



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



SALUD PÚBLICA

Propuesta conceptual de un modelo operativo de atención integrada de servicios de salud pública para la niñez



Conceptual proposal for an operational model of integrated care in public health services for children

Ricardo Pérez Cuevas^{a,*}, Miguel Ángel Nakamura López^b,
Zandra Luz Pascasio Martínez^c, Natalia V. Mancilla Gallegos^c,
María Elena Montesinos Álvarez^c, Sandra Lucía Rodríguez Ramos^c,
Jorge A. Gómez Pérez^c, María de los Ángeles Pérez López^c
y María Eugenia López Jiménez^c

^a División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo

^b Secretaría de Salud, México

^c Instituto de Salud del Estado de Chiapas, México

Recibido el 16 de enero de 2015; aceptado el 16 de enero de 2015

1. Introducción

En México, las políticas en salud pública dirigidas a la niñez están enfocadas en satisfacer las necesidades de salud y propiciar la equidad. Toda la población tiene acceso a los servicios de salud pública; estos servicios son universales, gratuitos e independientes de la afiliación a cualquier aseguramiento en salud.

En los últimos 12 años, los programas de salud pública han expandido significativamente su cobertura en términos de acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades. Para la población sin seguridad social, la atención preventiva está contemplada en el Paquete Básico Garantizado de Salud que reciben los beneficiarios del Programa Prospera, a través del componente de salud¹.

También está garantizada en el CAUSES y forma parte del quehacer del programa IMSS-Prospera. Algunas de las acciones incluyen lo siguiente:

- i. El fortalecimiento de la descentralización y desconcentración de las acciones de salud pública a los Servicios Estatales de Salud
- ii. La ampliación de los programas de salud pública. Por ejemplo, entre 2006 y 2013, el esquema de vacunación para los niños menores de 5 años se expandió de 6 a 13 biológicos y se introdujeron nuevas vacunas para otros grupos de edad, como la vacuna del virus de papiloma humano para niñas de 9 a 12 años
- iii. La modernización de la vigilancia epidemiológica
- iv. El reforzamiento de acciones intersectoriales para abordar problemas concretos, como la ley antitabaco y la Iniciativa Mexicana para la Prevención de Accidentes Viales

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rperez@iadb.org (R. Pérez Cuevas).

- v. La mayor inversión en la producción de vacunas a través de la empresa paraestatal Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX), la cual produce las vacunas contra la poliomielitis, tétanos y difteria, y elabora sueros antialacrán y contra la mordedura de serpiente

En el caso de la población afiliada a la Seguridad Social, el Programa PREVENIMSS ha logrado avances sustanciales en cobertura y ampliación de la oferta de servicios de salud pública, cuyos contenidos siguen los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud².

Desde el punto de vista programático, las acciones de salud pública dirigidas a la niñez comprenden la vacunación universal, la prevención y el control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, y el control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años³. Desde el punto de vista operativo, estas acciones se implementan a través de la provisión de atenciones individuales durante la consulta del niño sano, el Programa de Vacunación Permanente y las tres Semanas Nacionales de Salud⁴.

Los servicios de salud pública se encuentran en una etapa de transición: de un modelo enfocado a lograr la supervivencia (por ejemplo, la reducción de la mortalidad neonatal) hacia modelos de atención que contribuyen a que los niños logren su máximo potencial de desarrollo. La reducción de la mortalidad es relevante, pero no suficiente para garantizar un buen estado de salud. Las consecuencias de un estado de salud subóptimo son graves en el mediano y largo plazos.

En México, la heterogeneidad de las condiciones de salud de la niñez mantendrá, durante un plazo largo, ambas perspectivas. Es decir, será indispensable continuar realizando acciones del modelo de supervivencia; sin embargo, ya existen las condiciones para implementar nuevas acciones del modelo de desarrollo pleno. Esto es plenamente justificable ya que, por una parte, el país no logró las metas de desarrollo del milenio en términos de reducir en dos tercios las tasas de mortalidad neonatal e infantil, para lo cual se requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios perinatales. Por otra parte, se encuentran en marcha, a escala nacional, los esfuerzos para evaluar el grado de desarrollo neurológico de los niños⁵ e implementar intervenciones enfocadas al desarrollo infantil temprano⁶. El desarrollo infantil temprano es un reto, en términos de su alcance, escala e impacto; la deficiencia para proporcionar ambientes óptimos para los niños resulta en la reducción de los ingresos y del producto interno bruto, en tasas más altas de enfermedad y depresión y de criminalidad⁷.

