

MODELO DE PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Dora Lucía Gaviria Noreña^a

Resumen

En el presente artículo se hace referencia a la participación del profesional de enfermería en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, utilizando como herramienta la vigilancia epidemiológica o el monitoreo estratégico que brinda la epidemiología social. Con esto establecer una intervención protagónica en la disminución de la morbilidad y la mortalidad innecesarias y el mantenimiento de una calidad de vida acorde con la dignidad humana que genere bienestar y autogestión. El análisis con competencia de los determinantes del proceso salud enfermedad de las personas, familias y colectivos es imperativo para planear y evaluar los proyectos que, en materia de salud, se dan. Por ello se plantean tres fases en las cuales la participación, el monitoreo y la toma de decisiones sean coherentes y basados en realidades sociales que ameritan el concurso interdisciplinario e intersectorial.

Palabras clave

*Salud y enfermedad
Promoción de la salud
Calidad de vida
Enfermería en salud comunitaria
Vigilancia epidemiológica*

^a Enfermera Universidad de Antioquia. Especialista en Epidemiología CES, Profesora Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Email: germanj@epm.net.co.

MODEL OF NURSING PARTICIPATION IN HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

Summary

This article shows the nursing involvement in health promotion and disease prevention, based on the epidemiologic surveillance or the strategic monitoring used by social epidemiology. In this way, outstanding interventions is established in reducing unnecessary morbidity and mortality and in keeping life quality according to human dignity in order to bring well-being and self-management. The analysis with competence of the determiners of the health-disease process of people, families and collectives is compulsory to plan and evaluate the projects presented in health. Thus, three phases are stated, in which the participation, monitoring and decision making are coherent and based on real social contexts deserving intersector and interdisciplinary participation.

Key words

Health and disease

Health promotion

Quality of life

Community health nursing

Populatuin surveillance

Bastaría que cada colombiano se hiciera capaz de aceptar al otro, de aceptar la dignidad de lo que es distinto y se sintiera capaz de respetar lo que no se le parece. Esa es tal vez la única revolución que necesita Colombia

William Ospina

Los escenarios que el profesional de enfermería debe abordar e impactar son: 1) el deterioro ecológico social que se está agudizando en este fin de milenio en el mundo, con el consiguiente aumento de enfermedades emergentes como el sida y las reemergentes como la tuberculosis, el cólera y el dengue hemorrágico; 2) las reformas en la organización de los servicios de salud y 3) la disminución de recursos para el sector.

La participación del profesional de enfermería en una IPS está encaminada a la disminución de la morbilidad y la mortalidad innecesarias, y al cuidado y vigilancia del proceso salud-enfermedad de las personas y los colectivos, que permitan la construcción de políticas públicas saludables al interior del tejido social para que el desarrollo sostenible sea una realidad. Estas funciones y responsabilidades del profesional cobran mayor pertinencia en Colombia donde la situación social, económica y política es aberrante.

Cerca del 50% de los hogares colombianos están por debajo de la línea de pobreza con un ingreso *per cápita* inferior a los 2.000 dólares; esta situación de pobreza se agrava en momentos en los cuales la inequidad, impunidad e intolerancia deterioran la calidad de vida y el bienestar en áreas urbanas y rurales. En Colombia la violencia es un serio problema de salud pública, pues representa el 25% de la carga de la enfermedad, mientras que en Europa sólo es del 1,2%. En Antioquia la violencia representa el 34% de todas las muertes y afecta a todas las subregiones especialmente al Valle de Aburrá. Según datos de medicina legal, en el decenio del 90, se perdieron, en Medellín, dos millones de años de vida productiva, afectando, principalmente, al grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años.¹

Según el estudio de salud mental de 1997, en el país se aumentó el consumo de alcohol, los tranquilizantes menores y la aparición, así sea con bajas prevalencias, de heroína. El mismo estudio revela que 25,1% de la población estudiada tiene algún grado de depresión clínica y 9,6% tienen ansiedad.²

En Antioquia las enfermedades crónicas y degenerativas, como el infarto agudo del miocardio, la diabetes, la hipertensión y la enfermedad cerebrovascular, representan una cuarta parte de las muertes, con una tasa de mortalidad general de 5,8 por cada 1.000 habitantes. La mortalidad infantil de 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 4 por cada 10.000 nacidos vivos son inferiores a los datos nacionales de 28 y 7,8, respectivamente. Estos datos son reportados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia según proyección de 1997 al 2001.³

En consecuencia, la definición de políticas, orientadas a impactar este panorama de riesgo, con las que se mejoren las condiciones de vida y las opciones saludables es, entre otros, el principal reto de las instituciones de salud.

