

Universidad de Guadalajara

Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades

División de Estudios Políticos

Departamento de Trabajo Social



Salud Pública

3 de diciembre del 2008

UNIDAD I

CONCEPTO DE SALUD PUBLICA, UBICACIÓN DE LA SALUD PUBLICA COMO CIENCIA EN LAS SALUD Y ÁREAS DE APOYO.

TEMA.-1 SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

- CONCEPTOS DE SALUD PUBLICA EN RELACION CON OTROS CONCEPTOS DE SALUD
- SERVICIOS DE SALUD
- RELACION CON OTROS SERVICIOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS
- RETOS

TEMA 2 RESPONSABILIDAD Y COBERTURA DE LA SALUD PÚBLICA

- ANALIZAR SUS RESPONSABILIDADES EN LOS DIFERENTES PROCESOS DE DESENVOLVIMIENTO.

TEMA.- 3 EVOLUCIÓN, SITUACION ACTUAL Y PROSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

- *CONOCER LA EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LA SALUD
- *SITUACION ACTUAL Y PROSPECTIVA DE LA SALUD PUBLICA

TEMA 4 PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA SALUD PÃŠBLICA DESDE DERECHO A LA SALUD.-

- *ANALIZAR EL DERECHO Y DERECHOS DE LA SALUD
- *SUS CONCEPCIONES
- *FINALIDAD SOCIAL DEL ESTADO EN CONDICIONES DE GOBERNABILIDAD

TEMA 5 EVOLUCION HISTORICA DE LA SALUD PUBLICA

- CONOCER LA HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA DESDE EL COMUNISMO PRIMITIVO, ESCLAVISMO, FEUDALISMO, SIGLOS XVI Y XVII, CAPITALISMO, BIOLOGISMO Y CIENTIFICO-SOCIAL.
- DIFERENCIA ETAPA PRE, MICRO, Y PORSRT-MICROBIANA (UNICAUSAL Y MULTICAUSAL).

PROGRAMA

UNIDAD II MODELOS EXPLICATIVOS

TEMA 6.– ELEMENTOS PARA LA TEORIA DE TRANSICION EN SALUD

- ANALIZAR LA CONSTRUCCION DE LA SALUD
- CONCEPTOS
- DETERMINANTES
- MECANISMOS

TEMA 7 .– PRINCIPIOS GENERALES PARA UN NUEVO TIPO DE METODOS DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA INTEGRACION DEL MODELO GENETICO ESTRUCTURAL

- ANALIZAR COMO SE DETERMINA LA CONSTRUCCION DEL OBJETO EPIDEMIOLOGICO
- PROCESOS CIENTIFICOS VINCULADOS A LA S.E.
- LEYES QUE RIGEN HECHOS EPIDEMIOLOGICOS
- RELACION ENTRE LO SOCIAL Y LAS CONDICIONES NATURALES ESTERIORES, ETC.

TEMA 8.– EQUIDAD Y SALUD, NECESIDADES DE LA INVESTIGACION PARA LA FORMULACION DE UNA POLITICA SOCIAL.

- *ANALIZAR EN QUE CONSISTE LA EQUIDAD EN LA SALUD karina
- *CONDICIONANTES DE LA SALUD LA MEDICINA SOCIAL Y SUS ELEMENTOS INTERVINIENTES

TEMA 9.– HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD TEORIA Y MODELO DE LA CASUALIDAD (UNICAUSALIDAD, Y MULTICAUSALIDAD),

- CONOCER LOS MODELOS QUE EXPLICAN Y QUE ABORDAN LA SALUD ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA HISTORICO NATURAL
- Y LAS TEORIAS DE LA CASUALIDAD
- *DESARROLLOS CRITICAS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS Y SU USO O NO USO EN TRABAJO SOCIAL gaby

TEMA 10 FACTORES ECOLOGICOS DE SALUD Y LA ENFERMEDAD

- CONOCER EL LADO BIOLOGICO-ECOLOGICO DE LA SALUD

TEMA 11 .– DETERMINANTES DE LA SALUD

- *IDENTIFICAR EN QUE CONSISTEN LOS DETERMINANTES DE LA SALUD,
- *SUS MODELOS
- *SU CONTRIBUCIÃ“N EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

UNIDAD 3 PROMOCION DE LA SALUD

TEMA 12 CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS

- ANALIZAR EL PORQUE DE LA PROMOCION DE LA SALUD
- SUS SISTEMAS DE SALUD
- EN QUE CONSISTE
- SUS POLITICAS PUBLICAS Y SALUD

TEMA 13 INVESTIGACION EN PROMOCION DE LA SALUD

- IDENTIFICAR ASPECTOS METODOLIGICOS DE LA PROMOCION DE LA SALUD
- A QUIEN SE INVESTIGA Y ALGUNOS METODOS Y TECNICAS

TEMA 14.– GRUPOS DE AYUDA MUTUA

- IDENTIFICAR QUE Y QUIENES SON LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA,
- MOTIVOS
- OBJETIVOS
- BENEFICIOS ETC.

TEMA 15.– PARTICIPACION COMUNITARIA

- CONOCER EN QUE CONSISTE LA PARTICIPACION COMUNITARIA
- SU CONCEPTO, ESTILOS, BENEFICIOS, ETC.

TEMA 16.– ESCUELAS SALUDABLES

- IDENTIFICAR EN LAS ESCUELAS
- SU PROMOCION DE LA SALUD
- LA ESCUELA COMO VISION DE ESCENARIO

UNIDAD 4 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

TEMA 17.– ATENCION INTEGRAL

- IDETIFICAR EN QUE CONSISTEN LA ATENCION INTEGRAL Y
- EXPLICITARA COMO SE DESARROLLA (PRECEN-IMSS).

