

CIENCIAS SOCIALES

Promoción de la salud: experiencias de investigación para el bienestar colectivo

Didier Francisco Aké Canul
Sheila Mariela Cohuo Cob
Marco Esteban Morales Rojas
Maricela Balam Gómez





CONACYT
Registro Nacional de Instituciones
y Empresas Científicas y Tecnológicas
Registro: 1900555

Promoción de la salud: experiencias de investigación para el bienestar colectivo

© Didier Francisco Aké Canul
© Sheila Mariela Cohuo Cob
© Marco Esteban Morales Rojas
© Maricela Balam Gómez

Dirección del proyecto
Eduardo Licea Sánchez
Esther Castillo Aguilar

Arte y formación de interiores
Vanessa Alejandra Vázquez Fuentes

Corrección de estilo
Linda N. Rodríguez Velázquez

Preprensa
Víctor Hugo Flores Hernández

Primera edición, 2022

D.R. © CLAVE Editorial
Paseo de Tamarindos 400 B, Suite 109.
Col. Bosques de las Lomas, Ciudad de México, México. C.P. 05120
Tel. 52 (55) 5258 0279/80/81
ame@ameditores.mx
ecastillo@ameditores.mx
www.ameditores.com

ISBN: 978-607-437-610-4

Esta obra fue dictaminada por revisión de pares. Cada capítulo se evaluó de forma independiente por expertos en la disciplina académica acorde. Los criterios de evaluación aseguran que se cumple con una calidad rigurosa en cuanto a la fundamentación teórico-metodológica. Asimismo, se constató que el carácter analítico de los textos corresponda con las conclusiones, pues el propósito es contribuir a la generación y aplicación del conocimiento en salud pública y en las líneas de acción de la promoción de la salud.

Las opiniones y puntos de vista expresadas en la presente obra son responsabilidad única y exclusiva de los autores y no necesariamente representan las posiciones u opiniones de la editorial ni las de sus integrantes.

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, archivada o transmitida en forma alguna o mediante cualquier sistema, ya sea electrónico, mecánico o de fotorreproducción, sin la previa autorización de los editores.

Impreso en México

Capítulo 14

La reorientación de los servicios de salud, reflexiones desde el marco operativo y las experiencias nacionales

Marco Esteban Morales Rojas
Fabiola del Rocío López Canché
Martha Ofelia Valle Solís
Verónica Benítez Guerrero

Introducción

La promoción de la salud (PS) permite a los individuos acrecentar el control sobre su salud para mejorarla, así como modificar aquellas condiciones sociales o ambientales para un beneficio personal o comunitario. De manera que puede establecerse que tiene por objetivo promover estilos de vida saludables, la participación comunitaria y la creación de una cultura de salud y bienestar no solo para el individuo, sino también para la familia y las comunidades.

La PS tiene cinco áreas de acción, entre las que se encuentra la que se desarrolla en este capítulo: la reorientación de los servicios de salud. En su concepción más básica, esta reorientación se entiende como el cambio de dirección de algo, mientras que en el ámbito sanitario, la reorientación de los servicios de salud es “el pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud” (Salina, 2002). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los servicios sanitarios son un entorno clave para llevar a cabo la PS, entre los que se incluyen los hospitales, las clínicas de primer nivel de atención, la salud comunitaria y las organizaciones enfocadas en salud pública.

Desde la carta de Ottawa en 1986, este concepto se incorporó como uno de los cinco componentes de la PS, y en la 5ta Conferencia Internacional de Promoción a la Salud se ubicó como el eje central de la política sectorial en salud, estableciendo un nuevo marco operacional para la reorientación de los servicios de salud con

objetivos y estrategia separada en dos niveles: el primero para el desarrollo de sistemas de salud en su diseño, y el segundo en la prestación de servicios de salud, como los cambios en los modelos tanto de la intervención como de gestión, y finalmente aquellas acciones aplicadas en los individuos y en las comunidades (López-Acuña, *et al.*, 2000).

