

LA SALUD PÚBLICA Y LAS ACCIONES LOS PROFESIONALES DE LA SALUD - CASO DE MÉXICO Y COLOMBIA -

PUBLIC HEALTH AND THE ACTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS - THE CASE OF MEXICO AND COLOMBIA -

Vivian Johana Rodríguez Escamilla

*Estudiante de pregrado del programa de fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano,
e-mail (vivianjohanarodriguezescamilla@fumc.edu.co)*

Hillary Johanna Toro Fernández

*Estudiante de pregrado del programa de fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano,
e-mail (hillaryjohannatorofernandez@fumc.edu.co)*

Resumen

La salud pública ha sido definida dentro de un sin número de conceptos, pensada desde la acción gubernamental, hasta un servicio dirigido a los colectivos. Nace hace más de un siglo y continúa con su lucha contra las enfermedades en las poblaciones. Los países latinoamericanos comparten situaciones semejantes a lo social y económico, que se reflejan en las condiciones de salud de sus pobladores, es el caso de México y Colombia, en los cuales hay muchos problemas por resolver y en donde debe mejorarse y priorizarse la atención primaria. El siguiente artículo de reflexión recoge información relacionada con estos dos países, los cambios en los perfiles epidemiológicos y cómo los profesionales sanitarios deben dirigir más sus acciones al nivel de primario de atención, promoviendo interdisciplinariamente la salud pública

Palabras Clave: Servicios de Salud Comunitaria, Salud Pública, Medicina Preventiva,

Abstract

Public health has been defined within a number of concepts, intended from government action, up to a service directed to the collectives; it was born more than a century ago and continues with the fight against disease in populations. The Latin American countries share similar situations social and economic conditions which are reflected in the health conditions of its inhabitants, is the case of Mexico and Colombia, in which there are many problems to solve and where it should be improved and prioritized the Primary Care. The following reflection article collects information related to these two countries, changes in the epidemiological profiles and how healthcare professionals should direct more of their actions at the level of primary health-care, promoting interdisciplinary public health.

Community Health Services, Public Health, Preventive Medicine

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández ([Hillary johannatorofernandez](mailto:hillaryjohannatorofernandez))

1. INTRODUCCIÓN

Generalidades sobre la salud pública

La salud pública ha estado enmarcada en definiciones bastante amplias, el término está asociado a cinco de ellas, la primera con la acción gubernamental y el sector público, la segunda con las acciones de gobierno y la participación de la comunidad organizada; la tercera con los servicios no personales de salud. Estos aplicados al medio ambiente o a las colectividades, y no específicamente a los individuos, la cuarta contempla además de lo anterior, contar con servicios preventivos dirigidos a poblaciones vulnerables, y por último, al usar la expresión “problemas de salud pública” hace alusión a eventos frecuentes o muy peligrosos. Esto con el tiempo se han asociado a diversos significados, reforzando la idea que la salud pública es una opción de servicio, que se oferta por parte del estado y está ubicada paralelamente a la medicina curativa (J, 2016)

Las enfermedades han estado presentes desde el inicio de la humanidad, por tanto siempre ha existido el interés de los seres humanos de luchar contra ellas, hace poco tiempo en la cronología de la historia humana, en el planeta cuando nace la salud pública, esta se emerge “donde la medicina pública suele aparecer en clave progresista, es decir, intentando ofrecer soluciones eficaces para la lucha contra las enfermedades del mundo moderno ,en donde las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas están en el centro de la narrativa. Esto Discute no tanto los problemas de la salud individual, sino la de los grupos, estudia las acciones políticas para preservar o restaurar la salud colectiva, y suele enfocar su atención en los momentos en que el Estado o algunos sectores de la sociedad han impulsado iniciativas concretas resultantes de una evaluación, en donde los factores médicos y epidemiológicos cuentan, no solo como los políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos” (Armus, 2012)El primer esbozo de conciencia sanitaria fue producto de la obra de Johan Peter Frank a principios del siglo XIX, además de los trabajos de Farr, Chadwick y Shattuck, en la cual se mostraron las asociaciones de las enfermedades y la mortalidad con las clases socioeconómicas bajas, relacionando pobreza y enfermedad, los informes y recomendaciones hechas sugirieron medidas como: “...creación del cuerpo de policía sanitaria, elaboración de estadísticas vitales, puesta en marcha de procesos de saneamiento, estudio de la salud de los escolares, tuberculosis, alcoholismo, enfermedades mentales, problemas sanitarios de la inmigración, vigilancia del agua y los alimentos, la eliminación de aguas residuales, clases de higiene en las escuelas de enfermería y las facultades de medicina, prédicas acerca de la higiene en los púlpitos de las iglesias” (Gil , 2015). Lo anterior muestra cómo se origina la salud pública, siendo una filosofía social, además de cómo ser una práctica administrativa y social del gobierno, fue fundamentada en dar cobertura sanitaria a los colectivos.

Con el transcurrir de la historia y al mejoramiento de las condiciones sanitarias, gracias a la importancia que estas cobraron en los países, también por los desarrollos tecnológicos y dada la prioridad de atender las necesidades de salud de las poblaciones, se estructuró la salud pública en los diferentes estados, pero pese al tiempo transcurrido aún siguen problemas por resolverse, desde el siglo XIX y en el XX se han tenido “éxitos sensacionales pero también dolorosos fracasos”. Catapultado por los avances científicos, por el predominio de los valores positivos y por marcos institucionales y de recursos más eficaces, la atención a la salud se ha multiplicado, a la vez que se ha hecho más compleja y eficaz. El nivel de salud de las poblaciones ha aumentado rápidamente en todo el mundo y hemos podido celebrar victorias memorables en el combate contra enfermedades como la viruela y la poliomielitis. Sin embargo, se encuentran enormes desigualdades sociales en el

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)

Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatoroferandez)

nivel de salud, en la exposición a riesgos y en el acceso a la asistencia necesaria posible” (salud, 2002), por tanto la lucha contra las enfermedades, los peligros y la vulnerabilidad no se ha acabado.

