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

TARTAGLINI, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., Núñez, M. L., & Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: Análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27–35. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-escala-sobrecarga-del-cuidador-zarit-S1853002819300862>

Capítulo 10

Caja detectora de manos sucias: estrategia de gamificación para promover el lavado de manos en escolares

DIDIER FRANCISCO AKÉ CANUL

MARÍA DEL SAGRARIO VARGAS ESPADAS

ARELY BEATRIZ PUERTO AMAYA

Introducción

El lavado de manos (LM), es un procedimiento esencial para prevenir numerosas enfermedades, requiere de pocos recursos, poco tiempo para realizarlo correctamente y los beneficios que aporta son ampliamente conocidos. Durante la pandemia por COVID-19, a nivel mundial se evidenció la relevancia e importancia del LM, sin embargo, no debería ocurrir otra emergencia sanitaria para que las personas adopten y retomen este hábito.

Las estadísticas sobre el hábito de LM en entornos escolares revelan un panorama preocupante, a pesar de ser una práctica esencial para prevenir enfermedades; según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2021), solo el 31% de las escuelas primarias en países de ingresos bajos y medios tienen instalaciones adecuadas para el lavado de manos con agua y jabón. En lo que respecta a Latinoamérica, Gómez-Ríos et al. (2024) reportaron que el 63% de los estudiantes de escuelas primarias en áreas urbanas no se lavaban las manos en momentos clave del día escolar.

La evidencia disponible resalta ciertos factores que influyen en las estadísticas sobre el hábito del LM; por ejemplo, en la investigación de Thompson et al. (2023) identificaron que la falta de tiempo (38%), la ausencia de recordatorios (41%) y la falta de supervisión (56%) son los principales factores para la falta de cumplimiento. Por su parte, Kumar et al. (2022), encontraron que las escuelas donde se implementan programas educativos específicos sobre LM aumentan hasta un 45% la práctica correcta.

Lo anterior visibiliza que lavarse las manos correctamente con agua y jabón tiene un impacto positivo en la salud. Los estudios de Wilson, Wright y Barrón (2023) demuestran que las escuelas con bajas tasas de LM (menos del 30% de cumplimiento) experimentan un 42% más de ausencias por enfermedades infecciosas versus aquellas escuelas con altas tasas (más del 70%). Aunado a lo anterior, un estudio longitudinal realizado por Ramírez, González y López (2022) reportó que al mejorar las tasas de LM en un 40% se reducen las infecciones respiratorias agudas en un 25% y las gastrointestinales en un 32%.

Los beneficios del LM son destacables y positivos; sin embargo, enseñar a los escolares la técnica correcta y seleccionar las estrategias más adecuadas representan un reto para la salud pública. Estudios recientes demuestran que las técnicas tradicionales de enseñanza no siempre son las más efectivas, especialmente cuando se trata de impactar en los escolares. Entre los retos actuales destacan: inequidad en el acceso a recursos educativos de salud de calidad, diferencias en determinantes sociales que afectan la receptividad a mensajes de salud, barreras culturales y lingüísticas en materiales educativos, crear contenidos apropiados para cada edad y etapa cognitiva, entre otros. Lo anterior evidencia que la educación para la salud infantil efectiva requiere enfoques adaptables, culturalmente sensibles e integrales que respondan a estos desafíos, involucrando a los propios escolares, los entornos familiares y comunitarios (Lee, Martínez-Andrade, y Salinas, 2022).

Ante el reto de capacitar escolares sobre la técnica correcta del LM con agua y jabón, la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), a través del Cuerpo Académico “Salud Colectiva” desarrolló una estrategia denominada “Misión manos limpias”, la cual tiene como objetivo promover el hábito del lavado correcto de manos en niños de escuelas de educación primaria. De 2018 a 2024, el proyecto capacitó a más de 3000 personas entre escolares, adolescentes, personal y profesores de educación básica, tanto en la ciudad de Mérida como en los municipios de Maní, Chapap, Tixcacaltuyub (perteneciente al municipio de Yaxcabá), Molas y Santa Gertrudis Copó, éstas dos últimas comisarías de Mérida.

En un principio el proyecto se concentró en capacitar sobre el correcto lavado de manos en aquellas instituciones que lo solicitaran. En 2021, se trabajó en el diseño de un instrumento que fuera más allá de medir los conocimientos sobre el LM adquiridos por los escolares; es decir, se

enfocó en el compromiso, un mejor predictor de la conducta (Aké-Canul et al. 2022). Ese mismo año, se diseñó una intervención de cambio de conducta sustentada en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. El modelo considera que, mediante la atención de las características, experiencias individuales, cogniciones y afectos relativos al lavado de manos se obtiene una conducta promotora de salud, misma que facilita la capacidad de autonomía y autogestión de los escolares con el hábito.

La intervención se enfocó en los escolares y se organizó en cinco fases: 1) Diagnóstico de salud para explorar las enfermedades más comunes en los niños y niñas y cómo prevenirlas; 2) Evaluación pre intervención; 3) Intervención multicomponente: sesiones educativas, experimentos, demostración del correcto lavado de manos con agua y jabón, cuentos, caja detectora de manos sucias, reforzadores para incentivar la práctica: ayudas visuales, juegos adaptados, caminos de pies, pines con personajes, chácara adaptada, carteles, banderines, concurso de carteles que invitan a cuidar el agua, murales, lavabos portátiles y despachadores de papel para secarse las manos; 4) Evaluación post intervención y 5) Devolución de resultados a la comunidad. Cabe destacar que el proyecto cuenta con aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UADY, así como los consentimientos por parte de los tutores de los escolares y los asentimientos de participación voluntaria de los escolares.

Desarrollo

La fase tres del proyecto de intervención es la que se abordará en este capítulo, específicamente “la caja detectora de manos sucias”, un prototipo innovador que funciona como una herramienta educativa y preventiva para enseñar la teoría del germen de manera visual y tangible. La caja detectora de manos sucias fue creada por profesionales de Enfermería y Salud Pública, se trata de un simulador que permite visualizar lo invisible, creando experiencias de aprendizaje significativas sobre higiene combinado con elementos de gamificación.