El engrandecer el concepto y su posterior traducción en sistemas e intervenciones es una prioridad que muchas veces se ha tratado con una perspectiva muy reducida, por ejemplo, al traducirlo en un departamento, servicio clínico o módulo de orientación individual. Garantizar la accesibilidad para cada individuo es una acción continua que va desde los servicios preventivos en el nivel más cercano a la comunidad hasta la rehabilitación de la salud con medicina de alta especialidad.

Como se mencionó anteriormente, esta reorientación de los servicios de salud significa practicar en cada uno de los niveles de atención con acciones que pueden reforzar los hábitos y generar cambios en la conducta de los individuos, por ejemplo, en el primer nivel de atención aumentando la oferta y promoción de servicios de salud y promover el cuidado domiciliario para reducir la carga hospitalaria y, al mismo tiempo, reforzar medidas de prevención para diferentes patologías e incluir medidas del cuidado a la salud (OPS, 2007).

Mientras, en el segundo nivel se debe hacer énfasis en el plan de alta con educación para el paciente y sus familiares, recalcar lo trascendente de seguir las indicaciones, adoptar nuevas acciones o modificar aquellas que son perjudiciales para la salud; debe ser un plan multidisciplinario, donde la enfermería sea titular con conocimientos fundamentados y firmes para orientar asertivamente al paciente, de la misma manera, la contrarreferencia dirigida al personal del servicio con base en la interconsulta solicitada debe establecer una comunicación interhospitalaria para brindar una orientación del manejo de ciertos cuidados específicos en el paciente para un diagnóstico y tratamiento oportunos. Finalmente, en la aplicación en el tercer nivel de atención, en el que se incluye la rehabilitación física y social, educar, acompañar y fomentar conductas saludables con la finalidad de prevenir complicaciones de alta complejidad que puedan repercutir en el ámbito de la salud, económico y emocional del paciente.

En diversas ocasiones se ha reafirmado la importancia de la reorientación de los servicios de salud al plantear cuáles son las necesidades esenciales de la familia, comunidades y regiones y cómo se pueden integrar a los sistemas de salud para aumentar su acceso y proponer paquetes de intervenciones enfocados en el fomento y protección de la salud, así como la prevención de la enfermedad. Algunos esfuerzos internacionales, como el Foro de Medellín, en 2003, abordaron la importancia de reorientar los servicios de salud de las Américas planteando la

integración de estos agentes para el quehacer en los núcleos estratégicos de los sistemas de salud (Álvaro, 2012).

Algunos problemas importantes en la operatividad de este concepto versan del poder integrar estrategias bases y transversales para fortalecer y reorientar los servicios de salud como responsabilidad institucional para que la gente de la comunidad pueda integrarse, pues se trata de un tema de trabajo colaborativo con participación de la ciudadanía. El Dr. Daniel López Acuña, en su informe “Reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud”, junto con otros autores, manifiesta la necesidad de integrar la promoción y la prevención de los servicios de salud, así como de incorporar los principios de promoción de la salud en el manejo de los servicios (Comité organizador, 2000).

Por lo anterior, la reorientación de los servicios de salud debe estar presente en los proveedores de servicios de salud nacionales con la implementación de actividades de prevención y educación para salud con la finalidad de mejorar la calidad de la atención y aumentar el acceso a los servicios; posteriormente, para evitar el ingreso a un hospital, y finalmente, para reducir el tiempo de su estancia, ya que contarían con herramientas necesarias para su autocuidado específico en su proceso de salud-enfermedad. Todo esto, implementado en un marco de equidad que comprenda que las personas de comunidades rurales tienden a ser los que más necesitan de servicios reorientados con estas características y que contemple y respete las necesidades interculturales de los individuos.

Esto solo se puede lograr a través de la implementación y promoción del concepto de reorientación, es decir, hacer que los servicios dejen de ser percibidos como atención curativa individual y vertical y logren entenderse como un continuo de intervenciones, es decir, que sea un recorrido desde la modificación de conocimientos y conductas hasta la rehabilitación física y social reduciendo el desarrollo de enfermedades no transmisibles y transmisibles, y empoderando comunidades e individuos razonables independientes (OPS, 2012).

