

CONTEXTO SOCIO POLITICO Y LEGAL QUE FUNDAMENTAN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS O PROYECTOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.

Maria Mercedes Ramírez Ordóñez*

RESUMEN

En el siguiente artículo se hace una revisión del contexto en relación con la situación social y epidemiológica de la cronicidad. Las políticas que se están desarrollando para afrontar esta realidad planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el proyecto CARMEN (Conjunto de acciones para la intervención Multifactorial de Enfermedades no transmisibles), en Colombia la Secretaria Distrital de Salud para el distrito capital y la red municipal en el Norte de Santander. Esta situación invita al profesional de enfermería a direccionar nuevas estrategias a nivel formativo y de atención que están acordes con nuestra realidad.

PALABRAS CLAVES: Situación de cronicidad, propuestas a nivel mundial, nacional y regional, la ley 266 que reglamenta nuestra profesión, nuevos retos para enfermería.

SUMMARY

In the following article a revision of the context of the social and epidemic situation of the chronicity is made. The politicians that are developing to confront this reality outlined by the OMS and OPS with the project CARMEN (Group of actions for the intervention Multifactorial of non transferable Illnesses), in Colombia the Secretary Distrital of Health for the capital district and the municipal net in the North of Santander. This situation invites the infirmary professional to address new strategies at formative level and of attention that you/they are in agreement with our reality.

* Enfermera Docente Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Magister en Cuidado del Paciente Crónico, Universidad Nacional de Colombia-UFPS. Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Enfermería Renal. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-Mail: mmro2000@hotmail.com

KEY WORDS: Situation of chronicity, proposals at world, national and regional level, the law 266 that it regulates our profession, new challenges for infirmary

La región de las Américas tiene una población de 774.220.000 habitantes ocupa un tercio del territorio del planeta, para un tercio de la población del continente la mayor parte de ellos reside en Estados Unidos y las condiciones de vida son las mejores del mundo. En cambio por lo menos 10% vive en la pobreza más extrema, con los recursos mínimos para sobrevivir.

Durante el transcurso del siglo, la tasa de crecimiento demográfico se ha desplazado de Estados Unidos y Canadá al resto del continente. La tendencia presente revela un mayor aumento de la población en los países más subdesarrollados de la Región. En Estados Unidos y Canadá se registra una disminución de 40% del crecimiento demográfico. En México y Brasil también está descendiendo el crecimiento de la población. Las tasas de crecimiento demográfico varían desde la más baja 1,06% Estados Unidos y Canadá, pasando por valores intermedios 2,75% para los países andinos, y llegando hasta un valor extremo 4,1% en Venezuela.¹

La salud de la población de la Región ha mejorado gradualmente en este siglo. En los países más desarrollados se ha registrado una disminución temprana de las enfermedades transmisibles y durante el primer cuarto de siglo su composición demográfica y perfil epidemiológico han cambiado drásticamente. El aumento de la disponibilidad de alimentos, la mejora de la vivienda y el saneamiento ambiental han desempeñado una función importante en este marco de transición epidemiológica y han promovido una era en la que los procesos degenerativos constituyen la mayor parte del perfil epidemiológico. Como consecuencia, el aumento de la esperanza de vida está produciendo una nueva era de supervivencia prolongada a los procesos degenerativos crónicos. La esperanza de vida de más de 80 años, como corolario del envejecimiento de la población, está planteada como un nuevo desafío para el sistema de seguridad social y la atención de salud.

La era de los antibióticos ha promovido una disminución rápida de la mortalidad infantil y de la mortalidad general por enfermedades infecciosas. Las enfermedades crónicas y la violencia (incluidos los accidentes, los desplazamientos y los conflictos) se encuentran entre las 10 causas principales de muerte, así mismo la articulación con movimientos

¹ OPS/OMS. La Enfermería en la Región de las Américas. Washington, 1.999: Pág. 1

ecológicos (bióticos) con miras a aumentar la conciencia y a abogar por cambios en el modo de vida es otra tendencia que tiene consecuencias en la salud. En América Latina, la reforma de los sistemas de salud está pautada por los principios de los derechos universales, la equidad y la descentralización administrativa.²