La gamificación se define como el uso de elementos, mecánicas y técnicas de diseño propias de los juegos en contextos no lúdicos, con el objetivo de aumentar la motivación, el compromiso y modificar comportamientos en los usuarios. No implica necesariamente crear un juego completo, sino incorporar elementos característicos de estos, como insig-

nias, niveles, persuasión o narrativas, en procesos cotidianos, educativos o laborales (Deterding, Dixon, Khaled, y Nacke, 2011).

La investigación sobre gamificación como herramienta educativa y de cambio conductual en escolares ha crecido significativamente en los últimos años. Como ejemplo se puede mencionar a Wilson y Chu (2023) quienes implementaron un sistema gamificado de lavado de manos en centros de atención primaria, registrando una reducción del 35% en infecciones respiratorias agudas estacionales. Por su parte, Fajri et al. (2020) utilizó una aplicación móvil gamificada para enseñar sobre higiene de manos a niños de 5-8 años, mostrando mejoras significativas tanto en conocimiento como en la técnica correcta de LM.

En la Atención Primaria de la Salud Infantil, la gamificación representa una herramienta valiosa que transforma intervenciones tradicionales en experiencias atractivas y efectivas para promover comportamientos saludables y mejorar la adherencia a tratamientos en contextos sanitarios.

La caja detectora de manos sucias se emplea para enseñar a los escolares la teoría del germen, un tema fundamental en la educación sanitaria temprana, con beneficios que trascienden la comprensión científica y se extienden a la formación de hábitos saludables duraderos. Entre los beneficios de enseñar la teoría del germen en edades tempranas resaltan: los niños que comprenden el concepto de microorganismos como agentes causantes de enfermedades tienen un 67% más de probabilidades de adoptar prácticas de higiene preventivas voluntariamente (Keenan et al. 2022). Los niños que comprendieron la teoría del germen a los 7-8 años muestran mayor independencia en prácticas higiénicas a los 10-11 años (Patel et al. 2024). Las escuelas que implementan programas estructurados sobre la teoría del germen reportaron un 38% menos de ausencias por enfermedades infecciosas comunes (Ramírez-Vélez, Correa-Bautista y Sanders-Thorn, 2022). Aunado a que, un análisis de costo-efectividad de Takahashi y Williams (2023) estimó que, por cada dólar invertido en educación sobre teoría del germen en edades tempranas, se ahorran \$7.80 en costos sanitarios posteriores.

Lo anterior evidencia que, al enseñar la teoría del germen los escolares pueden comprender conceptos complejos como transmisión de microorganismos, colonización y función inmunitaria básica, más aún cuando la educación se apoya de un prototipo que emplea la gamificación. A continuación, se describe las principales características de la caja detectora de manos sucias y su evolución:

La caja detectora tiene como objetivo generar conocimiento y conciencia en niñas y niños sobre el estado real de sus manos mediante la simulación visual que revela la presencia de gérmenes, aunque a simple vista las manos parezcan limpias. Para lograr este efecto se utiliza un líquido revelador de gérmenes no tóxico, compuesto por aceite de grado USP (lanolina, utilizado como hidratante para la piel), alcohol, trietanolamina, resina copolímero y estabilizantes autorizados, que, al aplicarse en pequeñas cantidades sobre las manos, actúa como simulador de gérmenes visibles con la ayuda de una lámpara de luz ultravioleta. El líquido simulador no deja residuos en la piel y se retira fácilmente al lavarse las manos con agua y jabón.

La primera versión de la caja detectora de manos sucias se creó en el 2018, era una caja de madera sólida que medía 35 cm de largo, 25 cm de ancho y 20 cm de alto. El diseño de la caja era la cabeza de un monstruo de color azul, con manchas púrpuras, dientes, ojos y cuernos. Esta versión se utilizó en los primeros años del proyecto y tuvo buena aceptación por parte de los escolares, la mayoría demostraba y expresaba curiosidad por el diseño de la caja y lo que podían encontrar y observar al interior.

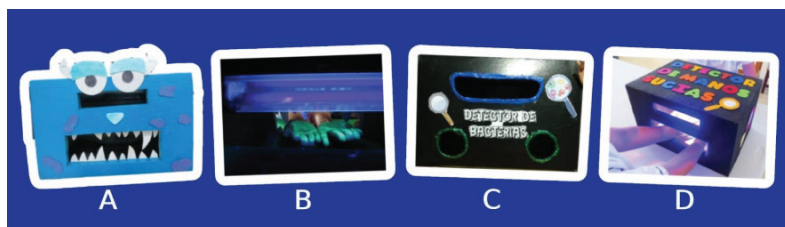
Durante la pandemia por Covid-19 se pensó en mejorar la primera versión de la caja detectora de manos sucias, específicamente aumentar sus dimensiones, crear una versión que promueva la curiosidad y dar más soporte a la lámpara ultravioleta colocada en su interior. La nueva versión de la caja también es de madera sólida, las dimensiones son de 40 cm de largo, 30 cm de ancho y 24 cm de alto, toda la caja esta forrada de goma EVA o fomi, un material termoplástico, esponjoso y poroso empleado en manualidades y decoraciones; la caja es de color negro brillante con el nombre rotulado en colores brillantes, en los costados la caja tiene los dibujos de unos personajes creados exprofeso para el proyecto: Mandy la mano, Paco el jabón y Marina la gota.

En las sesiones donde se emplea la caja, a los escolares se les aplica una pequeña cantidad de líquido revelador y se les invita a distribuirlo por todas las partes de sus manos, posteriormente se les pide que introduzcan las manos en la caja detectora y luego observar sus manos por uno de los orificios de la caja. La caja tiene tres orificios, uno donde el escolar introduce las manos, otro donde el escolar puede observar sus manos, estás dos primeras en la parte anterior, y un tercer orificio en la parte posterior donde otros niños pueden observar lo que ocurre con las manos del compañero que participa en la simulación. Durante las sesiones a los

niños se les pregunta qué es lo que observan, muchos comentaron que veían manchas o bacterias y que las manos se encontraban sucias, aunque aparentemente se ven limpias, lo cual les causa mucho asombro. Ante las respuestas de los escolares, el personal de enfermería aprovecha para recalcar que muchas veces a simple vista las manos parecen estar limpias; sin embargo, existen virus y bacterias que son microscópicos, por lo que es importante lavar enérgicamente las manos, usar agua y jabón y tallar todas las partes de las manos para eliminar a las bacterias; se enfatiza en aquellas partes en las que no siempre se presta atención en el lavado de manos, por ejemplo: los nudillos y las uñas.