Posteriormente, se buscó redefinir la salud pública, a partir del impulso que se dio a la atención primaria en salud, con base en lo establecido en la reunión de Alma Atá y ante la superación de las enfermedades infecciosas, en muchos países se expresó la necesidad de atender a la promoción de la salud, promoviendo los estilos de vida saludables, mientras que antes se trabajaban los aspectos biológicos del individuo y el ambiente (J, 2016)

Indiscutiblemente la salud pública ha estado relacionada con los intereses en salud de los gobiernos, de ahí que esté directamente anclada a los intereses de los estados, las condiciones económicas, políticas y sociales presentes, a la disponibilidad de recursos y de financiamiento, a la organización de los servicios, a la presencia o ausencia de motivaciones para hacer frente a los desafíos y materializarlos en reformas eficaces, he aquí lo difícil de desvincular las acciones de salud pública a condiciones neutras, pues define su direccionamiento, estructura y destinos económicos directamente con base en los poderes públicos. El contexto actual pone cuatro fenómenos importantes enmarcando la salud pública, como son: la mundialización y sus manifestaciones; los procesos políticos; el medio ambiente, la población, y el desarrollo.

Salud pública en las Américas

Existen unas particularidades en el continente que hacen que se tenga una mirada especial en él, en 2016 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció una Comisión Independiente sobre Desigualdades en Equidad y Salud en las Américas, compuesta por expertos que evaluaron la evidencia sobre los factores que conducen a estas desigualdades, y propuso acciones para mejorar la salud de las personas de la región, entre estas causas se centraron en el género, el origen étnico y los derechos humanos, la discapacidad y la etapa de la vida de las personas, así como los factores sociales, económicos, ambientales (el cambio climático y los desastres naturales), políticos y culturales que determinan la salud.

Existe una realidad regional que no se puede esconder, y es que la desigualdad domina las Américas, la desigualdad socioeconómica, pero también de etnias, indígenas y no indígenas, personas de ascendencia africana y de origen europeo; entre géneros, entre personas discapacitadas y no discapacitadas; personas de diferente orientación sexual, y entre migrantes y no migrantes. Tanta desigualdad afecta la cohesión social, y lleva a una distribución injusta de las oportunidades de vida y a desigualdades en la salud. También se reportan desigualdades en las condiciones de vida diaria, en la vida temprana, la educación, la vida laboral y en las edades más avanzadas, así como las desigualdades en los ingresos y la protección social, el impacto de la violencia, las condiciones de vida y el sistema de salud (salud o. p., 2018). Esta comisión sugirió doce recomendaciones sobre esta situación, estas se constituyen en objetivos prioritarios y medidas específicas que deben adoptarse en las siguientes categorías generales:

- Lograr la equidad en las estructuras políticas, sociales, culturales y económicas.
- Proteger el medio ambiente natural, mitigar el cambio climático y respetar las relaciones con la tierra.
- Reconocer y revertir los impactos en la equidad en la salud del colonialismo en curso y el racismo estructural
- Equidad desde el principio — vida temprana y educación

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)

Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

- Trabajo decente
- Vida digna a edades mayores
- Ingresos y protección social
- Reducción de la violencia para la equidad en salud
- Mejora del medio ambiente y las condiciones de la vivienda.
- Sistemas de salud equitativos
- Arreglos de gobernanza para la equidad en salud
- Cumplir y proteger los derechos humanos

Puesto a que ya pasó más un de un siglo y medio de los inicios de la salud pública, en el continente existen aún desafíos emergentes en la prevención y control de muchos problemas de salud, entre ellos están el consumo de tabaco, la detección temprana del cáncer (el colorrectal) desde la atención primaria y organizaciones comunitarias, considerar las causas ambientales y laborales de enfermedades, la dieta y actividad física, y ambientes obesogénicos, nuevos métodos y tecnologías para medir la dieta y actividad física y entre otros. También se considera la implementación, basada en un marco de toma de decisiones contemplando las barreras para usar estrategias comprobadas, con respecto a este tema crítico, existen barreras para la detección temprana del cáncer de cuello uterino teniendo en cuenta los enfoques culturales y de sistema para mejorar la utilización del cribado (Gallegos & Baezcodez, 2019).

Salud pública en Colombia y México

México y Colombia comparten que son países con ubicaciones geográficas privilegiadas, tienen un modelo neoliberal y democracias estables (Ardila, 2015), además son países en vía de desarrollo, cuentan con un crecimiento económico anual por debajo del 5% (Escobar , 2015), el índice de desarrollo (ID) de Colombia es del 0,72, con un producto interno bruto anual (PIB) de 5805,6 dólares, en México el ID es de 0,76 y el PIB de 8208 dólares (Bascolo, houghton, & Del riego , 2018) es importante señalar que en cuanto a la cifras de pobreza México cuenta con mayores valores, pero también debe diferenciarse que este país tiene una mayor densidad poblacional que Colombia.