En la década de los 90 Colombia mostró cambios demográficos y epidemiológicos en los que se puede identificar mejoramiento en la situación de salud en algunos aspectos, aunque no se observa un comportamiento homogéneo en todas las regiones y grupos humanos, situación que comparte con otros países de América Latina. La situación de salud de los colombianos se encuentra en una transición caracterizada por una mejora progresiva pero desigual, por la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas que afectan con mayor severidad a la población más pobre, y con diferencias evidentes de género. Además el trauma y el homicidio han tomado preponderancia epidemiológica, ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad con una tasa de 97.1 muertes por cada 100.000 habitantes, colocándose por encima de todos los países latinoamericanos. En igual medida, surgen nuevos retos relacionados con la movilización y desplazamiento forzado de las personas fruto de los problemas sociales y económicos del país. Así mismo, se observa una morbimortalidad creciente asociada principalmente a enfermedades relacionadas con malos hábitos alimenticios, al cigarrillo, consumo de bebidas alcohólicas y falta de ejercicio, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares que ocupan la primera causa de muerte con 113,4 muertes, y los tumores malignos el tercer lugar con 61,3 muertes por cada 100.000 habitantes.³

Las políticas de salud y las reformas insisten en que la meta a alcanzar es la equidad, sin embargo 21.030.394 personas que representan un 46% de población colombiana aún no se encuentra afiliada al SGSSS. Lo que muestra que a pesar de las buenas intenciones de la ley 100 aun persisten inequidades y bajas coberturas en la prestación de los servicios de salud.⁴

La situación social y de salud en el departamento Norte de Santander es muy similar a la del resto del país como lo muestra el Boletín Epidemiológico del año 2003:⁵

El departamento cuenta con una población de 1.475.235 habitantes donde el promedio de edad es de 35 años con una mediana de 21.6 años. En relación con la situación de

¹ OPS/OMS. La Enfermería en la Región de las Américas. Washington, 1.999: Pág. 1

² *Ibid.*, p. 7

³ Ministerio de Salud y OPS. "Situación de salud en Colombia Indicadores básicos 2001" Estándares (documento).

⁴ DANE, "Proyecciones Departamentales de Población por Sexo y Edad", 1990 - 2015

morbilidad en el Norte de Santander predominan las enfermedades infecciosas que son características de comunidades subdesarrolladas por las deficiencias en los servicios sanitarios básicos y por condiciones socioeconómicas; existen otras causas relacionadas con el estilo de vida, hábitos y costumbres de comunidades desarrolladas tales como las Cardiovasculares (hipertensión). Los adultos mayores ocupan la segunda tasa más alta de hospitalización de 534.5 x 10.000 habitantes y como primera causa esta la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, probablemente guardando relación a la alta prevalencia de hipertensión arterial en la población general y del adulto mayor.

El comportamiento de la mortalidad en el periodo 2000 y 2001 en el departamento Norte de Santander, según información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), corresponde al resultado del problema social que estamos viviendo actualmente, pues las muertes por agresión ocupan el primero, tercero y el octavo lugar en el año 2000 y el primero, cuarto y octavo en el año 2001, los otros lugares corresponden a problemas relacionados con enfermedades crónicas, degenerativas y muertes fetales.

La mayor carga de mortalidad esta dada por enfermedades crónicas no transmisibles, encabezando las enfermedades cardiovasculares y cáncer, patologías de mayor incidencia y prevalencia en la población adulto mayor.

Los cambios demográfico, sociales y económicos que se han ido produciendo, han generado nuevas maneras de adaptación al medio, lo que ha implicado un proceso de cambio de los problemas de salud (hay problemas que se han ido erradicando y a la vez han surgido otros nuevos), cabe destacar los problemas de salud producidos por las alteraciones del comportamiento causadas por el estrés; las alteraciones nutricionales por defecto o exceso; las alteraciones degenerativas relacionadas con la edad avanzada; la gran incidencia de la enfermedad infecciosa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y algunos procesos infecciosos que, habiendo disminuido, hoy están aumentando como es el caso de la tuberculosis; los accidentes de tráfico y sus secuelas.

Identificada esta problemática, y teniendo claridad en los cambios epidemiológicos que se han presentado en la actualidad las enfermedades crónicas se han convertido en la principal causa de mortalidad e incapacidad para la población adulta. Estas incluyen problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes y padecimientos renales.

Estas enfermedades ocasionan padecimientos de larga duración, de carácter no transmisible y degenerativo. Se caracterizan por una etiología incierta, múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, curso prolongado, fuente no contagiosa, discapacidad o alteración funcional e incurabilidad.