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) promueve que la consulta del niño sano tenga una perspectiva de atención integral en la que se otorguen servicios de promoción, prevención y detección al menor de un año y al menor de 5 años en las áreas de nutrición, desarrollo infantil, vacunas, prevención de accidentes, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas y detección del síndrome de Turner⁸.

El modelo vigente de provisión de servicios de salud pública enfrenta desafíos importantes para implementar estas acciones de forma integral. Los cambios demográficos y epidemiológicos que están ocurriendo en la población son

dinámicos, y las limitaciones organizacionales y de procesos en la provisión de servicios de atención primaria impiden que se mantenga un paralelismo entre la oferta de servicios y las necesidades que se deben atender⁹. Todavía es posible comprobar que los programas son aislados y frecuentemente compiten por recursos, y que el personal de servicios preventivos, quien otorga estos servicios, se debe multiplicar para lograr cubrir las metas esperadas. Esta situación es un motivo para proponer que, operativamente, los procesos se puedan alinear, y buscar fórmulas eficientes que permitan brindar la mayor cantidad posible de servicios en cada contacto con el usuario, cuya visita al establecimiento de salud puede ser para atención preventiva o curativa. Esta visión debe cambiar hacia una perspectiva en la que cada contacto del niño con los servicios de salud brinde la oportunidad de que reciba acciones de prevención y promoción de la salud.

Adicionalmente, el personal encargado de las actividades de salud pública requiere capacitación continua, y no únicamente en los procesos y procedimientos, sino también en temas que le permitan una mejor comprensión de su quehacer. Por ejemplo, conocer la influencia de los determinantes de la salud durante la niñez o familiarizarse con el área de desarrollo infantil temprano. El conocimiento de la influencia de aspectos familiares, culturales, ambientales y económicos en el estado de salud de los niños permite tener una mejor perspectiva para la prestación de los servicios de salud pública.

En este escrito se propone un marco conceptual para fundamentar la implementación de un modelo de atención integrada de servicios de salud pública dirigidos a menores de 5 años, cuyos atributos son la congruencia con las necesidades de salud de este grupo de edad y con las políticas y los programas de salud pública dirigidos a la niñez.

2. Marco conceptual de atención integrada

El término de atención integrada se refiere a la descripción de equipos de proveedores de salud que trabajan juntos para proporcionar servicios de salud. Existen diferentes formas de provisión de servicios de salud a través de equipos de trabajo: paralela, consultativa, colaborativa, coordinada, multidisciplinaria, interdisciplinaria e integradora¹⁰. La provisión de servicios refleja un continuo de atención, que va desde la interacción independiente de un proveedor con el usuario —en la cual el proveedor realiza su trabajo, definido de acuerdo con el alcance de su práctica, de forma independiente de otros proveedores, que incluso trabajan en un mismo establecimiento de salud (provisión paralela)— hasta la provisión integradora, que consiste en una combinación de medicina convencional y complementaria, y proporciona atención centrada en el individuo y basada en la toma de decisiones y apoyo permanente. Esta se brinda a través de un equipo interdisciplinario, cuyo trabajo es guiado por consenso, respeto y visión compartida de la atención a la salud que el individuo requiere¹¹.

Desde el punto de vista de la oferta, se considera la existencia de un sistema que cuenta con programas de salud pública enfocados en atender las necesidades de la población y que se otorgan a través de los servicios de salud centrados en el usuario¹², y cuyos atributos deben ser accesibilidad, calidad, suficiencia de recursos (humanos, técnicos,

financieros), capacidad de respuesta y continuidad de atención.

Las acciones de salud pública en la niñez tienen efectos a corto, mediano y largo plazo. La salud pública en la niñez se enfoca en promover y proteger la salud y el bienestar, así como en la prevención de enfermedades en infantes, niños y adolescentes mediante las competencias y los esfuerzos organizados del personal de salud, de las instituciones públicas y privadas, y de la sociedad. Para lograr su cometido, las acciones se sustentan en el conocimiento de los patrones de salud y enfermedad, la identificación de los factores que afectan su salud y la forma en que estos se pueden modificar para mejorar la salud y el bienestar en este grupo de edad¹³.