El sistema de salud colombiano determina la promoción de la salud como instrumento para la ampliación de servicios de las instituciones de salud, por sustentarse en procesos de participación, concertación, educación y comunicación. Los decretos reglamentarios de la ley 100 regulan a las instituciones para la prestación de servicios integrales y orientados a la promoción y prevención. El decreto 1891 de 1994 define los términos de promoción y prevención; la resolución 3997 de 1996 establece las actividades y procedimientos en promoción y prevención para las EPS, ARS y entidades adaptadas; además, se garantiza la viabilidad financiera a través de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA, la determinación del valor anual por UPC y del 5% en la cotización del sistema general de riesgos profesionales.

El profesional de enfermería como agente social y cuidador debe liderar un reordenamiento en sus acciones que garantice un cuidado oportuno de calidad, al menor costo posible, para los individuos y colectivos que impacte esta problemática de salud del país y de las localidades.

El fijar prioridades y crear nuevos modelos de atención de enfermería en el ámbito comunitario e institucional exige valor y liderazgo, pues en el sistema general de seguridad social se han creado grandes incertidumbres en los campos de la financiación del sistema, el desarrollo de las instituciones, el logro de equidad y el rol de los profesionales de la salud.

Este modelo de participación de enfermería en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad basa sus postulados en los elementos que brinda la epidemiología para el monitoreo estratégico de los problemas de salud-enfermedad, donde las personas viven, se recrean, traba-

jan y se recuperan; además, en los postulados del desarrollo a escala humana, como elemento conceptual y metodológico para monitorear las necesidades de las personas y sus satisfactores a través del individuo, la familia y la comunidad.

Marco de referencia de la propuesta

La buena salud para todos es una prioridad nacional y mundial, por ello las instituciones de salud del país deben garantizar, en su misión y visión, una política de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para los usuarios que demandan sus servicios; con parámetros de planificación en salud orientados al logro del bienestar y al desarrollo de las personas y los colectivos, controlando los factores de riesgo de las enfermedades prioritarias y ambientales, como también fortaleciendo los factores protectores.

La promoción de la salud como política y principio filosófico plantea la creación de oportunidades para el logro de mayor autoestima social e individual, el aumento de conocimientos para facilitar el proceso de transformación y la democracia sanitaria como una estrategia de concertación social para el logro de metas en salud.

La conformación, en el ámbito institucional, de un área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, busca promover el desarrollo de habilidades en el individuo y las familias para que en el autocuidado y el control de la salud, la participación sea la base del empoderamiento.

El desarrollo humano sostenible le implica a la sociedad en general, ampliar la gama de opciones para la libre elección de los comportamientos y que la valoración y la seguridad de la vida humana se conviertan en indicadores de desarrollo y de calidad de vida.

Participación

La participación de enfermería está encaminada a la intervención protagónica, al análisis con competencia y a la negociación con habilidad de los problemas de salud. Lo anterior obliga a un intercambio de derechos y responsabilidades con las personas y colectivos, en el cual la divulgación de los derechos a los servicios de salud, los determinantes del proceso salud-enfermedad y el manejo de los hábitos, son elementos fundamentales para su fomento. La participación genera autonomía para el consenso y toma de decisiones en pro del bienestar de las personas y los colectivos.

La participación se debe entender como la movilización consciente de personas, grupos y sociedad en torno a un objetivo común que transforme la realidad en salud; se circunscribe, ello mismo, al mejoramiento de la calidad de vida.

Familia saludable

La familia, como sistema, posibilita la relación entre las necesidades del individuo y los colectivos. El profesional de enfermería gestiona las necesidades del usuario a través de la familia, es polifuncional y, a su vez, un *colaborador sanitario que actúa como enlace de la familia con el equipo de atención y con los organismos públicos o privados, tanto sanitarios como sociales.*⁴

La unidad de análisis y de intervención en esta propuesta es *la familia*, en las dimensiones psicosocial, socio-económica, biológica, higiénica, sanitaria y epidemiológica. El monitoreo de estos aspectos es la clave para el direccionamiento de los servicios de promoción de la salud. Lograr el empoderamiento de la familia y los individuos es la meta del profesional de enfermería en la promoción y la prevención. Orientar este modelo hacia la atención y apoyo a la familia en las instituciones de salud requiere principios como la continuidad, el trabajo en equipo y la conformación de redes comunitarias de apoyo a las familias. Se debe asumir a la familia como el escenario de decisiones y relaciones que afectan la salud de sus integrantes y como destinataria de las iniciativas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. La familia como un subsistema del sistema social que cumple importantes funciones en el ciclo vital de los individuos requiere del acompañamiento, aceptación y educación sobre salud.