En la figura 1, se observa lo siguiente: a) Primera versión de la caja detectora de manos sucias; b) Simulador de bacterias, es decir; la fluorescencia de las manos después de usar el líquido revelador e introducir las manos en la caja que tiene una lámpara de luz ultravioleta; c) Prototipo en miniatura de la última versión de la caja detectora de manos sucias; y d) Última versión de la caja detectora de manos sucias.

Figura 1. Características de la caja detectora de manos sucias



Fuente: elaboración propia

Conclusiones

La promoción del lavado de manos es una intervención fundamental en enfermería, y la gamificación ofrece un enfoque innovador para mejorar esta práctica esencial. El papel de enfermería en la promoción del lavado de manos incluye: Educar a personas, familias, grupos, comunidades y otros profesionales sanitarios sobre la técnica correcta del lavado de manos, servir como modelo para otros profesionales de la salud, implementar y supervisar protocolos de higiene de manos, así como reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

La gamificación es una herramienta valiosa en Atención Primaria de Salud Infantil, su aplicación en la caja detectora de manos sucias permite experiencias atractivas y efectivas entre los escolares. Asimismo, la caja detectora promueve comportamientos saludables y contribuye a la adherencia del hábito del lavado de manos con agua y jabón.

Entre los beneficios observables de utilizar la caja detectora destacan dos principalmente: a) aumento en la frecuencia y calidad del lavado de manos y b) la rutina del lavado de manos se transforma en un momento agradable y divertido.

Aunado a los beneficios, es importante rescatar que los niños se ven más motivados para lavarse las manos, aumentaron los conocimientos sobre microorganismos y formas de transmisión, expresan un mayor compromiso con el lavado de manos, y compiten positivamente hasta lograr un lavado de manos con calidad.

Las cajas detectoras han demostrado eficacia en diversos contextos: En entornos escolares, Ramírez, López y Hernández (2023) documentaron que la implementación de simuladores UV redujo en un 38% las infecciones gastrointestinales en escuelas primarias durante un período de seguimiento de seis meses. Por su parte Rodríguez-Sánchez, Mora-González y López (2024) combinaron cajas detectoras con programas gamificados, logrando un impacto sostenido en hábitos de higiene por hasta 8 meses después de la intervención. Lo anterior evidencia que las cajas detectoras son una excelente opción en los escolares, su efectividad aumenta cuando se combina con otros recursos o técnicas.

Con respecto al líquido revelador y la lámpara UV que se utiliza en la caja detectora de manos sucias es preciso señalar que ambos son inocuos para la salud. Ninguno de los infantes refirió molestias o sensibilidad durante o posterior a su uso; si bien, existen estudios sobre que la exposición a la luz ultravioleta (UV) puede ser perjudicial para la salud humana; sin embargo, estos riesgos dependen del tipo de radiación, intensidad, duración y contexto de exposición. En el caso de la caja detectora de manos sucias -un dispositivo UV que se utiliza en contextos educativos- no representa un riesgo para la salud. Lo anterior concuerda con un estudio de seguridad realizado por Rodríguez-Sánchez, Mora-González y López (2023) quienes concluyeron que los simuladores UV para higiene de manos, cuando se usan bajo protocolos recomendados -exposiciones breves, supervisadas y sin contacto directo prolongado-, no presentan riesgos significativos para niños o educadores. La caja detectora de manos sucias

ha sido un acierto como estrategia de gamificación para la intervención del personal de enfermería con escolares. El reto está en continuar innovando en las estrategias educativas para promocionar la salud, cerciorarse de que la población comprenda y utilice la información y los mensajes de salud que se les ofrecen (Bonal, 2020).

Referencias

- AKÉ Canul, D., Morales Rojas, M., Méndez Noh, W., Cohuo Cob, S. y Vargas, E. (2022). Diseño y validación de un instrumento para medir compromiso con el lavado de manos en menores de edad. *Revista Cubana de Enfermería*, 38 (4). <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n4/1561-2961-enf-38-04-e5515.pdf>
- BONAL Ruiz, R. (2020). La Promoción de Salud en varios escenarios de actuación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45, e1621.
- DETERDING, S., Dixon, D., Khaled, R. & Nacke, L. (2011). From game design elements to gamefulness: Defining “gamification”. *Proceedings of the 15th International Academic MindTrek Conference*, 9-15. <https://doi.org/10.1145/2181037.2181040>
- FAJRI, C., Syaqui, K. & Mahardhika, G. (2020). Developing MR-based Learning Media on Handwashing Topic for Elementary School Students. *Journal of Education Technology*, 4 (2), 192-202.
- GÓMEZ-RÍOS, P., Sánchez-Torres, L. & Vázquez-Medina, J. (2024). Hand hygiene practices among primary school students in urban Latin American settings. *Pan American Journal of Public Health*, 48, e12.
- KEENAN, A., Thompson, R. & Miller, S. (2022). Understanding germ theory: Impact on preventive behaviors in elementary school children. *Journal of Health Education Research*, 37(3), 243-256.
- KUMAR, S., Singh, J. & Patel, R. (2022). Effectiveness of school-based hand hygiene education programs: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 22, 1247.
- LEE, J., Martínez-Andrade, G. & Salinas, A. (2022). From health education to wellbeing promotion: Paradigm shifts in school-based interventions. *International Journal of Health Promotion and Education*, 60 (5), 329-341.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS) & UNICEF. (2021). Progress on drinking water, sanitation and hygiene in schools: Special focus on COVID-19. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme.