México tiene condiciones de desigualdad y pobreza derivadas de la ineficiencia en la política de desarrollo regional, implementada en las últimas décadas y que prevalece en la actualidad, las cifras de pobreza son muy altas, “y no se ha contado con políticas de desarrollo en estricto sentido, y en cuanto a los esfuerzos de desarrollar a los componentes territoriales del país, sólo se han elaborado y puesto en operación políticas sociales y sectoriales con marcadas dimensiones regionales”, además de tener un sesgo anti campesino por una destrucción del campo remitida a causa de la política neoliberal, cuenta con un salario mínimo muy precario, la producción en el campo rural no da para sobrevivir, y faltan garantías, por esto muchos mexicanos se dedican a la extorsión y a los secuestros (Gabino, 2017)estando entre las tasas más altas del mundo. En el caso colombiano, el estilo de desarrollo nacional ha sido prácticamente igual que el de México, con sesgo anti campesino y condiciones que no han favorecido el fin de la guerra, la distribución es desigual cuando se mira la concentración de la riqueza, especialmente la propiedad rural, pese a la falta de inversión social y más hacia el control militar de algunos gobiernos. En Colombia existe una experiencia exitosa denominada los Programas de Desarrollo y Paz, las cuales se presentan “como **Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)**
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

alternativas de solución al problema, una serie de iniciativas de la sociedad civil que se sustentan en nuevas formas organizativas y participativas en distintas regiones del país, cuyo objetivo consiste en desarrollar diferentes acciones que permitan un desarrollo humano que mejore las condiciones de vida de los grupos poblacionales menos favorecidos, así como colaborar generando condiciones propicias para alcanzar la paz” (Gabino, 2017). En resumen como denominador ambos países tienen que la política de gobierno se centra sólo en la dimensión del crecimiento económico, propio de las perspectivas neoliberales, esto ha profundizado la desigualdad económica y social, incrementa la pobreza de las poblaciones, principalmente la rural, donde han tenido asiento los grupos violentos producto del narcotráfico. Toda esta violencia en los dos países es resultado de problemas sociales como la exclusión social, pobreza y desigualdades, las cuales son favorecedoras de la presencia de actores armados privados e informales, que pasan a ocupar la presencia del estado.

En todo este marco socioeconómico es en el que se ubica la Salud Pública, con un panorama similar para México y Colombia, pues ambos países se ubican en el continente americano. En México las poblaciones vulnerables tienen perfiles epidemiológicos propios, por ejemplo entre los adultos mayores las principales causas de muerte son enfermedades asociadas con carencias, tales como neumonía, desnutrición calórico-proteica y anemia, prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades mentales y de maltrato en este grupo de edad. En la población indígena predominan las denominadas "enfermedades de la pobreza" -afecciones intestinales, neumonía, influenza y sarampión-, por el contrario las enfermedades crónico-degenerativas tienen menor peso mucho. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena duplica el promedio nacional. En los migrantes los riesgos para la salud están asociados a las condiciones de trabajo, entre los adultos las enfermedades crónicas más comunes son hipertensión, diabetes y enfermedades cardíacas, así como el cáncer, las cuales impactan en la mortalidad. Para esto las medidas tomadas en este país han sido: capacitar al personal de salud en gerontología, geriatría y en la promoción del autocuidado y la participación de los familiares, instituir las casas de la mujer indígena y los Hospitales mixtos son dos casos de experiencias exitosas que retoman aspectos socioculturales de este grupo de población, con los migrantes se trabaja con los promotores de salud con familias en comunidades de origen y destino, cuentan con programas multisectoriales, como Ventanillas de Salud, que operan en los consulados de México en EE. UU., además de organizaciones de sociedad civil (Juarez Marquez , Salgado , & Pelcastre , 2014)

En cuanto a la obesidad en el 2012 se reportó que "26 millones de adultos mexicanos tenían sobrepeso y 22 millones de obesos, lo que representa un gran desafío para el sector de la salud en términos de promover estilos de vida saludables en la población y el desarrollo de políticas públicas para revertir este escenario epidemiológico. México necesita planificar e implementar estrategias y acciones rentables para la prevención y el control de la obesidad de niños, adolescentes y adultos. La experiencia global muestra que el cuidado adecuado de la obesidad y el sobrepeso, requerido para formular y coordinar estrategias multisectoriales y eficientes para mejorar los factores protectores de la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario” (J, Et al , 2015).

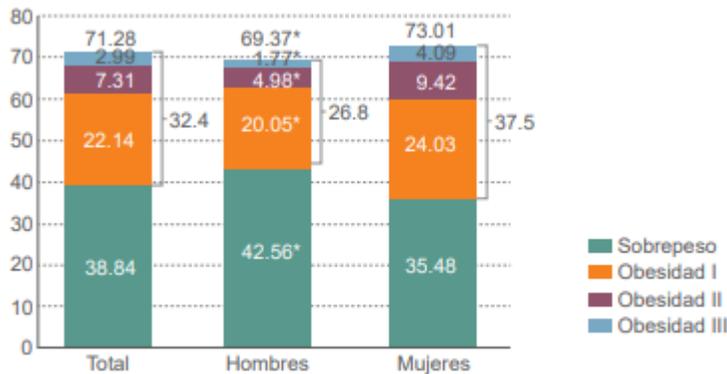


Figura 3 Sobrepeso y Obesidad en México, ENSANUT 2012.