Son varias las causas que explican este cambio, todas ellas interrelacionadas, la rápida urbanización e industrialización; la disminución en las tasas de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida y el mejor acceso a los servicios de salud.

Aun cuando las causas de muchas de las enfermedades crónicas siguen siendo desconocidas, los epidemiólogos han identificado factores de riesgo individuales asociados con su aparición y desarrollo, y que son comunes en muchas de ellas.

Las enfermedades crónicas afectan a todos los grupos de la sociedad e imponen dos tipos de carga por una parte, afecta la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por la otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo.

La ley 100 de 1993, que plantea los lineamientos legales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y señala que el estado debe garantizar el acceso progresivo de la población a la atención en salud con criterios de eficiencia y calidad, no han tenido en el Norte de Santander el desarrollo esperado.

En lo referente a la cobertura del Sistema General de Seguridad Social ha sido incipiente, producto entre otras causas a situaciones estructurales del ente de dirección y al escaso compromiso por parte de otros actores como los administradores municipales, las administradoras del régimen subsidiado y la misma comunidad usuaria de los servicios.

La ejecución del Sisben ha presentado problemas a nivel de los municipios tanto a nivel de tiempos, como de la calidad de la información. Así mismo, se ha detectado doble y hasta triple carnetización entre los afiliados al régimen subsidiado donde se encontró que aproximadamente 23.000 usuarios estaban repetidos los listados de las distintas ARS, negándole la posibilidad de acceso a otras personas de nivel I y II.

De la población estimada para el departamento por la Secretaria de Planeación Departamental para el año 1997 (1.129.996) y los registros que conforman el sistema de seguridad social, se estima una población potencial a afiliar de 934.047 habitantes. De los cuales aproximadamente un 27% (252.000 habitantes) tienen acceso a la atención en salud a través del régimen contributivo quedando un 73% (682.000 habitantes) que se distribuyen así: un 7% (65.000 personas) atendidas por el sistema de medicina prepagada y el restante 66% (617.000 habitantes) estaría a cargo del Estado no obstante con los recursos de la oferta (situado fiscal) solo se cubren 297.051 habitantes. Se concluye que aproximadamente 320.000 habitantes aun permanecen fuera de la cobertura del sistema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que cerca del 60% de las muertes que ocurren en el mundo hoy se deben a las enfermedades crónicas, en especial la enfermedad cardíaca, la enfermedad cerebro vascular, el cáncer y la enfermedad pulmonar.

Se aspira que para el 2020 todos los países hayan introducido y se encuentren manejando y evaluando estrategias que fortalezcan los estilos de vida saludables y debiliten aquellos que la obstaculicen, a través de una combinación de programas comunitarios, económicos, educativos, organizacionales y de regulación.

Los programas propuestos para esta población con patología de cronicidad han sido iniciativa de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, como el CARMEN (Conjunto de acciones para la intervención Multifactorial de Enfermedades no transmisibles), implementado recientemente en América Latina y el Caribe, son avances importantes en la organización social en este campo.

La finalidad del proyecto Carmen es mejorar la salud de la población de un país mediante la reducción de la incidencia de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles mediante acciones combinadas y coordinadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la comunidad y de sus servicios de salud.

Entre los factores de riesgo asociados con enfermedades no transmisibles y lesiones no intencionales abordados a través del programa CARMEN se encuentran:

- Factores biológicos, como la presión arterial, colesterol, sobrepeso y diabetes.
- Comportamientos de consumo, incluyendo tabaquismo, hábitos alimentarios, y consumo excesivo de alcohol.
- Ausencia de comportamientos promotores o protectores de la salud, como el estilo de vida sedentario y la falta de uso de cinturones de seguridad en vehículos.
- Ausencia de uso de los servicios preventivos o de examen selectivo como las pruebas de papanicolau y mamografías.
- Factores psicosociales, como el estrés, apoyo social y características del ambiente de trabajo.⁶

Igualmente en Colombia para el Distrito Capital a través de la Secretaria Distrital de Salud

6 OPS-Proyecto CARMEN. Enfermedades no transmisibles [en línea] actualizado el 27/5/97. s.n. 19/02/04. Disponible en Internet: <URN:http://165.158.1.110/spanish/hcn/hcnarm en.htm>.

se han elaborado unas líneas de acción de la política de las enfermedades crónicas por iniciativa de la Dirección de Salud Pública donde sus acciones buscan priorizar aquellas enfermedades no transmisibles de mayor carga de enfermedad, muerte y discapacidad, en la población.