- PATEL, H., Goodman, L. & Watkins, D. (2024). Longitudinal study on early germ theory education and hygiene autonomy development. *Child Development*, 95(1), 182-194.
- RAMÍREZ, C., López, A. & Hernández, E. (2023). School-based UV detection interventions and gastrointestinal infection rates: A six-month follow-up study. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 42 (3), 231-240.
- RAMÍREZ, E., González-Suárez, M. & López-García, P. (2022). Two-year follow-up study on handwashing intervention and infectious disease reduction in public schools. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 63 (2), E1-E9.
- RAMÍREZ-VÉLEZ, R., Correa-Bautista, J. & Sanders-Thorn, A. (2022). School-based germ theory education programs and infectious disease burden: A cluster-randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 154, 106896.
- RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, C., Mora-González, J. & López, I. (2023). Risk assessment of ultraviolet demonstration tools in educational settings: Guidelines for safe implementation. *Journal of Health Education Research*, 38 (2), 145-156.
- RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, C., Mora-González, J. & López, I. (2024). Combined approach of gamification and contamination visualization for sustainable hand hygiene habits in children. *BMC Public Health*, 24 (1), 356.
- TAKAHASHI, Y. & Williams, R. (2023). Cost-effectiveness analysis of early germ theory education: A public health perspective. *Health Economics Review*, 13 (1), 18.
- THOMPSON, H., Parker, E. & Smith, J. (2023). Barriers to proper hand hygiene practices among elementary school students: An observational analysis. *Journal of School Health*, 93 (1), 67-78.
- WILSON, A. D., Wright, K. & Barron, T. (2023). Association between handwashing compliance and infectious disease absences in elementary schools. *Pediatrics*, 151 (3), e2022057428.
- WILSON, K. & Chu, W. (2023). Gamified handwashing interventions in primary care settings: Impact on respiratory infection rates. *American Journal of Infection Control*, 51 (3), 256-265.

Capítulo 11

Proceso de Atención de Enfermería

Comunitario: estrategia para mejorar la prevención de accidentes en las escuelas

SHEILA MARIELA COHUO COB

MARCO ESTEBAN MORALES ROJAS

MARICELA BALAM GÓMEZ

Introducción

La infancia es un grupo poblacional al que la enfermería debe centrar los esfuerzos en su cuidado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “constituye la base del desarrollo humano y debe ser un aspecto clave para determinar el grado de éxito de las sociedades”. Para crear infancias saludables se requiere considerar la capacidad de autonomía y respetar su individualidad y capacidad de decisión (Cardaba Garcia, y otros, 2021).

La escuela es el espacio donde los niños pasan una gran parte de su tiempo y en donde se llegan a realizar más actividades (como juegos o deportes), que pueden implicar un riesgo para los menores. La prevención de accidentes en el centro escolar implica la asunción de su papel como promotor de salud; por ello, su tarea debe ser la de poner en marcha todas las medidas de protección posibles para lograr un entorno seguro. En México, la escuela ocupa la cuarta posición en relación al lugar con mayor frecuencia de accidentes, con un 6.7% en hombres y 5% en mujeres (Hidalgo Solórzano, Pérez Núñez , R Mojarro, Vera López, & Hajar, 2020).

La prevención centra su atención en los riesgos que afectan la salud física y emocional de las personas; la seguridad del inmueble, y las posibilidades de cumplir con los propósitos educativos. Tiene una dimensión formativa porque, para prevenir, se requiere autoconocimiento, analizar el entorno, fomentar el autocuidado y el cuidado del otro, además de promover estilos de vida saludables (Avila Camargo, 2020).

En ese sentido, el Proceso de Atención de Enfermería (en adelante PAE), es la herramienta principal de los profesionales de enfermería para brindar el cuidado, ya que es el método científico que permite ofrecer cuidados de una forma estructurada y sistemática, proporcionar un cuidado individualizado y holístico. Además, este proceso ayuda a los enfermeros a establecer objetivos y planes de cuidado claros y efectivos, lo que mejora significativamente la calidad de la atención que brinda (Mendoza Armenta, Lopez Trujillo, & Medina Osuna, 2024).

En el cuidado con enfoque comunitario, se debe considerar a la comunidad como protagonista e implicarla en el proceso de su propio cuidado de la salud y la de sus miembros, así como en la toma de decisiones sobre los problemas que la afectan, y partir de los recursos con los que cuenta para las intervenciones de enfermería. El cuidado enfermero en la comunidad es un modelo que responde a las necesidades sentidas de la población e integra el cuidado de los individuos, familias y la propia comunidad, en el contexto de sus interrelaciones. (Dandicourt Thomas, 2018). Por lo tanto, el diagnóstico comunitario debe ser el proceso por el cual se identifiquen las principales problemáticas y factores que pongan en riesgo la salud de la comunidad.

Por todo lo antes mencionado, se eligió poner en marcha el proyecto “Prevención de caídas en la escuela” con el propósito de comprender el estado de salud en relación a los accidentes en una escuela primaria pública a través de expresiones gráficas, actitudes, testimonios para realizar intervenciones de enfermería que aseguren la integridad física de los escolares y fomentar el mantener el cuidado en la comunidad estudiantil.

Desarrollo

Este Proceso de Atención de Enfermería tiene como escenario de aplicación la comunidad escolar de una primaria pública multigrado al poniente de la ciudad de Mérida, donde participaron estudiantes del primer hasta el sexto grado. La población tiene aproximadamente una edad que oscila entre los 5 a 12 años, cada grupo tiene una docente responsable.

El equipo manual y administrativo está conformado por: 4 profesores, 1 maestra de inglés, y 1 directora para toda la escuela, así como 1 persona encargada de la limpieza y 1 persona encargada de la cafetería. La primaria cuenta con un total de 7 salones de clase, de los cuales, solo 5 se encuentran en uso, 4 salones se usan para impartición de las

clases declaradas en el plan de estudios y un salón de inglés, las otras dos aulas se encuentran desocupadas; Asimismo, la escuela tiene dos baños para alumnos y dos para el personal, también se cuenta con cafetería, un escenario, una sala de reuniones, una bodega y la dirección.

Para el acceso a las instalaciones de la primaria, se realizó una gestión de autorización con las autoridades educativas para realizar el PAE comunitario “Prevención de accidentes en la escuela” en todos los salones, ya que en cada uno de estos grupos ha ocurrido un accidente, desde una cortada hasta una fractura. Para la fase de valoración se asistió a la primaria en dos ocasiones, se utilizó la cartografía social y el sociodrama para indagar sobre los accidentes con mayor incidencia.