Monitoreo estratégico en salud o vigilancia de la salud

La epidemiología pretende aprehender y captar la realidad de la salud y la enfermedad en una forma integral para mejorar, identificar y controlar los diversos factores de riesgo y de protección con el fin de impactar las condiciones de vida y mejorar su calidad.

La vigilancia de la salud amplía el concepto de la vigilancia clásica, pues abarca aspectos de estilos de vida y comportamiento humanos, monitoreo de la producción de servicios, casos centinelas, estadísticas vitales y enfermedades de notificación obligatoria. Este desafío conceptual requiere un trabajo multidisciplinario dada la complejidad y gran incertidumbre de los procesos sociales.

El modelo de participación de enfermería se basa en los lineamientos planteados por Jaime Breilh (CEAS) sobre la concepción integral y crítica de la epidemiología, al proponer un proceso liderado por las poblaciones, en el que la salud sea de interés y conocimiento común, permitiendo el empoderamiento comunitario para el monitoreo estratégico de problemas con unos parámetros de prevención profunda y de promoción humana integral.⁵

Según Wallerstein, *empoderamiento es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de las organizaciones y de las comunidades en ganar control respecto a sus vidas en su comunidad y en el resto de la comunidad. Desde esta perspectiva, empoderamiento no es ganar poder para dominar a otros sino para actuar con otros, intentando lograr un cambio.*⁶

La percepción de empoderamiento en los grupos puede evaluarse por la movilización de la gente para el control de los eventos que afectan sus vidas.

Este modelo de vigilancia en salud es un proceso de monitoreo crítico sobre una necesidad social insatisfecha, determinantes de la salud colectiva, perfiles grupales de factores protectores o de riesgo. Se basa en la epidemiología crítica, y las teorías administrativas de la organización y la planeación estratégica.

El monitoreo estratégico en salud tendrá como competencias la asesoría, la planeación y la evaluación basados, principalmente, en la investigación total, en la cual el análisis macroambiental y de recursos permite orientar acciones de mayor costo-beneficio para las personas y las co-

munidades. Ayuda a definir valores y principios a través de un liderazgo visionario y un pensamiento sistemático en el que prime la indagación de la relación causa-efecto para anticipar consecuencias y optimizar oportunidades.

Está conformado por tres subsistemas: participación comunicación, monitoreo crítico y reacción inmediata; los cuales son complementarios y sinérgicos.

Modelo de participación de enfermería en la promoción y prevención de una IPS

Subsistema participación comunicación

Los alcances en esta fase son:

- Organización de los grupos sujetos de los programas de promoción y prevención en el ámbito hospitalario. Incluye acciones con los individuos, la familia, los grupos organizados en la institución y los trabajadores de la IPS.
- Identificación de intereses, necesidades, valoraciones, motivaciones y aspiraciones de los grupos.
- Determinación de los grupos susceptibles teniendo como base el análisis socio-demográfico y epidemiológico para la determinación de prioridades.
- Concertación de decisiones para solucionar los problemas priorizados por los individuos y los grupos. La creación de alianzas con grupos internos y externos a la institución es clave para el éxito de los programas.
- Movilización de los diferentes recursos para establecer medidas eficientes con el objetivo de lograr alto bienestar de los actores del proceso.
- Comunicación efectiva y pedagógica que faculte a las personas en el control, mantenimiento y mejoría de su salud; establecer canales de información y comunicación que denuncien los determinantes y peligros ambientales para la salud, en los cuales la calidad de vida sirva de elemento persuasor a través del aumento de conocimientos, cambio de actitudes y comportamientos que deterioran la salud, usando mensajes positivos, cortos y con imagen.

En esta fase, la construcción de nuevas formas de expresión como instrumentos del lenguaje elimina las barreras y niveles de comunicación entre el equipo de salud, los grupos comunitarios, las familias y los individuos.

La comunicación establece una unidad con alguien, ayuda mutua, intercambio e interacción a través de una información persuasiva basada en las motivaciones y los valores culturales mediante la utilización de la ciencia y la tecnología, la publicidad y los medios de comunicación, con estrategias de periodismo en salud, diseño gráfico, producción de audiovisuales, etcétera. Sólo así es posible una transformación en el aprendizaje y lectura del entorno de salud para el mejoramiento de la calidad de vida.