Tales enfermedades son: las cardiovasculares con énfasis en hipertensión, las metabólicas como la Diabetes Mellitas y la hiperlipidemia, el cáncer con énfasis en los que producen mayor mortalidad y para los que existen medidas de prevención primaria y secundaria o de tratamiento costo efectivas, (estómago, pulmón, cerviz, mama, próstata), sin excluir a la hora de la presentación intersectorial las relacionadas más directamente con la contaminación del aire y las exposiciones ocupacionales.

Las líneas de intervención están: Promoción de una vida cotidiana saludable, extender el uso de actividades preventivas y de detección temprana, fortalecimiento de la regulación social.

Las estrategias como tal, atraviesan las distintas líneas de intervención entre estas están:

- h. Fortalecimiento de los sistemas de información, monitoría y control, en enfermedades crónicas.
- i. Coordinación intersectorial y desarrollo de alianzas estratégicas.
- j. Información, educación, comunicación.
- k. Mejoramiento de la cobertura del aseguramiento para lograr accesibilidad a la prestación de servicios de salud.
- l. Desarrollo de líneas de investigación e intervención en el campo de las enfermedades crónicas.
- m. Desarrollo de un área demostrativa.
- n. Fortalecimiento y capacitación del recurso humano.
- o. Participación Social.

Existe en el momento un grupo de personas del orden gubernamental en el Norte de Santander que vienen desarrollando a través de la red municipal de apoyo para la prevención y control de las enfermedades crónicas, con los siguientes objetivos:

- Integrar los esfuerzos públicos y privados para asesorar en el diseño y desarrollo de modelos de intervención comunitaria e intersectorial a nivel municipal basados en la protección de la salud, la detección temprana y el control de las enfermedades y factores de riesgo asociados.
- Favorecer el flujo de información e indicadores que permitan mejorar la calidad de

vida y oportunidad de la información sobre las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

- Garantizar el derecho a la salud y a la atención individual integral a los grupos más vulnerables de enfermar y morir por enfermedades crónicas de vida saludables y prevenir y controlar enfermedades y factores de riesgo de acuerdo a los perfiles epidemiológicos locales.
- Fomentar el compromiso intersectorial, interinstitucional y comunitario de todo el municipio para promover comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables y prevenir y controlar enfermedades y factores de riesgo de acuerdo a los perfiles epidemiológicos locales.
- Diseñar estrategias, líneas de acción y formulación de políticas públicas involucrando a todos los estamentos públicos y privados que existen en el municipio, buscando un mayor impacto de sus acciones en la comunidad.
- Garantizar un manejo adecuado, oportuno, eficiente de todos los recursos humanos, físicos, técnicos, administrativos y financieros que posea la red.
- Gestionar la consecución de recursos internacionales, nacionales, departamentales, municipales tanto públicos como privados que permitan la consecución de los objetivos propuestos.
- Consolidar un trabajo de equipo con todas las instituciones que conformen la Red Municipal, despertando el sentido de pertenencia y compromiso con las tareas propuestas para lograr un mayor impacto en la comunidad.

Todos estos cambios plantean a la enfermería nuevos retos donde el cuidado de la salud y de la vida toma sentido. Quizá enfermería ha sido una de las profesiones que ha asumido la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como estrategia fundamental para mejorar las condiciones de salud y vida de la población.

La Ley 266 de 1996 de enfermería reglamenta nuestra profesión y propósito como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida

digna de la persona. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Teniendo como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

En lo referente al Artículo 4 del *Ámbito del ejercicio profesional*. El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.⁷

En forma excepcional algunas enfermeras(os) se han organizado y han ofrecido servicios de promoción y prevención logrando gran reconocimiento por su alta calidad y por los resultados de estos programas. En los últimos años se observa un incremento en oferta de servicios para la tercera edad, liderados por enfermeras, los cuales se caracterizan por brindar un cuidado integral a este grupo poblacional. Cada vez, se observa una mayor participación de las enfermeras en grupos interdisciplinarios tendientes a promover estilos de vida saludables en población del alto riesgo: niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva y ancianos.