(J, Et al , 2015)

Relacionado a la imagen en México El sobrepeso y la obesidad, disminuyen la productividad laboral y provocan gastos astronómicos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Por ejemplo, actualmente 12 % de la población que vive en pobreza tiene diabetes y 90 % de esos casos se pueden atribuir a sobrepeso y obesidad

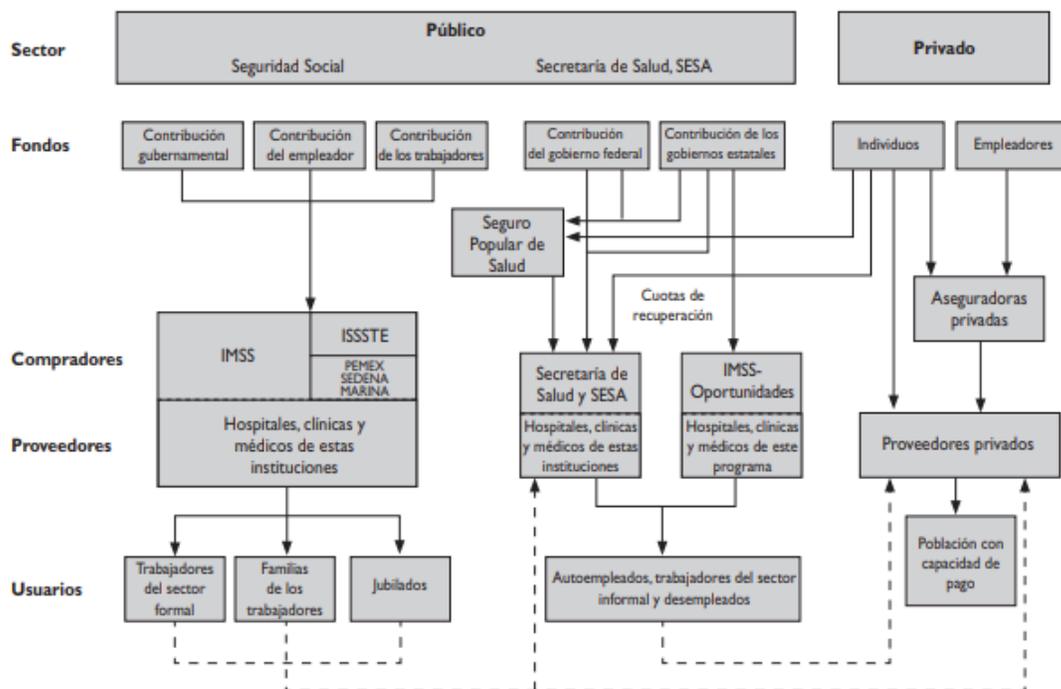
para esto el estado Mexicano formuló políticas públicas contra la obesidad, como por ejemplo el impuesto a los refrescos o bebidas azucaradas, también las organizaciones no gubernamentales se han sumado a este propósito, haciendo parte de la “Alianza por la Salud Alimentaria,” iniciaron en 2013 una campaña llamada “¿Te comerías doce cucharadas de azúcar?, ¿Por qué te las bebes en un refresco?”, con el fin de alertar a la población mexicana, sobre el alto contenido de este endulzante que traen los refrescos y el riesgo para la salud (rodriguez , Avalos , & Lopez , 2014). Otros problemas de salud se presentan como: las enfermedades mentales y el embarazo adolescente, debe decirse que este país existe una problemática depresiva presente en jóvenes y adultos, con una mayor proporción entre las mujeres y los jóvenes en condiciones socio-urbanas más conflictivas muestran tasas más elevadas de depresión (Gonzales , Hermocillo, Peralta, & Wagner , 2015), en el caso de México, se cuenta con algunas ventajas y diversos retos para integrar la salud mental (SM) al nivel primario. El país cuenta con servicios de SM en el segundo nivel de atención y con institutos especializados (Savedra, Shoshana, & Galvan , 2017).Con relación a la educación sexual la segmentación del sector la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 en México reportó que el 23 % de los adolescentes entre 12 y 19 años habían iniciado vida sexual activa (VSA) (hombres 25.5 % y mujeres 20.5 %) de éstos 14.7 % de hombres y 33.4 % de mujeres no utilizó métodos anticonceptivos. El 51.9 % de las adolescentes de 12 a 19 años con VSA mencionó que alguna vez estuvo embarazada y 10.7 % cursaba con embarazo al momento de la entrevista, entonces la medida de VSA incrementa la posibilidad de un embarazo en un 62.6 % y que tasa específica de fecundidad en 2011 de mujeres entre 12 y 19 años fue de 37 nacimientos por 1 000, superior a la de 2005 (Flores & Arenas, 2017).Es así como la demanda anticonceptiva insatisfecha ha impactado especialmente en las y los adolescentes, como ya se mencionó antes. Esos embarazos son, por definición, de riesgo, y la falta de una atención adecuada ocasiona que aporten a las todavía alarmantes cifras de mortalidad materna en México (Tapia , 2016).

Con respecto al acceso a los servicios, en un estudio se identificaron diferencias significativas entre las poblaciones indígenas, rurales y urbanas con respecto a su nivel de marginación y acceso a los servicios de salud. La zona más afectada fue la indígena, seguida de las zonas rurales. El sector menos afectado fue el urbano (Roldan, Alvares, Carrasco, Lesdema , & Chavez , 2017). En

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

general se expresa que en décadas anteriores México fue modelo en América para la atención en salud pública por sus reformas, acciones y programas, por ejemplo tuvo el liderazgo regional y mundial en materia de vacunación, con uno de los esquemas de inmunizaciones más completos del mundo. Pero en la actualidad este país se enfrenta a unos retos importantes que cambiaron este escenario de éxito, uno de ellos fue el control financiero y operativo destinados al sector salud, frente al cambio del perfil epidemiológico pasando de las enfermedades infecciosas a las crónicas “el cáncer, las adicciones y la salud mental hacen necesario colocar en el centro del quehacer a la prevención proactiva, a la corresponsabilidad de los individuos, a la detección oportuna y al seguimiento para institucionalizar el continuo de la atención” (Tapia , 2016), en consideración de esa situación se debe entonces realizar una atención continua, “ya no basta con que las personas acudan a una clínica u hospital, hay que trascender esos espacios físicos para que los servicios de salud, aprovechando las plataformas tecnológicas disponibles, alcancen de manera eficiente las comunidades y los hogares” (Tapia , 2016).