Dentro de los beneficios más directos, se encuentra fracturar la dependencia de los individuos y comunidades al sistema médico hegemónico, pues la responsabilidad se comparte entre individuos, la comunidad y los servicios de salud. Cuando la educación para la salud se acompaña con la promoción, puede generar gran impacto en los hábitos saludables y en la vida de las personas en todos los ámbitos.

Si bien, todo lo anterior presenta un ideal de la operación del concepto de reorientación de los sistemas y servicios en salud, hay que reconocer que esto no es una realidad. En una búsqueda sencilla, se pueden encontrar registros, guías o lineamientos en planes nacionales de salud u otros documentos oficiales que hablan sobre lo que significan estos conceptos y cómo se pueden volver una realidad, pero persiste la pregunta: ¿Por qué en la actualidad no se ve operativizado todo lo que se ha planteado?

Por mencionar algunas experiencias nacionales, el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, promulgado en el 2002 por el entonces Secretario de Salud nacional, Dr. Julio Frenk Mora, contemplaba una red de servicios con alternativas de promoción de salud mental, prevención, atención ambulatoria, hospitalización, una transición hospitalaria hacia la prevención, reforzadores conductuales, un catálogo de servicios a precios accesibles y, por otro lado, paseos terapéuticos, talleres en inserción social y programas para todas las edades en personas con algún trastorno mental. Es decir, se dirigía a mejorar los determinantes sociales que afectan la salud mental en las poblaciones.

Se elogió por distintas organizaciones mundiales un plan ampliamente elaborado y articulado con grandes expectativas, ya que demostraba una organización orientada a la promoción de la salud, participación ciudadana, disminución de hospitalizaciones y costos y la procuración de la equidad en atención (Secretaría de Salud, 2014).

En otro ámbito, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), promulgada en 2015 por el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente formado por diversas entidades gubernamentales, desde los sectores de salud y educación, organizaciones civiles organismos internacionales y personas expertas en el tema, contemplaba la reducción del número de embarazos en adolescentes en México bajo el respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Se basó en diversos estudios que tuvieron la finalidad de identificar las creencias, la cultura, aspectos sociales o situaciones que influyen en la toma de decisiones. Posteriormente, se diseñaron campañas de comunicación y educación relacionada, semanas nacionales por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y diversos institutos en salud, boletines informativos, entre otros. Eran estrategias y acciones que pretendían atender una problemática a nivel nacional y que pudieron generar cambios importantes para orientar a la promoción a las adolescentes y madres y padres de familia.

Conviene agregar que ambas tenían metodologías fundamentadas en experiencias locales e internacionales, por ejemplo, la Educación Sexual Integral (ESI) en el ámbito educativo; la atención a la salud mental con clínicas de medicina familiar y casas de salud; la inclusión de profesionales en psicología y psiquiatría como figuras activas y tomadoras de decisiones en los tres niveles de atención en salud, así como para instruir, a partir de los diferentes niveles educativos, sobre los fenómenos de cada política. Ambos convergen en el eje transversal: que las personas se involucren, empoderen y participen activamente en todos los niveles y servicios, colaborar intersectorialmente y aumentar el acceso a los servicios de salud reproductiva y de salud mental (Gobierno de la República, 2017).

Estas estrategias, con ideas relevantes y actuales, debieron permitir los beneficios de la promoción de la salud, sin embargo, los problemas operativos desembocaron en la realización de actividades parciales o simplemente no llevadas a cabo. En el caso del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental todo lo planteado es muy ordenado y ambicioso, pero en un comienzo, la necesidad de una infraestructura adecuada se hizo evidente, mientras que la deficiencia de un equipo multidisciplinario capacitado trajo problemas relacionados con la reducción del alcance de las intervenciones. Por otro lado, la falta de financiación y la voluntad política fragmentada de los diferentes organismos federales y estatales obstaculizaron cada paso para llevar a cabo este modelo (Alduenda, 2020).

A pesar de ser una base sólida y científica para nuevas estrategias o planes, sigue careciendo de realidad y de inversión, por lo que no existen datos del impacto real o los beneficios directamente atribuibles a este modelo, siendo la salud mental un tema que en la actualidad es muy importante e imperativo para la sociedad y más aún en tiempos de pandemia.