Con respecto a las acciones de recuperación y rehabilitación las enfermeras han procurado calificarse accediendo especialmente a programas de especialización y maestría que favorecen un cuidado de enfermería de alta calidad, sin embargo la gran cantidad de funciones administrativas dificultan el cuidado directo a los pacientes.

Esto invita a tomar la bandera en el grupo poblacional del adulto mayor donde se ve venir en aumento las enfermedades asociadas a la vejez, con los problemas circulatorios, isquemias, accidentes cerebro-vasculares, demencia y pensar en direccionar estrategias dirigidas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación considerando que estos problemas llevan a un alto costo económico además del costo emocional para la familia y los cuidadores se conoce que muchos de estos riesgos pueden prevenirse con la concientización de la población hacia el fomento de hábitos saludables.

⁷ Congreso de Colombia Ley 266 de 1996. Diario oficial. Año CXXXI.N.42710.5, febrero, 1996. Pág 1

De otro lado los procesos de descentralización han llevado a la privatización de las empresas lo que ha ocasionado que existan fuentes de trabajo con mezcla de lo público y privado, corporaciones de salud que ofrecen servicios prepagados en diversas formas. Esto aumenta la exigencia en términos de productividad, mayor rendimiento, y reducción de costos; a reflexionar en los procesos y en el actuar pensando en un cuidado humano y de calidad; priorizando desde la formación para que en cada momento se de espacio a analizar las acciones que hacemos y se cree conciencia en un actuar ético, donde se cuestione los principios y se busque la presencia de dilemas que permitan escoger la alternativa que menos lesione al hombre.

El sistema ha priorizado la asistencia en los niveles de atención primaria, desarrollando acciones enfocadas al diagnóstico y detección oportuna de enfermedades. Lo que implica privilegiar el trabajo en equipos, eso implica cambios en los procesos de trabajo para los cuales la gran mayoría de profesionales actualmente en ejercicio no fueron formados.

Los esquemas actuales de atención, enfocados en la curación, desligan los conceptos de salud y enfermedad; es difícil lograr el cuidado de quienes viven una situación de enfermedad crónica. Estos esquemas dejan de lado tanto la calidad de vida de estas personas, como la de quienes los rodean.

Es entonces deseable para la enfermería trabajar con esquemas que promuevan la salud total de quienes viven esta situación y que permitan orientar los esfuerzos del cuidado integral y primordialmente en la vida, fomentar la autonomía y dignificar al ser humano inmerso en esta situación tal y como ellos la experimenten.

La situación anterior conlleva a la implementación de programas a nivel domiciliario que busque promover el desarrollo de habilidades en el individuo y las familias para que el auto cuidado y el control de la salud y la participación sean la base del empoderamiento. Se hace necesario reconocer en cada persona sus condiciones de vida, su entorno familiar y con la comunidad en que vive; estos elementos influyen en sus hábitos, higiene, alimentación, actividad física, actividad laboral, actividad social y hábitos tóxicos. Considerando de la misma forma su escala de valores, cultura y creencias dentro de una forma de organización social. Todo esto es determinante, sobre todo, en toda la actividad relacionada con la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

Esto permitirá mejorar el bienestar y el desarrollo de las personas y los colectivos, controlando los factores de riesgo de las enfermedades prioritarias y ambientales, como también fortaleciendo los factores protectores. En este caso enfermería tendría un papel protagónico, mostrando su capacidad de gestión y negociando con habilidad los

problemas de salud, ejerciendo con mayor autonomía para el consenso y en la toma de decisiones en pro del bienestar de las personas y los colectivos.

Este trabajo deberá abarcar a la familia en su contexto quienes están mas cerca al paciente en su estado de cronicidad brindando apoyo en las intervenciones que realizan, integrándola en los procesos; considerándolos dentro del escenario de atención por ser elementos claves en las decisiones y relaciones que afectan la salud de sus integrantes. Se hace necesario realizar un acompañamiento y dar igualmente educación

Hay estudios que demuestran, que esta orientación es menos costosa para el Sistema de salud y más satisfactoria para las personas buscando una estancia mínima en el hospital, lo que significa que la atención a la población con problemas, que antes se entendían en hospitales (enfermos terminales, personas con patologías crónicas, incapacidad y gran dependencia), se ha de asumir en los domicilios y que la hospitalización tenga lugar sólo en periodos excepcionales.