El modelo de sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa



(Gomez , Serma , & Mora , 2011)

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

Para Colombia, la pobreza multidimensional en el 2018 fue del 17% experimentando una disminución en 0,8 puntos porcentuales con respecto a 2016. La incidencia de pobreza monetaria ha tendido al descenso, alcanzando un 26,9% para el último año. La brecha entre las cabeceras municipales y los centros poblados y áreas rurales dispersas ha sido incremental, siendo para 2017 un 49% mayor en estas últimas. La morbilidad según los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y diciembre de 2018, mostró que en el primero puesto estuvieron las enfermedades no transmisibles, le siguieron las condiciones transmisibles y nutricionales, y en tercer lugar, los signos y síntomas mal definidos. Para los niños menores de 5 años principalmente las condiciones transmisibles y nutricionales, en segundo lugar, las enfermedades no transmisibles y en tercer lugar, las condiciones mal clasificadas (social, 2019). Sin embargo, existen críticas al modelo de análisis de situación en salud, su base conceptual y establecimiento de indicadores de medición, al señalar que las “variables como el aseguramiento, la infraestructura y el recurso humano, sugeridas por el Ministerio de Salud en la guía para la elaboración del análisis de la situación de salud, son insuficientes para evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud, más cuando se sabe que el aseguramiento no implica el acceso real ni necesariamente da respuesta a las necesidades en salud de la población” (Yepes & Marin , 2018)

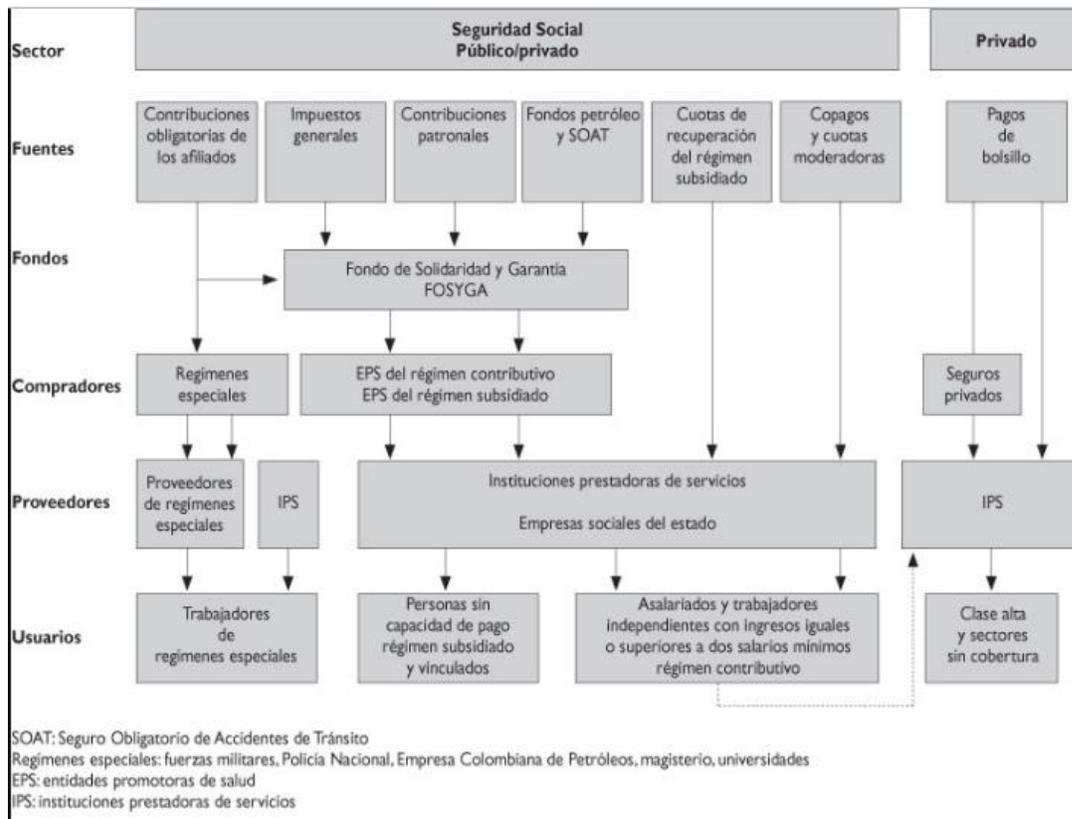
Por otro lado, un trabajo de análisis sobre datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2012, halló que “el acceso a los servicios médicos se redujo en Colombia entre 1997 y 2012. Este comportamiento fue desigual al interior de las regiones: Antioquia y la región Oriental experimentaron un aumento en el indicador, mientras que las regiones Caribe, Centro, Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Orinoquía y Amazonía registraron una disminución. Los resultados de los modelos Probit muestran que las características de la demanda explican en mayor medida la probabilidad de acceso que las características de la oferta (Ayala , 2014). Con respecto a este tema, según el reporte sobre acceso a servicios de salud es limitado y se circunscribe a mencionar cifras de cobertura de aseguramiento y a los indicadores de camas hospitalarias, tasa de médicos por 10000 habitantes, número de consultas urgentes por cada 10 externas en la red pública, número de tutelas por no prestación de servicios de algunos de los planes de salud, barreras de acceso a los servicios de salud, y existe consenso entre ellas en que las principales barreras que enfrenta la población colombiana son económicas, geográficas, administrativas, culturales, normativas, de oferta, relacionadas con la falta de confianza en el médico y discriminación (tovar & Arrivillaga, 2014).