Subsistema monitoreo crítico

La investigación como eje central de esta fase debe constituirse en la base para la innovación de modelos de atención mejores, eficaces y pertinentes, con menores costos para las personas y los colectivos que hagan posible la generación de sistemas de información congruentes, de fácil empleo para los usuarios y la comunidad, que ofrezca consejos para la prevención, vigilancia de ciertas enfermedades y servicios a domicilio, entre otros. Los requerimientos en esta fase son:

- Observación sistemática de registros.
- Definición de las fuentes de información y los flujos de circulación en el proceso.
- Recolección de datos, utilización de la tecnología informática, creación de bases de datos sobre aspectos socio-demográficos y de infraestructura comunitaria para la identificación de problemas y planificación de acciones de los grupos priorizados.
- Análisis crítico para entender el evento o la necesidad con sus determinantes, con el fin de tomar decisiones y plantear intervenciones sobre el estado de salud pertinentes hacia la movilización de los grupos.

Subsistema de reacción inmediata

Esta fase incluye la reorientación de la oferta de servicios en las IPS, con la promoción de la salud, como una política institucional, basada en los postulados de eficiencia, eficacia y pertinencia; entendida, esta última como la adecuación al contexto social, cultural, político y económico en el cual se opera y el análisis del costo-efectividad.

Algunos de los aspectos de los servicios de promoción y prevención en las instituciones de salud son:

- Los servicios se orientan a los sanos (como los programas de control de niños, adolescentes, prenatales, etcétera), los que requieren seguimiento de sus enfermedades (como las anomalías cardiovasculares) y pacientes crónicos, quienes participaran en el diseño, implementación y evaluación de programas de salud.
- Formulación de indicadores para evaluar el impacto y la gestión de la promoción y la prevención, las necesidades sentidas por los grupos organizados, los cambios en la conducta y los perfiles epidemiológicos.
- Conformación de sistemas de información integrales con otras redes de soporte social.
- Integración y negociación con otros actores sociales que atienden a los usuarios de los servicios de salud, para unificar criterios, evaluar problemas y definir políticas públicas.
- Creación de alianzas estratégicas entre las organizaciones de salud y entidades del estado y del sector privado para proyectar los servicios de salud y optimizar recursos.
- Creación de programas de autocuidado en los que los usuarios asuman la responsabilidad en los tratamientos efectuados y en el cuidado recomendado. Estos programas contribuyen al

incremento de la autoestima, el conocimiento y la motivación para continuar los cuidados en el domicilio.

- Apertura de nuevos servicios como consejería, grupos de enfermedades y terapias crónicas, enfermedades mentales, y atención domiciliaria y familiar con prioridad a los más necesitados (conformando y entrenando grupos de ayuda y mutua colaboración como voluntarios, amigos y vecinos).
- Diseño de redes de cuidados en salud; constituidas por grupos sociales y comunitarios dentro de un ambiente virtual como la Internet, o líneas telefónicas en las cuales la información en salud y la transferencia de experiencias creen una verdadera movilización y participación.
- Divulgación de las normas éticas y de solidaridad para el análisis y la implementación de nuevos programas, lo cual genera mayor empoderamiento en las personas y las comunidades.
- Preparación y difusión de paquetes de promoción de la salud con recomendaciones a la comunidad de cómo mantenerse sanos.
- Orientación e información para tener un medio ambiente saludable y sostenible, entendido éste como la construcción y armonización entre los elementos, el respeto a la diversidad y la búsqueda del bienestar.

La fase de reacción-acción se fundamenta en la reorientación de los servicios, el entrenamiento y la capacitación permanente al equipo de salud en conceptos como participación social, empoderamiento, comunicación efectiva, investigación y epidemiología integral con lo cual se logran mayores y mejores resultados en las acciones realizadas y una inversión en salud para que la equidad y el bienestar sí sean una realidad.

La educación a todos los grupos de edad para cubrir las necesidades respetando el contexto cultural, y la elaboración de propuestas que se inserten en los objetivos individuales y colectivos son, entre otras, claves del empoderamiento y del éxito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Portafolio de servicios en promoción y prevención

La aplicación de este modelo incluye las fases de participación y comunicación, monitoreo estratégico y reacción-acción para la conformación de programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad en una ESE y así garantizar una verdadera vigilancia de la salud de los individuos a lo largo de su ciclo vital.

Objetivo general

Establecer un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en una institución prestadora de servicios de salud como estrategia para el mejoramiento de la salud de la población afiliada y la creación de una cultura del autocuidado (véase tabla 1).