Finalmente, otros elementos importantes que fueron barrera para la implementación correcta de este modelo, desde antes de los servicios de salud, fueron la falta de formación de recursos humanos en salud mental y no en atención psiquiátrica, ya que este modelo se centra en la prevención de trastornos mentales en las comunidades, es decir, que los usuarios eviten el ingreso a un hospital psiquiátrico, estrategia que no fue parte de la agenda política en muchos gobiernos estatales (Martell, 2016).

Ahora, la ENAPEA es una estrategia que fue pilar de diversos programas nacionales, estatales o incluso locales, pero que no se operacionaliza en la mayoría de ellos en un contexto de promoción y prevención, así como en las acciones que no se han reflejado en las cifras nacionales y locales.

Las principales barreras de esta política obedecen, en primer lugar, a la resistencia de implementar la Educación Sexual Integral (ESI) en los programas de educación básica, tanto de la población en general como en los grupos docentes, lo cual obstaculizó la traducción de estos conceptos esenciales a planeaciones y metodologías didácticas efectivas en las aulas; por otro lado, la falta de definición de las funciones del personal de salud en las instituciones educativas y la falta de infraestructura para el desempeño de su labor en instituciones no permitió el trabajo intersectorial planeado. Para el sector salud, el principal fallo fue la incapacidad de implementar estrategias para aumentar el acceso a métodos de planificación familiar de mediana duración. A pesar de plantearse que este eje tiene segunda importancia en toda la estrategia (el desarrollo de la ESI como la primera), no se llegó a ampliar la cartera de servicios otorgados, los horarios de atención, la estrategia de focalización y, en general, faltó el acercamiento con la población adolescente (García & Aguirre, 2020).

En común ambas estrategias presentan una ausencia de financiación, recursos humanos insuficientes y falta de proyección en los programas prioritarios del gobierno nacional o los estatales, lo cual permeó hasta los niveles operativos más cercanos a la población y generó una falta de apego concreto a la normatividad establecida, lo que derivó en una mala estandarización en la evaluación de los programas a diferentes niveles.

Finalmente, desde fuera de los servicios de salud, los programas o estrategias enfocados en una orientación en promoción de la salud, basados en la protección social en salud y en la equidad o salud pública son tomados como teorías aspiracionales, temas marginales en congresos, reformas o planes nacionales en diferentes países alrededor del mundo, de la misma manera han olvidado a los grupos más vulnerables debido a que las reformas no se han centrado en las necesidades de las comunidades.

¿Qué es lo que se propone? En primer lugar, dar un paso atrás en las universidades y entidades formadoras de recursos humanos en salud para incorporar nuevas estrategias y objetivos. Estos forman un pilar importante porque son protagonistas en los procesos cambiantes, su participación es fundamental, ya que se puede afirmar que suelen determinar acciones en la reorientación para que sean viables y sustentables en las poblaciones. Las universidades, a través de la incorporación de la promoción en cada una de las asignaturas hospitalarias, debe favorecer la reorientación, de acuerdo con las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), las cuales mencionan en el punto ocho que el desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud pública es la identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios en este mismo ámbito (OPS, 2000).

Este personal debe tener la capacidad para educar, comunicar y evaluar las necesidades de los servicios de la salud pública y en atención en salud, además de poder enfrentarse con eficacia a problemas prioritarios. Es importante mencionar que este recurso debe conocer los requisitos para su acreditación en este ámbito y contar con programas enfocados en el mejoramiento continuo en su capacitación con temáticas relacionadas en este contexto. Deben existir alianzas activas con programas de habilitación profesional para que puedan adquirir experiencias en salud pública, desde la formación académica con los estudiantes hasta la formación continua con los profesionales, especialmente con los tomadores de decisiones en las gerencias medias y bajas. Por último, pero no menos importante, esta formación debe estar basada en la ética del personal, con énfasis en principios y valores como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas y los grupos vulnerables.