Esto puede reflejarse en las necesidades que buscan cubrir las grandes reformas del sector salud, pero pese a los cambios en el marco legal (respecto a la ley estatutaria aprobada en febrero de 2015) se muestra que hay problemas como: “fragmentación y especialización de los servicios, barreras de acceso, incentivos no alineados con la calidad, débil gobernanza, múltiples actores con poca coordinación y un sistema de información que no mide resultados. Es necesario un acuerdo social, un equilibrio y control de la tensión por parte del Estado entre el beneficio particular y el beneficio colectivo” (Bernal & Barbosa, 2015)

El sistema de salud colombiano tiene un sistema de seguridad social financiado con recursos públicos y en parte por el sector privado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) dividido por el componente del régimen contributivo y el subsidiado. Con las entidades promotoras de salud (EPS) el ciudadano se afilia al sistema, estas pueden ser públicas o privadas, y a través de ellas se reciben las cotizaciones para a su vez prestar los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) las instituciones prestadoras de servicios (IPS). El último Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 tiene una perspectiva amplia, porque tiene múltiples dimensiones como: la salud como

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatoroferandez)

derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional. En cuanto a la salud pública, se muestra por ejemplo como lentamente se está retornando a ella, a través del modelo de Atención Primaria, el cual realiza la atención médica a través de “consulta electiva, detección temprana, protección específica, promoción, vacunación, control prenatal, participación ciudadana y coordinación intersectorial, lo cual es signo de que se están generando procesos encaminados a la consecución de mayor calidad y cobertura en salud” (Carmona & Parra , 2015)



(Guerrero, I Gallego, & Becerril, 2011)

Finalmente, contemplando la realidad colombiana entorno a la globalización, los cambios demográficos y de los factores determinantes, es clara la interpretación de la transición epidemiológica del país, en donde aún hay presencia de enfermedades infecciosas y otras como resultado de condiciones de vida precarias para la población, además de las enfermedades degenerativas. Muestra de lo anterior se ve en el resurgimiento de enfermedades como la tuberculosis, asociada al sida, además de problemas ambientales, de salud mental y laboral. Si bien ha habido avances, con respecto a la disminución de la mortalidad infantil, no se ha tenido el mismo resultado con la mortalidad materna y la epidemia de VIH, además que se debe mejorar en el control de las enfermedades no transmisibles, las cuales representan la mayor carga de los problemas de salud, incluyendo problemas con la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud (Yepes & Marin , 2018). Para ambos países Colombia y México es un gran reto apuntar a la reducción de las cifras de morbimortalidad, con el nuevo perfil epidemiológico, cuando muchas de las causas de estos problemas tienen asidero en las condiciones de pobreza y de descuido estatal.

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

2. REFLEXIÓN

Acciones de los profesionales en salud

En la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible del 2015, se aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, estableciendo 17 objetivos de desarrollo sostenible, el objetivo 3 por ejemplo se asocia con el sector de la salud, al señalar que se debe “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, incluyendo la reducción de la mortalidad materna e infantil, la reducción de enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis, además de promover el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre otros retos se mencionan la “reducción de la muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, la reducción de las muertes por accidentes de tránsito, químicos y contaminantes, y la cobertura sanitaria universal, ya que la seguridad alimentaria, la educación, el trabajo decente, la igualdad de género, el acceso al agua, el saneamiento y la energía, la reducción de la pobreza y el cuidado del medio ambiente, son determinantes en el proceso de salud y enfermedad” (Yepes, 2018 p.166). Estos propósitos son posibles siempre y cuando exista una agenda en las naciones dirigida a promover la salud pública, y de este mismo modo los profesionales sanitarios trabajen en consonancia con estos objetivos, incluyendo la orientación que la academia debe hacer a la formación del talento humano en salud.

Se dice entonces que a través de la historia ha existido una evolución de los conceptos como la salud, el cuidado integral de la salud y la atención de la salud, esto implica un cambio en la manera de atender las enfermedades y hacia donde deben proyectarse los servicios, para la atención individual y colectiva, y cómo los profesionales deben articularse a estas tendencias y necesidades en salud de las personas y las comunidades, considerando los factores individuales, los determinantes ambientales y sociales de la salud, desde una mirada interdisciplinaria. Ese modelo centrado en la enfermedad y en el paciente, que implica aumento en la demanda de servicios de alto nivel y costo debe cambiarse a un modelo de atención integral, con otra perspectiva, teniendo así como base la participación social y la promoción de la salud (Franco, 2015).

Existen unos elementos en la promoción que son transversales desde las actuaciones profesionales en esta área, y que el Ministerio de Salud colombiano recogió como perfiles y competencias profesionales en salud, entre las cuales se mencionan: promover conductas de autocuidado en comunidad, planear, ejecutar estrategias de promoción y prevención, considerar condiciones de vida dignas, incentivar la autonomía de la persona, los grupos y las comunidades, suscitar estilos de vida y entornos saludables en individuos, grupos y comunidades. Con respecto a la prevención realizar identificación y gestión de los factores de riesgo, facilitar la participación de personas y comunidades en riesgo, mantenimiento, conservación y desarrollo de la salud individual y colectiva, diseñar e implementar programas. Durante la intervención se diseñan y ejecutan planes y acciones integrales de intervención, además se genera información sobre el proceso de intervención y evaluación en colaboración con profesionales de forma interdisciplinaria, se implementan y evalúan procesos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Lo anterior muestra que estas actividades no son propias del personal médico o de enfermería, y que por el contrario hacen parte de las competencias generales que debe tener todo profesional de la salud. Debe señalarse que estas actividades de prevención de la enfermedad, de promoción de la salud, y los programas de salud propiamente dichos, son actividades desarrolladas por múltiples profesionales, y transversales a la atención en salud pública, que son desarrolladas de manera

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

específica pero no exclusiva por el personal sanitario (ministerio de salud y proteccion social , 2016).