Fase de valoración

En la primera visita se realizaron cartografías sociales donde se identificó que los estudiantes de la escuela primaria se encuentran en toda la disposición de ser partícipes del PAE, al platicar sobre los accidentes que han ocurrido en la escuela (figura 1). De acuerdo con los resultados obtenidos con las cartografías, los alumnos de primer y segundo grado (aproximadamente entre 20 a 25 alumnos) proporcionaron información referente a las áreas donde ha ocurrido un accidente, o en su caso, han presenciado algún tipo.

Figura 1. Elaboración de cartografías sociales



Entre las razones que expresaban en los dibujos y de manera verbal del ¿por qué ocurrían estos accidentes?, comentaron que es debido a los juegos y actividades que practican durante su descanso o cuando se encuen-

tran en clases de educación física, así como también se hizo mención de que los baños siempre suelen encontrarse resbalosos.

En atención a la ocurrencia de los accidentes mencionados, los y las estudiantes acuden con la profesora, y ésta misma localiza a los padres en caso de que sea una caída grave o en caso de que el accidentado se haya lesionado demasiado, por otro lado, cuando los accidentes suelen no ser tan graves o leves, los estudiantes suelen solo ayudar a sus compañeros a ponerse de pie, para continuar con su juego o en dado caso, hablar a la maestra, que tiene su propio alcohol y algodón en caso de que exista una herida no muy grave.

De igual manera, la profesora expresa que los salones no cuentan con un botiquín de primeros auxilios, que sólo existe uno que está bajo el resguardo de la directora, desconoce si está completo y está muy antiguo. Sin embargo, menciona que cuando ocurren accidentes, donde los niños tienen raspones o lesiones que no son de gravedad, cuenta con alcohol y algodón que lleva por cuenta propia y proporciona la curación de la herida con dicho material; en caso de ser un accidente grave donde haya lesiones más profundas, torceduras o incluso fracturas, de manera inmediata, se les llama a los padres de familia para que vayan por el/la niño o niña y se les brinde la atención y el seguimiento pertinente, lo cual coincide con las respuestas de los estudiantes.

La cartografía social evidenció a través de la técnica de dibujo, los lugares donde se han suscitado diferentes accidentes, entre los que destacaron (Tabla 1):

- *el escenario* donde se realizan festividades, tiene la altura de un metro y donde los niños durante el recreo tienen acceso para jugar;
- *el baño*, espacio que refieren que cuando el piso está mojado, se resbalan y se caen;
- *el salón de clases* se reconoce por la mayoría de los grados, debido a que es este espacio donde se concentran los estudiantes la mayor parte del tiempo y que por juego o actividades académicas que requieren movilización, se corre el riesgo de algún accidente.
- *las escaleras* que conducen a la salida y entrada a la escuela primaria, debido a su pronunciada inclinación, combinado a que se encuentran desgastadas las losas, por lo que se vuelven resbalosas.
- *la plaza cívica*, donde el cemento que lo recubre, se encuentra agrietado y se corre el riesgo de caer en alguna grieta.

Tabla 1. Lugares donde se han reportado accidentes en la primaria.

Lugares	Grado escolar			
	1º y 2º	3º y 4º	5º	6º
Escenario	2	3	1	6
Baños	2	2	1	--
Salón de clases	3	--	1	3
Plaza cívica	3	4	--	4
Escaleras	--	2	--	2

Fuente: Elaboración propia.

Para la segunda visita, se realizó la interpretación de un sociodrama, con el planteamiento hipotético (derivado de los resultados de la cartografía) de la caída de un estudiante que se encontraba jugando con sus amigos un juego peligroso en el escenario (figura 2). Los estudiantes de primero y segundo fueron muy participativos al momento en el que se realizó el sociodrama, resultaron muy sorprendidos y un poco temerosos al ver la caída del estudiante y lo que pasó después con él/ella; la mayoría de los estudiantes reconocieron que las acciones que se estaban realizando eran peligrosas para ellos, ya que se podrían caer, lastimar, herir. De igual manera, compartieron experiencias en las que ellos mismos o algún compañero se han lastimado por estar realizando actividades que los ponen en riesgo de accidentes. Al finalizar la presentación del sociodrama, se les realizó una serie de preguntas, en las que concluyeron procurar ser más cuidadosos al jugar.

Figura 2. Presentación de sociodrama



Los estudiantes de tercero y cuarto grado, compartieron experiencias en donde se han lastimado al momento de jugar de manera brusca, en los diferentes lugares de riesgo alrededor de la escuela. La mayoría resultó estar muy sorprendido y asombrado de lo que ocurrió en el sociodrama. Los escolares de quinto grado tenían más noción acerca de no realizar actividades de riesgo en la escuela, pues tienen una compañera que se fracturó al caerse del escenario. Por lo que ellos se comprometieron a no realizar juegos o actividades donde puedan resultar heridos. En relación a los estudiantes del sexto grado no se sorprendieron con la escena del sociodrama, comentaron que suelen lastimarse mucho por los tipos de juegos realizan, sin embargo, expresan que no dejarían de hacerlo solo porque se lastiman.

Fase diagnóstica

Tabla 2. Estructura del razonamiento diagnóstico

Datos significativos	Análisis deductivo (Dominio y clase alterada)	Problema (etiqueta diagnóstica)	Etiología (Factor relacionado/de riesgo)	Signos y síntomas (Características definitorias)
- Conocimientos sobre las consecuencias de realizar actos peligrosos en la escuela. - Escenarios peligrosos en la escuela tales como: baños, salones, escenario. - Accidentes en el escenario - Accidentes en el baño - Accidentes con la puerta - Accidentes en las escaleras - Los alumnos del sexto grado no miden la peligrosidad de cometer estas acciones, aun sabiendo que se pueden lastimar. - La escuela no cuenta con botiquín escolar. - Deseo de aprender cómo se curan las heridas.	Dominio 1. Promoción de la salud. Clase 1: Toma de conciencia de la salud.	00262. Disposición para mejorar la alfabetización en salud.	--	Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones sobre la atención de salud personal
	Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición	00161 Disposición para mejorar los conocimientos	--	Expresa deseos de mejorar el aprendizaje
	Dominio 4: Actividad/reposo Clase 5: Autocuidado	00182 Disposición para mejorar el autocuidado.	--	Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.
	Dominio 10: Principios vitales Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones	00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones	--	Expresa deseos de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones.
	Dominio 9: Afrontamiento/tolerancias al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.	00158 Disposición para mejorar el afrontamiento	--	Expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a la solución de problemas.