Tabla 1. Portafolio de servicios en promoción y prevención

Objetivos	Estrategias	Actividades
Estimular el desarrollo integral en los niños menores de siete años	Valoración interdisciplinaria del niño. Conformación del grupo de padres. Inmunización con todos los biológicos	Control de crecimiento y desarrollo por concentración. Talleres a padres y jardineras sobre el desarrollo del niño. Vacunación por canalización y concentración
Promover en los adolescentes comportamientos de autoestima y autocuidado	Conformación de club de adolescentes buscando construir proyectos de vida	Programa de prevención de la fármaco-dependencia. Talleres participativos hacia una sexualidad segura y la autoestima. Talleres con padres y profesores
Educar al grupo de mujeres en el proceso reproductivo y en la detección precoz de factores de riesgo	Conformación del grupo de salud reproductiva. Educación	Control prenatal y consejería en planificación familiar. Establecimiento del programa de cáncer de cérvix y de mama. Toma de citología. Educación a grupos prenatales y gimnasia. Vacunación con toxoide tetánico
Fomentar la acción del cuidado a población adulta y anciana para la detección precoz de factores de riesgo y el mantenimiento de la salud	Conformación de club de la tercera edad. Creación de grupos de voluntariado y agentes de salud en los barrios y veredas	Talleres educativos sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares y degenerativas. Talleres de terapia ocupacional. Capacitación a líderes comunitarios para que participen en proyectos que mejoren sus condiciones de vida.
Detección y control de factores cardiovasculares	Educación. Vigilancia y control de tratamientos. Rehabilitación	Tamizaje de presión arterial en la población afiliada. Control médico y de enfermería de riesgos cardiovasculares. Creación de grupos de control de factores de riesgo y de la línea telefónica del problema cardiovascular
Educar al paciente diabético y su familia en técnicas de autocuidado	Capacitación. Asesoría domiciliaria. Educación hospitalaria.	Educación en grupos de diabéticos. Visitas domiciliarias a diabéticos con discapacidades. Asesoría funcionarios de salud
Brindar atención domiciliaria al usuario que los demande	Asesoría. Educación	Educación a las familias de pacientes que requieren el servicio sobre cuidados de la enfermedad y remisión oportuna.
Implementar programas preventivos para los problemas prevalentes de salud pública	Articulación de actividades de Vigilancia en salud. Investigaciones operativas	Realizar diagnóstico situacional de los problemas prevalentes según demanda, determinando la magnitud y severidad de los eventos

Referencias bibliográficas

1. Ospina, W. Lo que le falta a Colombia. *Rev. Número* 1995;7:33-39.
2. Jaramillo B. V. Un País de Pobres. *El Colombiano* 1998; 29 de marzo:1-3.
3. Torres de GY. *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1997:168-280.
4. Dirección de Salud de Antioquia. *Plan sectorial de salud de Antioquia 1998-2000: Diagnóstico de salud*. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 1998:10-14.
5. Organización Panamericana de la Salud. *La visión Belmont para la asistencia sanitaria en los EEUU*. Washington, DC: OPS; 1993:17.
6. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 3^a. ed. Quito: CEAS; 1997:197-214.
7. Wallerstein N. Empowerment education: Freire Ideas Adapted to health Education. *Health Education Quarterly* 1988;15(4):379-394.

Bibliografías

- Arango Y. El trabajo comunitario como alternativa de los servicios de salud. *Investigación y Educación en Enfermería* 1991;9(1):21-31.
- Canaval EG. Promoción de la salud: predictores de empoderamiento comunitario en mujeres, Cali, 1996. *Investigación y Educación en Enfermería* 1998;16(2):27-45.
- Castrillón MC. *La dimensión social de la práctica de enfermería*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1997:69-108.
- Dever GA. Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS y OMS 1991.
- Frances L, Blazey M. Participación del paciente en el cuidado de la salud: Un recurso poco utilizado. *Clinicas de Norteamérica* 1992;1.
- Instituto del Seguro Social. *Plan Nacional de Promoción y Prevención 1995-1999* Santafé de Bogotá: Instituto de Seguro Social; 1995.
- Muñoz LA, Díaz R, Miranda JC. Un desafío emergente para la salud de la comunidad: Promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería* 1998;16(2):111-124.
- Organización Panamericana de la Salud. *Las Escuelas de salud pública y el logro de SPT el papel de los futuros en salud*. Uruguay: OPS; 1996.
- Pulido S, Escobar I, Escobar ME. Proyecto Educativo: Maternidad y paternidad como proyecto de vida de los adolescentes. *Investigación y Educación en Enfermería* 1998;16 (2):89-107.
- Restrepo EH. Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en salud pública. *Educación Médica* 1995;29.
- Restrepo EH. *La reorientación de los servicios de salud: una área de acción de la promoción de la salud*. Santafé de Bogotá: Corporación salud y desarrollo; 1995.

Fecha de recepción: marzo de 1999