Cada profesional de salud tiene sus acciones generales y específicas en el cuidado de la salud de los colectivos, y debe aportar al modelo de atención. Dentro de su accionar se pueden solapar actuaciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad e intervención de factores de riesgo, de tipo familiar, ambiental e individual, pero cada uno desde la perspectiva de su objeto de estudio, teniendo claro que el ejercicio de la salud pública es de base multidisciplinario, justamente por el carácter complejo y multifactorial que tienen los problemas de salud. En ocasiones en este aspecto se encuentran dificultades como que dentro de un equipo de salud “no todos los profesionales conocen el rol, la función o la competencia de sus compañeros de equipo. Se menciona una disputa por el poder y también miedo de perder espacio y status profesional, así como la existencia de "feudos" profesionales difíciles de penetrar. Se señala que esta dificultad es provocada por el escaso diálogo entre los profesionales, lo que dificulta las interrelaciones entre los miembros del equipo e indican la falta de espacio adecuado para realizar reuniones y encuentros” (de costa, 2007).La anterior situación descrita debe superarse en aras de mejorar la atención, porque si además de tener problemas con la estructura sanitaria del estado y la falta de recursos para la salud pública, se le suman conflictos profesionales, que no son resueltos desde la claridad gremial, el avance conceptual y jurisprudencial, la atención de la salud pública está condenada al fracaso y los profesionales a continuar atendiendo la enfermedad desde el contexto clínico-hospitalario y no comunitario.

Es importante expresar que el perfil profesional es algo dinámico y que sufre modificaciones en función del contexto, el proceso evolutivo teórico y científico de las profesiones, es por esto que con el cambio en los perfiles epidemiológicos en América Latina, es necesario contar con profesionales formados para combatir los problemas de salud pública, no solo para los profesionales de salud sino para todos aquellos que contribuyen al mantenimiento de la salud desde diferentes estamentos, ubicándose en el modelo de determinantes sociales de la salud. Con base en lo anterior, la educación profesional en salud pública no solo debe contemplar los componentes más reconocidos en el área, como epidemiología, bioestadística, salud ambiental, administración de servicios de salud, ciencias sociales y del comportamiento, pero también nuevas dimensiones como serían la informática, genómica, comunicación, competencia cultural, investigación comunitaria basada en la participación, política y legislación, salud global y ética; todo lo anterior encarando las necesidades y cambios actuales reflejados en la globalización y el cambio climático, los avances científicos y tecnológicos, los cambios demográficos, y desde lo sanitario todo aquello relacionado con enfermedades emergentes y reemergentes. Dentro de los retos profesionales están que la salud pública vaya más allá de los riesgos biológicos, que incluya el contexto ambiental, social y comportamental en la cual los individuos y las poblaciones operan (Gebbie, rosentock, & Hernandez, 2003) ,de tal modo los profesionales en salud puedan desempeñarse en los niveles de intervención en salud pública: individual, interpersonal, organizacional, comunitario y de política pública, y para cada nivel habrán unos objetivos, alcances y aproximaciones propias (Browns & Baker, 2017) .

3. CONCLUSIONES

Este documento concluye que México y Colombia comparten unas condiciones sociales, económicas y de salud semejantes, y que a pesar que en décadas anteriores México fue un referente regional de la atención en salud pública, actualmente al igual que Colombia, sufre una transición demográfica y de perfil epidemiológico, en el cual las enfermedades infecciosas pasan a segundo plano y las enfermedades crónicas cobran vidas y consumen los servicios de salud, además de presentar brechas en el acceso a los servicios y de tener presencia de enfermedades diferenciales para la población vulnerable.

Como descripción de los modelos del sistema nacional de salud en México y Colombia, son estructuras compuestas muy relacionadas en sus condiciones de salud; apuestan una mayor accesibilidad y no solo ampliación de cobertura; ambos modelos han sido reforzados para obtener mejoras en su plan de salud pública. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y la población con capacidad de pago. El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada. El modificar esta situación es el reto que tienen los países, sus gobernantes, los profesionales y también la población, es indudable la tarea que se tiene de conquistar la promoción de la salud, de ahí la necesidad de ajustar la formación, se ha estimado que la escasez del personal sanitario en las Américas es de casi 800.000 profesionales, además existe una distribución inadecuada del personal, quienes se ubican principalmente en las zonas urbanas y con mayores recursos económicos, reduciendo la posibilidad de atención a población pobre de las zonas rurales.

Cada país debe hacer esfuerzos por facilitar la implementación de políticas y reformas que permitan lograr estos propósitos, también se requiere haya un cambio en la perspectiva de los profesionales sobre la idea de trabajar en el área de atención primaria, de forma complementaria entre profesionales, para aumentar la eficiencia, mejorar los resultados en salud y reducir costos de atención.