Fuente: Elaboración propia con base en NANDA.

Plan de cuidados

Tabla 3. Disposición para mejorar la alfabetización en salud

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
1	Salud pública	Comunidad					
Dominio 1. Promoción de la salud. Clase 1: Toma de conciencia de la salud.			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC): 1300. Aceptación: estado de salud				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
00262. Disposición para mejorar la alfabetización en salud evidenciado por la expresión de deseos de mejorar la toma de decisiones sobre la atención de salud personal.			DOMINIO: Salud psicosocial (III) CLASE: Adaptación psicosocial (N)	130002. Renuncia al concepto previo de salud personal 130008. Reconoce la realidad de la situación de salud 130020. Expresa autoestima positiva 130016. Mantiene las relaciones	6. Gravemente comprometido 7. Sustancialmente comprometido 8. Moderadamente comprometido 9. Levemente comprometido 10. No comprometido 5. Grave 6. Sustancial 7. Moderado 8. Leve 9. Ninguno	Mantener	Aumentar
						4	5
						3	5
							4
						2	4
						9	17

Intervención

Tabla 4. Intervención: Manejo ambiental: seguridad

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
DOMINIO: IV. Seguridad		CLASE: V. Control de riesgos
INTERVENCIÓN: 6486. Manejo ambiental: seguridad ACTIVIDADES - Identificar riesgos de seguridad en el ambiente. - Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. para aumentar la seguridad del ambiente. - Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas. - Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (policía, departamento de salud local, centro nacional de toxicología).	Sistema de Enfermería TC PC AE X	Fundamentación: Una situación de riesgo implica una acción única o repetida que circunstancias que afectan la vida y el sano desarrollo de un niño, niña o adolescente. En el caso de las escuelas es de gran importancia el identificar los factores que puedan poner en riesgo la salud de los estudiantes para la prevención de accidentes futuros. Las escuelas ofrecen grandes posibilidades para impartir programas de salud intensivos, a largo plazo y a gran escala a los niños. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Fuente: Elaboración propia. NIC (Wagner, Butcher, & Clarke, 2024).

Tabla 5. Intervención: Educación para la salud e identificación de riesgos

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
DOMINIO: VII. Comunidad		CLASE: C. Fomento de la salud de la comunidad
INTERVENCIÓN: 5510. Educación para la salud ACTIVIDADES • Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas. • Formular los objetivos del programa de Educación para la salud. • Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa. • Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo como estrategia para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente • Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas.	Sistema de Enfermería TC PC AE X	Fundamentación: Educar para la salud es una estrategia útil para la promoción de la salud ya que es un proceso de aprendizaje que informa, motiva y ayuda a la población y que tiene como meta, la adecuación del comportamiento humano y los estilos de vida para mantener y mejorar la salud (Cajina Pérez, 2020).
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
DOMINIO: IV. Seguridad		CLASE: V. Control de riesgos
INTERVENCIÓN: 6610. Identificación de riesgos ACTIVIDADES • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria. • Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.	Sistema de Enfermería TC PC AE X	Fundamentación: Las acciones de prevención, la capacitación para el manejo de emergencias, la reacción e intervención durante y después de la crisis exigen la participación comprometida de todos los miembros de la comunidad escolar, en coordinación con las autoridades educativas, los cuerpos de seguridad y las autoridades locales (Rojas Alarcón, Hernández Rincón, Jaimes Peñuela, & Torres Segura, 2022).

Fuente: Elaboración propia. NIC (Wagner, Butcher, & Clarke, 2024).

Evaluación

Para la evaluación, se empleó el uso de un manual de prevención de accidentes para la realización de infografías, las cuales, contenían los pasos requeridos para la elaboración de un propio manual de prevención de accidentes; estos fueron presentados a los docentes y se les explicaron los pasos a seguir en caso de cualquier accidente que pudiera presentarse en la escuela. De igual manera se hizo entrega del croquis de la escuela, para que los profesores desde su perspectiva y experiencia, ubiquen distintas zonas dentro de la escuela, en donde pudieran ocurrir accidentes, así que se les solicitó que con color rojo señalaran los lugares con mayor riesgo y de color verde, los de menor riesgo, con el objetivo de identificar los posibles espacios de riesgo para los estudiantes.

Al finalizar las intervenciones realizadas, se observó el éxito de éstas. En las primeras intervenciones, los niños ya identificaban las zonas de riesgo en las que se propiciaban la mayor cantidad de accidentes en el ambiente escolar y las medidas que debían tomar para evitar que estos ocurriesen. Así mismo, en la segunda intervención se observó la disposición de los niños para continuar aprendiendo del tema que se impartió, por lo que, al hacer una intervención representativa y dinámica, se comunicó de una forma adaptada a su edad el propósito de la intervención.

Del mismo modo, este comportamiento de disposición para mejorar el conocimiento se apreció en las profesoras, quienes se mostraron interesadas en el tema y dispuestas a aprender acerca de las acciones que pueden realizar en caso de un accidente. Una evidencia de dichos resultados fue, la elaboración de un plan de prevención escolar, que les será de utilidad en situaciones de accidentes a futuro.

Conclusiones

La inclusión de programas preventivos en espacios escolares, se deben realizar en conjunto con los actores clave de las escuelas, de manera reflexiva y coherente con las actividades y el ecosistema presente, lo que convierte a los métodos de enseñanza en “comprensivos” para la adopción de conductas preventivas, que conducen a actitudes seguras y conscientes del riesgo.

Del mismo modo, incluir en la fase de valoración del PAE, técnicas dirigidas a la comunidad objetivo, es de gran importancia debido al im-

pacto que éste generará y lo útil que será su comprensión para dicha población, por ende, las cartografías son un método que permite, con base en dibujos y expresiones verbales, hacer una valoración de la situación basal. Se recomienda que las técnicas cualitativas se contemplen en la fase de valoración.