El desarrollo humano, la salud y el bienestar están vinculados entre sí, y también con el nivel socioeconómico y educativo. Las raíces del aprendizaje, la escolaridad y las conductas adaptativas que sostienen la salud física y mental son establecidas durante los primeros años de vida, y ejercen influencias a largo plazo en la salud durante la edad adulta y en la función social y comunitaria. El Institute of Medicine de Estados Unidos define la salud de los niños como el grado en que, de forma individual o en grupo, los niños son capaces o están capacitados para lograr lo siguiente: a) desarrollar y lograr su potencial; b) satisfacer sus necesidades; y c) desarrollar capacidades que les permitan interactuar exitosamente con sus ambientes biológicos, físicos y sociales¹⁴.

Desde el punto de vista de la demanda, la atención integrada tiene una perspectiva individual y poblacional. Desde el punto de vista del individuo, identifica quiénes son susceptibles y están en «alto riesgo», y se les ofrece/proporciona algún tipo de protección. La intervención dirigida al individuo está sujeta a la motivación, tanto del individuo como del proveedor de salud, para que participen. La razón beneficio/riesgo es favorable; no obstante, los costos pueden ser elevados, resulta paliativa y temporal, y su potencial es limitado¹⁵. De forma complementaria, la perspectiva de la población intenta controlar las causas de la incidencia de problemas específicos y busca mitigar los factores de riesgo; por ejemplo, modificar el estilo de vida para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. La desventaja es que logra beneficios poblacionales, pero los individuos pueden no percibir los beneficios (vacunas, uso de cinturón de seguridad en el automóvil, cambio de estilo de vida, etcétera). No todos los individuos percibirán un beneficio individual, porque no todos desarrollarán un problema de salud. El éxito de la prevención es que el evento no deseado no ocurra; por lo tanto, los usuarios no lo perciben.

El modelo de atención integral también considera el conocimiento y comprensión de la influencia de los determinantes de la salud (familiar, social, ambiental y cultural) del niño. El incremento en la expectativa de vida al nacimiento y la disminución de la mortalidad debida a padecimientos neonatales e infecciosos, así como el aumento de las enfermedades crónicas se acompañan también del entendimiento de la magnitud de los factores ambientales, sociales y económicos en la salud de los niños, los cuales influyen de manera positiva o negativa. Esta situación plantea un reto mayor para proponer un modelo integral de salud pública, cuyas acciones deben tener un carácter intersectorial y transdisciplinario (fig. 1).

3. Modelo operativo de atención integrada

Un modelo de atención es un concepto multifacético que, de manera amplia, define la mejor práctica en la provisión de servicios a los usuarios, considerando su trayectoria en los diferentes estados de una condición, lesión o evento. El modelo de atención debe, entonces, tener atributos como asegurar que los usuarios reciban la atención apropiada, de forma oportuna, por el equipo de salud correcto y en el lugar adecuado¹⁶.

El sistema de salud debe ser flexible para incorporar distintos modelos de atención en función de las características culturales y sociales de los usuarios y, en congruencia, contar con las características estructurales, recursos y personal de forma que los servicios sean capaces de responder a las necesidades de salud de manera comprensiva y culturalmente aceptable.

El modelo operativo propuesto tiene dos vertientes: la consulta completa durante la atención al niño sano y la consulta completa en casos de infección respiratoria y diarrea aguda. La importancia de reiterar la integración se justifica en los distintos estudios y evaluaciones que han reportado que persisten problemas tales como desnutrición y anemia¹⁷, que las coberturas de vacunación no logran los objetivos esperados a pesar de que el esquema de vacunación se incrementó de 6 a 15 inmunógenos en un plazo muy breve^a, y que la proporción de niños preescolares con sobrepeso/obesidad es creciente. Asimismo, existen evaluaciones que indican problemas estructurales y de organización de los servicios que limitan la efectividad de las acciones, lo cual justifica reconsiderar el modelo vigente de prestación de servicios de salud pública.

La figura 2 propone de forma esquemática las actividades que se deben desarrollar para la atención del niño sano y para la atención de casos con diarrea e infección respiratoria aguda. En lo referente a la atención al niño sano, comprende la identificación de factores de riesgo; la evaluación de necesidades de atención preventiva (en función de los programas nacionales); la valoración clínica enfocada en el estado nutricional y el desarrollo infantil (a través de la prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil temprano [EDI])⁵; indicaciones específicas como vacunación, prescripción de suplementos, antiparasitarios y sales de hidratación oral; la educación de la madre en temas de prevención y promoción de la salud, incluyendo la invitación para incorporarse al grupo de desarrollo infantil temprano (dependiendo de los resultados de la prueba EDI); y la acciones de seguimiento.