Finalmente, la formación de profesionales en salud debe transformarse para que la salud pública tenga más peso, y se pueda lograr consolidar dentro de la actividad profesional, aunque muchas profesiones sanitarias nacieron al seno de la prevención terciaria, como son las carreras de rehabilitación (fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, entre otras), su perspectiva debe contemplar el ámbito comunitario, manteniendo el clínico, pero dadas las condiciones de salud de los pobladores debe hacerse una modificación, en la cual las agremiaciones e instituciones de

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

educación superior discutan y realicen sus ajustes curriculares para lograr que la atención en salud pública tenga mayor reconocimiento y que los profesionales se desarrollen en ella de forma más autónoma, tanto desde el pregrado hasta los diferentes niveles de posgrado, considerando los diversos niveles de intervención en salud pública, desde lo individual hasta el desarrollo de políticas públicas.

REFERENCIAS

- Ardila, M. (2015). colombia y mexico:¿ diplomancias de bgaja intensidad. *desafios*, 221-252.
- Armus, J. (2012). historia/historia enfermedad/historia de la salud publica. *revista chile de salud publica* , 264-277.
- Ayala , J. (2014). la salud en colombia: mas cobertura pero menos acceso. *documentos de trabajo economico regional: banco de la republica*.
- Bascolo, E., houghton, N., & Del riego , A. (2018). logias de trasformacion de los sistemas de salud en america latina y resultados en acceso y cobertura de salud . *rev.panamericana de salud publica* , 42-126.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). la nueva reforma a la salud en colombia, el derecho el aseguramiento y el sistema de salud. *salud publica mexico*, 440-4445.
- Browns, R., & Baker, E. (2017). evidence based public health . *oxford university press*, 1-43.
- Carmona , z., & Parra , P. D. (2015). determiantes sociales de la salud, un analisis desde el contexto colombiano . *salud uninorte*, 414-424.
- de costa, s. r. (2007). roles profesionales de un equipo de salud: la vision de sus integrantes . *revsita latinoamerica de enfermagen* , 106-122.
- Escobar , D. (08 de junio de 2015). *similitudes de la economia de colombia y mexico*. Recuperado el 19 de septiembre de 2019, de KLAGOB: <http://downloxe.kazeo.com/similitudes-en-las-economias-de-colombia-y-mexico-a124334974>
- Flores , M., & Arenas, L. (2017). embarazo en la adolescencia en una region de mexico. *rev. salud publica* , 401-410.
- Franco , A. (2015). el rol de los profesionales de la salud en la atencion primaria en salud. *facultad nacional de salud publica* , 414-424.
- Gabino. (2017). un analisis comoparado de mexico y colombia, la relacion entre desarrollo y paz. espacios publicos. . *redalyc* , 20-50 .
- Gallegos, S., & Baezcodez, K. (2019). foreword health equity in the americas. *salud publica de mexico* , 415-416.
- Gebbie, K., rosentock, L., & Hernandez, c. (2003). who will keep the public heath professionals fir the 21st century. *national academies press*, 1-320.
- Gil , p. (2015). medecina preventiva y salud publica . *elservier*, 8.
- Gonzales , C., Hermocillo, A., Peralta, N., & Wagner , F. (2015). depression en adolocentes:un problema oculto para la salud publica y practica clinica . *boletin medico de hospital infantil de mexico* , 149-155 .

Vivian Johana Rodríguez Escamilla (vivianjohanarodriguezescamilla)
Hillary Johanna Toro Fernández (Hillary johannatorofernandez)

- J, Et al , D. (2015). obesity un mexico. *REV.MED INST. MEXICO SEGURO SOCIAL*, 240-249.
- J, f. (2016). la salud de la poblacion, hacia una nueva salud publica. *fondo de cultura economica*, 1-166.
- Juarez Marquez , C., Salgado , M., & Pelcastre , N. (2014). la desigualdad en salud de grupos vulnerables de mexico:adultos mayores, indigenas, inmigrantes . *rev. panamericana de salud publica* , 90-284.
- ministerio de salud y proteccion social . (2016). perfiles y competencias profesionales en salud, perpetiva de las profesiones un aporte al cuiddo de la salud, las personas, familia y comunidades. *imprensa Nacional de colombia* , 1-337.
- rodriguez , M., Avalos , M., & Lopez , C. (2014). CONSUMO DE BEBIDAS DE ALTO CONTENIDO CALORICO: UN reto de salud publica. *salud en tabasco*, 28-33.
- Roldan, J., Alvares, M., Carrasco, M., Lesdema , G., & Chavez , M. (2017). marginacion y cobertura de servicios de salud publica, entre poblaciones:indigenas rurales y urbanas un problema de salud publica . *salud rural remota*, 4-17 .
- salud, O. p. (2002). la salud publica en las americas. nuevos conceptos, analisis de desempeño y bases para la accion. *ops*, 1-44.
- salud, o. p. (2018). sociedades justa. equidad en la salud y vida, digna resumen ejecutivo del informe de la comision de la organizacion panamericana de la salud, sobre equidades y desigualdades en la salud en las americas. *OPS*, 1-88.
- Savedra, N., Shoshana, G., & Galvan , J. (2017). salud mental y atencion primaria de mexico: un problema de salud publica . *revista de salud publica* , 374-378.
- social, m. d. (2019). analisis de la situacion de salud (ASIS) colombia. *imprensa nacional de colombia* , 1-243.
- Tapia , R. (2016). una vision critica sobre salud publica en mexico . *gac medical mexico* , 278-292.
- tovar, L., & Arrivillaga, M. (2014). estado de arte de la investigacion en accedo a los servicios de salud en colombia 2000-2013. *gerencia y politica de salud*, 12-16.
- Yepes, & Marin . (2018). desafio del analisis de la situacion de salud en colombia. *Biomedica* , 162-172.