Referencias

- AVILA Camargo, D. Y. (2020). La cartografía social como estrategia didáctica: reconociendo recorridos e imaginarios. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 46(3), 21-31.
- CAJINA Pérez, L. N. (2020). Importancia de la Educación para la Salud en currículo educativo. *Revista Electrónica De Conocimientos, Saberes Y Prácticas*, 3(1), 170-180. doi:<https://doi.org/10.5377/recsp.v3i1.9799>
- CARDABA Garcia, R. M., Garcia Rojas, M. L., Gil Velasco, A., Matesanz Sanchez, F., Rubio Moral, M., & Torrego Serrano, T. (2021). Evaluación de la satisfacción percibida por escolares en dos actividades de educación sanitaria. *Enfermería comunitaria*, 17, e12522.
- DANDICOURT Thomas, C. (2018). El cuidado de la enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62.
- HIDALGO Solórzano, E., Pérez Núñez , R., R Mojarro, F., Vera López, J., & Hajar, M. (2020). Accidentes no fatales en población mexicana, prevalencia y factores asociados. Ensanut 2018-2019. *Salud Pública de México*, 829-839.
- MENDOZA Armenta, M., Lopez Trujillo, T. L., & Medina Osuna, E. C. (2024). Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito comunitario: estudio de caso. *Revista científica FEMUAS*(2), 85-106.
- MOORHEAD, S., Swanson, E., & Johson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (7a edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2021). *Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar*. Ginebra: OMS. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56726/9789275325865_spa.pdf
- ROJAS Alarcón, K. N., Hernández Rincón, E. H., Jaimes Peñuela, C. L., & Torres Segura, J. J. (2022). Educación para la salud en prevención de accidentes y primeros auxilios en entornos escolares en Colombia. *Revista Internacional de cuidados de salud familiar y comunitaria*, 18, e13915. Obtenido de <https://ciberindex.com/index.php/ec/article/>

view/e13915/e13915?id=108152&user=sheila.cohuo&nivel=1&md=-c353ace6674f9c575ea54f4b3f3457fb

WAGNER, C., Butcher, H., & Clarke, M. (2024). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (8a edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.

Sobre los coordinadores

Dra. Ma. Isabel Méndez Domínguez

Maestra y doctora en Educación por el Colegio de Estudios Avanzados de Iberoamérica. Profesora Investigadora de Carrera en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Experiencia docente, administrativa e investigadora, líneas de trabajo centradas en la educación en enfermería, el cuidado y la salud, y las enfermedades crónicas no transmisibles. Integrante de la Red Latinoamericana CRONIFAM.

Mtra. Débora Canté Hernández

Profesora Investigadora de Carrera. División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Maestra en Ciencias de Enfermería, Enfermera Especialista en Oncología, Licenciada en Enfermería. Diplomada en Competencias docentes del profesor en medicina. Responsable de actualización de plan de estudios de enfermería del 2015 a 2023.

Dra. María Verónica de los Ángeles Pacheco Chan

Licenciada en Enfermería (UAEM), Maestra y Doctora en Educación. Docente universitaria con experiencia en formación de profesionales de la salud y en desarrollo de competencias para la promoción y prevención. Integrante del cuerpo académico Enfermería, educación y salud. Responsable de enfermería en el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud.

Mtro. Edwin Guillermo Montero Canul

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo y Maestro en Salud Pública. Profesor investigador de carrera en la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma del

Estado de Quintana Roo. Cuenta con formación en inteligencia artificial, programación orientada a objetivos y Finder: especializado en el uso de medios electrónicos para organizar, recopilar y almacenar información. Responsable del Programa Integral del Cuidado al Estudiante y la Comunidad (PICEC).

María del Rosario Tolentino Ferrel

Profesora investigadora del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato y directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia. Fue presidenta de la Mesa directiva de la Asociación Regional de Facultades y Escuelas de Enfermería del Centro, A. C. Cuenta con diversos artículos de publicación y amplia experiencia profesional en epidemiología y administración en salud.

Sobre los colaboradores

Juan Yovani Telumbre Terrero

Doctor en Salud Mental, Profesor de Tiempo Completo y actualmente Gestor del Programa Educativo de Licenciatura en Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del Cuerpo Académico Consolidado “Enfermería, Salud y Educación” con la LGAC “Cuidado de Enfermería y procesos educativos” reconocido por el Sistema Nacional de Investigadores nivel I, y Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP).

Manuel Antonio López Cisneros

Doctor en Ciencias de Enfermería, profesor de Tiempo Completo del Programa Educativo de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, Campeche. México. Autor y coautor de artículos científicos y capítulos de libros, miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel II, perfil PRODEP. Evaluador de los CIEES, de COMACE y de Programas de Posgrados de Calidad y Estancias Pos Doctorales de CONACyT.

Luisa María Higareda Laguna

Doctora en Educación, con Maestría en Desarrollo y en Promoción y Gestión Cultural, Licenciada en Lengua Inglesa por la Universidad de Quintana Roo. Diplomada en Diseño Curricular por Competencias y en Educación Médica (AMEE). Responsable del área de diseño curricular de la Universidad. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Código postal 77019. Evaluadora CIFRHS, responsable curricular y docente desde 2007.

Josué Arturo Medina Fernández

Doctor en Salud Pública. Maestro en Enfermería con acentuación en atención de enfermería al Adulto Mayor. Licenciado en Enfermería. Jefe del Departamento de Ciencias de Enfermería. Profesor e Investigador de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Integrante de la Red Latinoamericana CRONIFAM y colaborador con el cuerpo académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Cuenta con el reconocimiento del Sistema Nacional de Investigadores nivel I y PRODEP.

Kevin Alejandro Echeverría Vadillo

Licenciado en Enfermería por la Universidad de Quintana Roo. Participación como ponente en el tema “PICEC en el Corazón de la Comunidad: Experiencias que Construyen la Salud Integral” y colaboración activa en el Programa Integral del Cuidado al Estudiante y la Comunidad (PICEC). Experiencia en la organización de eventos académicos y comunitarios enfocados en la atención primaria y la promoción de la salud integral

José Jesús Chimal Pat

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Servidor público en el municipio de Felipe Carrillo Puerto, institución de IMSS- Bienestar.