La consulta completa en casos de infección respiratoria y diarrea aguda tiene como propósito la atención de la más alta calidad posible mediante la utilización de las guías de práctica clínica vigentes en el país¹⁸⁻²⁰, a través de acciones específicas como la identificación de factores de riesgo y mal pronóstico; la valoración clínica; la capacitación de la madre en el motivo de la

^a El esquema completo para niños menores de un año de edad comprende las vacunas antipoliomielítica, BCG, hepatitis B, pentavalente (toxóide tetánico, toxóide diftérico, *Bordetella pertussis*, hepatitis B y antinfluenza), antineumocócica, antirrotavirus y triple viral SRP (sarampión, rubéola y parotiditis).

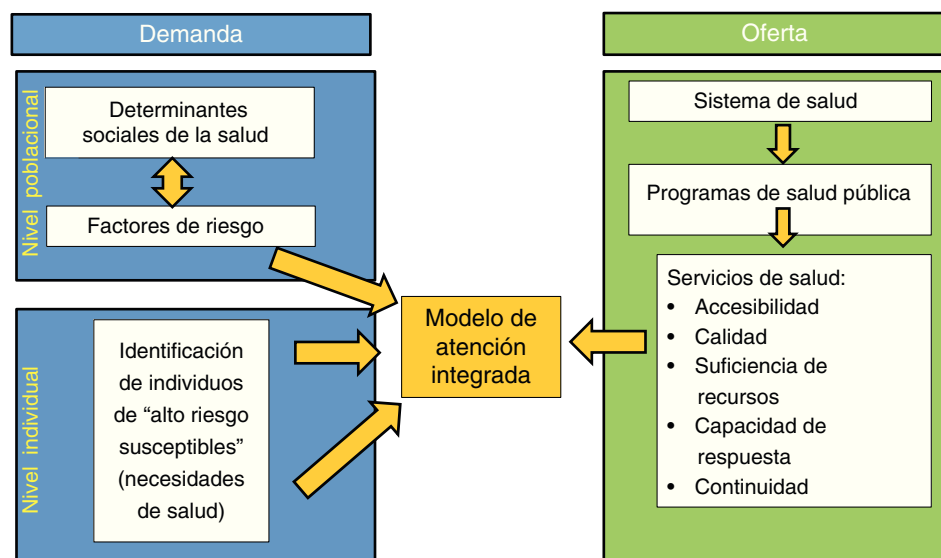


Figura 1 Marco conceptual de atención integrada.

consulta, enfatizando la búsqueda oportuna de atención médica en caso de complicaciones; la evaluación de la necesidad de acciones preventivas; y el seguimiento de casos.

Un modelo integrado de servicios es complejo porque la estructura (personal, organización, insumos) debe facilitar el trabajo en equipo para la provisión de los servicios. Los procesos deben facilitar la coordinación y comunicación entre los distintos integrantes del equipo de salud, y entre este y los usuarios. En salud pública existen múltiples proveedores involucrados en los procesos de atención, por lo que resulta indispensable lograr decisiones basadas en el consenso y promover el trabajo en equipo, el cual debe

ser capaz de reconocer las necesidades individuales de los usuarios.

Los resultados esperados también pueden lograr un margen mayor de medición. En términos de salud pública se espera que las acciones contribuyan a que los individuos y la población tengan el mejor estado de salud posible (efectividad o impacto), entendido como bienestar, que va más allá de la concepción de la función física y mental, y que también incluye la percepción de los usuarios.

La provisión de servicios de salud pública, integrados y basados en el trabajo en equipo, es un reto a superar, pues los servicios de salud pública actualmente se brindan a través de programas verticales. Esta situación genera que