Otras estrategias para incentivar la capacitación en la Atención Primaria de Salud y en la promoción de la salud es brindar acciones pertinentes, adecuadas y oportunas para el individuo, la familia y la comunidad, lo que exige inversiones a largo plazo debido a la capacitación, empleos enfocados en el desarrollo de las comunidades, así como incentivos para que el personal no abandone su trabajo, por ende, no condicionar las acciones a un ciclo corto de un personal. Un personal comprometido beneficia en resultados porque tiene la capacidad de crear intervenciones, de esta manera compensa el tiempo y financiamiento invertidos en él.

Posteriormente, es importante caminar hacia un enfoque de salud positiva en el que se refuercen las habilidades y capacidades del individuo, desde la actividad en el núcleo familiar en las edades más tempranas para que sean vehículos capaces de transmitir conductas a sus hogares. Se afirma que las personas deben participar y tomar decisiones en la atención sanitaria para mejorar su estado de salud, ya sea, por ejemplo, con comités o reuniones para determinar necesidades sentidas y posteriormente gestionar talleres accesibles y asequibles para, de esta manera, empoderarlas y hacerlas partícipes de la promoción de la salud y prevenir muchas enfermedades, entre ellas las crónico-degenerativas (OPS, 2012).

Finalmente, la vinculación entre universidades, servicios de salud y los gobiernos locales es clave para la acción sobre la salud de un individuo, ya que intervenir en sus conductas, en las circunstancias y en su entorno permite mejorar la calidad de vida y el bienestar en todas las esferas de la vida de las comunidades, a diferencia de los programas o proyectos implementados unilateralmente.

Conclusión

Más allá de la formulación política, las acciones deben contener un marco operativo basado en un sistema real, factible y trascendente que no se vea sujeto a ideologías políticas y que sea la base de un sistema orientado en la salud y no en la enfermedad. Por lo anterior, es primordial que se operen las políticas donde la promoción de la salud sea la razón principal, fomentando la inclusión social, ya sea por etnia o género, con componentes visibles y permeables de equidad y accesibilidad y articulados por el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de cada región para crear metas y objetivos afines a ellos que generen la disminución de brechas e inequidades en salud, con lo que se garantizaría la calidad y acceso a los servicios de salud (Feo, 2004).

Bibliografía

- Alduenda, A. (2020). *Caracterización de las unidades de Salud Mental en los Servicios de Salud de Nayarit*. Universidad Autónoma de Nayarit. <https://bit.ly/3E9Suu8>
- Alvaro, F. G. (Abril de 2012). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83-94.
- Benedicto, A. S. (2018). Recuperado el 19 de Octubre de 2021, de elsevier.es: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- Comité organizador. (2000). Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (p. 50). OPS.
- Feo, Ó. (2004). Panel: Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de promoción. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(99), 73-77.
- Franco-Giraldo, Á. (2012). Promoción de la salud (PS) en la globalidad. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2).
- García, G., & Aguirre, Y. (2020). *Implementación de la ENAPEA en el territorio: sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas*. Gobierno del Estado de Sonora. <https://bit.ly/3rfkSI0>
- Gobierno de la República. (2017). *Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo*. gob.mx: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf
- López-Acuña, D., Brito, P., Crocco, P., Infante, A., Marín, J. M., & Zeballos, J. L. (2000). Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(2), 147-150.
- Martell, J. (2016). Una reflexión en torno a las políticas de salud mental en México. *Iberofórum*, 117-149. <https://bit.ly/3nUVCo8>
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). Funciones esenciales de Salud Pública. *CEI*, 126(17), 59-71.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Documento de Orientación regional sobre los Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud de las Américas*. Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- Rojo, E. G., Álvarez-Dardet, C. & López Fernández, L. A. (2017). Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller. *Elsevier*, 32(5).

- Salina C., J. (2002). Reorientación de los Servicios de Salud con Criterios de Promoción de la Salud. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, III(2), 84-95.
- Secretaría de Salud. (2006). *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud.
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción Específico. Salud Mental*. consame.gob.mx: http://consame.salud.gob.mx/Descargas/Pdf/Salud_Mental.pdf