María Alexandra Mijangos Pacheco

Maestra en Heridas Estomas y Quemaduras por la Universidad Panamericana México. Licenciatura por la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Enfermera especialista, en la unidad de heridas del Hospital General de Chetumal Quintana Roo. Profesor de asignatura por la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Experiencia trabajo domiciliario.

Clara Ivonne López-Andrade

Magíster en Salud Pública, Doctoranda en Salud Colectiva-UNLanús. Enfermera Especialista en Educación Superior, Académica de la Universidad de Los Lagos-Chile. Docente de pregrado, postítulo y postgrado. Implementó Diplomados en Salud Familiar y Comunitaria

Vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Enfermería Familiar y Comunitaria-SOCHIENCO. Sus líneas de investigación son: Promoción de la Salud, Gestión del Cuidado en HTA Infantil, Salud Colectiva y Enfermería en contextos rurales.

Rigoberto de la Cruz Fajardo Ruz

Maestro y Doctor en Salud Pública. Médico general (UADY), especialista en Medicina Familiar (IMSS). Profesor investigador en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.

Responsable de medicina en el Programa Universitario de Atención Primaria a la Salud.

Ma. Teresa Pratz Andrade

DCE por la Universidad de Guanajuato. LEO por la Universidad de Guanajuato. Especialista Cardiovascular por la UNAM. MC por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora investigadora en la Universidad de Guanajuato; y Enfermera Especialista Cardiovascular en el HRAEB. Línea de investigación de enfermedades crónicas. Integrante del CA consolidado: Estilo de vida saludable y cronicidad. Cuenta con PRODEP. Miembro de la Sociedad Mexicana de Cardiología y de la Asociación Guanajuatense de Enfermería Especializada en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

Liliana González Juárez

Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante, España. Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra en Enfermería y Especialidad en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor titular en pregrado y posgrado por la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Y en el programa de Maestría en Enfermería. Posgrado UNAM.

Araceli Jiménez Mendoza

Doctora en Enfermería. Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma

de México. Especialista en Desarrollo Humano y Psicoterapia Gestalt. Maestría en Enfermería Universidad de Nuevo México USA y Universidad de Trujillo, Perú. Profesora del pregrado y posgrado Maestría y Doctorado en Enfermería. Posgrado UNAM. Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación.

Didier Francisco Aké Canul

Doctor en Salud Pública. Profesor investigador en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán (FEUADY). Secretario Administrativo de FEUADY. Enfermero docente certificado. Integrante del Cuerpo Académico: Salud Colectiva, Perfil PRODEP, Miembro del Sistema Estatal de Investigadores del Estado de Yucatán y el Sistema Nacional de Investigadores. Áreas de interés: Investigación Cualitativa, Salud Pública, Comunidades Indígenas, Promoción de la Salud, e Intervenciones Comunitarias.

María del Sagrario Vargas Espadas

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Yucatán. Maestra en Ciencias con orientación en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora en la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Colaboradora del Cuerpo Académico: Salud Colectiva.

Arely Beatriz Puerto Amaya

Licenciada en Enfermería, Especialista en Terapia Intensiva por la Universidad Autónoma de Yucatán. Diplomados en: Urgencias, Enfermería Cardiológica, Gestión de Centros de salud, Cardiología pediátrica, Docencia y Educación Médica. Miembro de la Asociación Mexicana de Enfermeras Especialistas en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, SYEECI y del CPEY. Enfermera certificada por la CONACE y FEMCE. Adscrita al Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán.

Sheila Mariela Cobuo Cob

Dra. en Salud Pública, Maestra en Gobierno y políticas públicas, Licenciada en Enfermería. Actualmente se desempeña como profesora de

Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Autora de capítulos de libro, artículos científicos y de divulgación, docencia y dirección de tesis de licenciatura y trabajos terminales de la Especialidad en Salud Pública, coordinadora de libros con temática de Promoción de la salud.

Marco Esteban Morales Rojas

Maestro en Salud Pública, Licenciado en Enfermería. Actualmente se encuentra laborando como profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Imparte docencia en Pregrado y posgrado. Autor de capítulos de libro, artículos científicos y de divulgación, dirección de tesis de licenciatura y trabajos terminales de la Especialidad en Salud Pública, coordinador de libros con temática de Promoción de la salud.

Maricela Balam Gómez

Dra. en Salud Pública, Maestra en Ciencias de Enfermería, Licenciada en Enfermería. Es profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Autora de capítulos de libro, artículos científicos y de divulgación, dirección de tesis de licenciatura y trabajos terminales de la Especialidad en Salud Pública, coordinadora de libros con temática de Promoción de la salud, imparte docencia en pregrado y posgrado.

**LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD
EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

se terminó de editar en Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.
ubicado en Manantiales 29, Colonia Chapultepec
Cuernavaca, Morelos, C.P. 62450,
en diciembre de 2025.

El cuidado de edición y la composición tipográfica
son del autor y la producción editorial
de Grupo Editorial Biblioteca.

La Atención Primaria a la Salud en el ejercicio profesional de enfermería presenta una propuesta académica orientada a fortalecer la enseñanza de la Atención Primaria a la Salud como eje fundamental del bienestar poblacional. A través de sus capítulos, ofrece bases conceptuales y metodológicas que permiten analizar críticamente y llevar a la práctica estrategias para promover el autocuidado, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. También aborda la organización de los servicios, la participación comunitaria y el papel de los determinantes sociales en el diseño de políticas públicas más justas y efectivas.

Además, el libro invita a reflexionar sobre el rol de los futuros profesionales del primer nivel de atención, resaltando la importancia de una formación ética, humanista e integral, capaz de responder a las demandas actuales del sistema de salud. Se plantea como una herramienta útil para estudiantes, docentes e investigadores, y aspira a inspirar nuevas propuestas que transformen la forma de concebir y ofrecer los servicios de salud, entendiendo la Atención Primaria como clave de un sistema incluyente, equitativo y como vía hacia una sociedad más solidaria, resiliente y humana.