Consulta completa: atención del niño sano	Consulta completa: infección respiratoria y diarrea aguda
1. Identificación de factores de riesgo 2. Evaluación de necesidades de atención preventiva 3. Valoración clínica a. Estado nutricional b. Desarrollo infantil temprano (prueba EDI) 4. Indicaciones a. Vacunas b. Suplementos c. Antiparasitarios d. Hidratación oral 5. Educación de la madre en temas específicos de prevención y promoción a. Inclusión en grupo de desarrollo infantil temprano dependiendo de los resultados de la prueba EDI 6. Seguimiento	1. Identificación de factores de riesgo y mal pronóstico 2. Valoración clínica a. Interrogatorio b. Diagnóstico c. Tratamiento d. Valoración de necesidad de referencia al siguiente nivel de atención 3. Capacitación de la madre en el motivo de la consulta a. Identificación de signos de alarma b. Búsqueda oportuna de atención médica 4. Evaluación de la necesidad de acciones preventivas a. Estado nutricional b. Desarrollo infantil c. Vacunas 5. Envío a medicina preventiva en caso de necesidad 6. Seguimiento del caso

Figura 2 Modelo operativo de atención integrada al menor de 5 años de edad.

los proveedores de salud piensen en la atención en términos de la multitud de programas y el cumplimiento de metas, y olviden que el niño sentado al frente de ellos es un individuo, para quien lo importante es recibir la atención integral que se le brinde.

Es indispensable modificar la estructura y los procesos de atención para verdaderamente lograr la provisión de servicios integrales. También lo es implementar acciones para medir la calidad, eficacia y efectividad de los servicios. La medición de la productividad y de las coberturas no brinda suficientes elementos para identificar el impacto, la calidad, la eficiencia o la equidad que los servicios de salud pública logran en la actualidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Seguro Popular. Componentes del Programa Oportunidades. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=312&Itemid=348
2. Gutiérrez G, Pérez-Cuevas R, Levy S, Reyes H, Acosta B, Fernández-Cantoñ S, et al. Strengthening preventive care programs: a permanent challenge for healthcare systems; lessons from PREVENIMSS México. *BMC Public Health*. 2010;10:417. doi:10.1186/1471-2458-10-417.
3. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-031SSA-2-1999 para la atención a la salud del niño. Publicado el 21 de noviembre de 2014.
4. Secretaría de Salud. Semanas nacionales de salud. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/SNS.html>
5. Rizzoli-Córdoba A, Schnaas-Arrieta L, Liendo-Vallejos S, Buenrostro-Márquez G, Romo-Pardo B, Carreón-García J, et al. Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas de desarrollo en menores de 5 años en México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2013;70:195-208.
6. Rizzoli Córdoba A, O'Shea Cuevas G, Aceves Villagrán D, Mares Serratos BB, Martell Valdez L, Velez V. Evaluación del desarrollo infantil en México. En: *Los Invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: estado de la educación en México 2014*. México: Mexicanos Primero Visión 2030 A.C.; 2014. p. 117-32.
7. Lundberg M, Wermli A, editores. *Children and youth in crisis: protecting and promoting human development in times of economic shocks*. Washington DC: World Bank; 2012. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9374/702600PUB0EPI0067902B09780821395479.pdf?sequence=1>.
8. Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Consulta del niño sano. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/infancia/consulta.html>
9. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candia E, Fernández M, Galván A, et al. Calidad del primer nivel de atención de los servicios estatales de Salud. Propuesta de Intervenciones. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014.
10. Boon H, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res*. 2004;4:15.
11. Gaboury I, Boon H, Verhoef M, Bujold M, Lapierre L, Moher D. Practitioners' validation of framework of team-oriented practice models in integrative health care: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:289.
12. Shaller D. Patient-centered care: what does it take? Picker Institute and The Commonwealth Fund; 2007. Disponible en: <http://healthcaredisclosure.org/docs/files/PtCenteredCareShallerApr2007.pdf>
13. Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, Crowther R. *Child public health*. New York: Oxford University Press; 2003.
14. Committee on Evaluation of Children's Health; Board on Children, Youth, and Families; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Institute of Medicine. *Children's Health, the Nation's Wealth. Assessing and improving child health*. Washington DC: The National Academies Press; 2004.
15. Rose G. Sick Individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30:427-32.
16. Government of Western Australia. Model of care. Overview and guidelines: WA Health Networks. Ensuring people get the right care, at the right time, by the right team and in the right place. Western Australia: Department of Health; 2008.
17. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>.
18. Consejo de Salubridad General. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA.EN.NINOS/RER.Diarrea.Aguda.pdf.
19. Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y manejo de la infección aguda de las vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC_InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf.
20. Consejo de Salubridad General. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/261_GPC_RINOSINUSITIS/rinosinusitis.evr_cenetec.pdf. En: Diagnóstico y tratamiento de la rinosinusitis aguda en la edad pediátrica. México: Secretaría de Salud; 2010.