Por todo esto, el desarrollo de la Atención Domiciliaria constituye no sólo una medida eficaz sino también una prioridad del Sistema de Salud para hacer frente al vertiginoso crecimiento de la demanda de atención de las personas dependientes en los próximos años.

CONCLUSIONES

La revisión realizada a nivel de las Américas, Colombia y Norte de Santander en relación con el aumento del promedio de vida, asociado a múltiples factores de tipo social, económico, demográfico y epidemiológico, muestra un cambio en la pirámide poblacional con el incremento de la población adulto mayor acompañado de la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, resultado en algunos casos por hábitos poco saludables.

Esta situación lleva a la presencia de discapacidad, alteración funcional e incurabilidad, ocasionando una carga de alto costo para la familia y en los servicios sociales y de salud donde es importante para enfermería como profesión con suficiente trayectoria en el cuidado de la población y su experiencia en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, liderar programas o proyectos que promuevan la salud de las personas hacia el cuidado integral incluyendo a su grupo familiar en actividades de autocuidado, control de la salud y participación responsable y comprometida de los miembros en el proceso, desplazándose a sus domicilios; logrando con este trabajo personalizado y

continuo disminuir los reingresos de pacientes a las salas de hospitalización, retardando la presencia de complicaciones agudas, bajar costos y disminuir la demanda de servicios de salud por este evento.

BIBLIOGRAFIA

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NORTE DE SANTANDER. Instituto Departamental de Salud. Vol.4 año 2003

CASTRILLON CONSUELO. "Reflexiones sociológicas acerca de enfermería", La Dimensión Social De La Práctica De Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, pág. 104-115

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO. "Desafíos Futuros Para La investigación En Salud En América Latina (Resumen), CIID-Publicaciones, Montevideo, Copyright 1997. Lacroinf@idrc.ca

Congreso de Colombia Ley 266 de 1996. Diario oficial. Año CXXXI.N.42710.5, febrero, 1996.pag1

DANE, "Proyecciones Departamentales de Población por Sexo y Edad", 1990 - 2015

DE OLIVEIRA Celina, CHompré Roseni. Estrategias para el desarrollo de la práctica de enfermería. Simposio Nacional de Enfermería Universidad de la Sabana. Chia. Septiembre 5 y 6 de 1996.

DURAN Maria Mercedes. Estrategias para la educación de enfermería en América Latina (siglo XXI). Simposio Nacional de Enfermería. Universidad de la Sabana. Chia. Septiembre 5 y 6 de 1996.

FARELL Marlene. Tendencias y proyección del ejercicio profesional de la enfermería. Simposio Nacional de Enfermería. Universidad de la Sabana. Chia. Septiembre 5 y 6 de 1996.

GARZÓN Nelly. Retos de enfermería para el próximo milenio: situación y tendencias en la práctica de enfermería. En: Cuidado Y Práctica de Enfermería. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá, 2000

GÓMEZ Consuelo, Gómez Hernando. "Retos y perspectivas para el próximo milenio" y "competencias en el proceso de formación de profesionales de enfermería" En: Modernización y modernidad de los programas de pregrado en enfermería. ICFES ACOFAEN. Bogotá, Mayo de 1997.

GOMEZ, Consuelo. "La profesionalización de la enfermería en Colombia", El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2002, pág. 61-90

MANFREDI Marcel, "La construcción de un futuro para enfermería desde una perspectiva regional", Memorias de las ponencias centrales y paneles, VII Coloquio panamericano de investigación en enfermería, Bogotá, 9 al 12 de octubre del 2000, pág.96

MINISTERIO DE SALUD Y OPS. "Situación de salud en Colombia Indicadores básicos 2001" Estándares (documento).

OPS-Proyecto CARMEN. Enfermedades no transmisibles [en línea] actualizado el 27/5/97. s.n. 19/02/04. Disponible en Internet: <URN:http://165.158.1.110/spanish/hcn/hcncarm en.htm>

OPS/OMS. "La Enfermería en la Región de las Américas". Washington, 1999, pág. 1-56

OPS/OMS. "La Salud en las Américas", Programa de publicaciones OPS. Washington, 1998 y 1999; pág. 1-5

OPS/OMS. "Perfiles del Sistema de Servicios de Salud: Colombia". Washington, 1998 y 1999; pág. 1-20