TEMA 18.– GRUPOS DE AUTOAYUDA

- DEFINIR QUE ES EL GRUPO DE AUTOAYUDA
- SUS CARACTERISTICAS
- POLITICAS

- OBJETIVOS
- ACCION
- Y SUS COMPONENTES

UNIDAD 5 DIAGNOSTICO DE SALUD

TEMA 17.- COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO DE SALUD

- CONOCERA QUE ES EL DIAGNOSTICO DE SALUD,
- SU UTILIDAD
- USO
- LOS ELEMENTOS QUE CONFORMAN EL DIAGNOSTICO Y
- PRESENTARA UN DX DE ALGUNA INSTITUCION OFICIAL

ANEXOS

TEMA 18 RETOS DE LA SALUD PUBLICA

UNIDAD I

CONCEPTO DE SALUD PUBLICA, UBICACIÃ“N DE LA SALUD PUBLICA COMO CIENCIA EN LSA SALUD Y Ã“REAS DE APOYO.

- Tema 1.– Salud pÃºblica y servicios de salud publica.
- Tema 2.–Responsabilidad y cobertura de la salud publica.
- Tema 3.– EvoluciÃ³n, situaciÃ³n actual y prospectiva de la salud pÃºblica.
- Tema 4.– Principios orientadores de la salud publica desde derecho a la salud.
- Tema 5.– EvoluciÃ³n histÃ³rica de la salud publica.

CONCEPTO DE SALUD PÃšBLICA

La salud pÃºblica es un proceso dinÃ¡mico en el que intervienen la satisfacciÃ³n de necesidades fundamentales del hombre, las condiciones del entorno ecolÃ³gico, su participaciÃ³n en el desarrollo cultural, productivo, cientÃ-fico y tecnolÃ³gico.

Salud publica. (Winslow) Implica la intervenciÃ³n tÃ©cnica planificada sobre el medio global y sobre la poblaciÃ³n. PrevenciÃ³n de la enfermedad. EducaciÃ³n sanitaria.

PromociÃ³n de la salud, cuidados curativos y rehabilitaciÃ³n del enfermo (OMS 1973).

Conjunto de disciplinas que trata de los problemas concernientes a la:

- Salud o enfermedades de una poblaciÃ³n.
- Estado sanitario de la comunidad.
- Los servicios y dispositivos mÃ©dicos y socio sanitarios.
- La planificaciÃ³n, administraciÃ³n y gestiÃ³n de los servicios de salud.

En nuestro entorno sociocultural la Salud Publica ha discurrido por 3 fases diferenciales:

- Primera fase: revolución industrial.
- Segunda fase: siglo XIX y hasta los años 30.
- Tercera fase: años 40 hasta nuestros días.

Dentro de las actividades que realiza la Salud Pública se encuentra la prevención de la enfermedad que se distingue en tres niveles:

- Prevención primaria: evitar que la enfermedad comience.
- Prevención secundaria: intervenciones que alteran favorablemente el curso de la enfermedad.
- Prevención terciaria: actividades para conseguir la rehabilitación del enfermo.

Milton Terris dice que es un estado de bienestar físico, mental y social, en el que se conserva la funcionalidad del individuo y no solamente ausencia de enfermedad o invalidez.

Salleras Sanmartín dice que la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que están inmersos los individuos y la colectividad.

1. SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

Protección de la Salud

Encaminada al control de los riesgos para la salud procedentes del medio ambiente en su sentido más amplio. Realiza actividades de higiene y sanidad.

Los riesgos pueden ser físicos, químicos y biológicos vehiculados a través del agua, atmósfera, superficie terrestre o alimentos.

Promoción de la Salud

Incrementar el quantum de salud de los individuos y comunidad. Mediante prácticas, hábitos y estilos de vida saludables a través de Educación para la salud con participación de profesionales de la salud, agentes sociales y comunitarios.

La Salud Pública engloba conocimientos, disciplinas y actuaciones con características:

- Multiprofesionales
- Multidisciplinares
- Multiinstitucionales
- Multisectoriales

Entendemos por servicios de SP, al conjunto de recursos humanos, centros y dispositivos que ofrecen a los ciudadanos, al sector sanitario y a la sociedad en general prestaciones específicas en SP; no incluyen los servicios, y funciones de la red médico-asistencial.

1.- Los servicios de SP de Nivel Estatal. Lo componen aquellos centros que actualmente ofrecen prestaciones de tipo referencial para el resto del Estado, y que prestan su apoyo a las actuaciones llevadas a cabo desde las administraciones autonómicas.

2.- Los servicios de SP de nivel autonómico. La configuración de los SSP en el Estado es variable en función del tiempo en que fueron implantados, los recursos disponibles para ello y la estructura político-administrativa de cada

Comunidad Autónoma. Normalmente los SSP asumen las tareas de protección de la salud, esto es, control de riesgos alimentarios, medioambientales, actividades de la salud laboral, vigilancia epidemiológica, etc.

Estas acciones preventivas figuran recogidas en la Ley General de Sanidad, siguiendo un modelo de atención Integral de salud, estando asignadas a los equipos de atención primaria.

Los servicios de salud pública del nivel autonómico, en coordinación con otras instituciones sanitarias, llevan a cabo las siguientes prestaciones de SP:

- Vigilancia epidemiológica y control de brotes epidémicos: Se realizan tareas de Vigilancia epidemiológica de transmisibles, no transmisibles, estudios de morbimortalidad y estudio y control de las alarmas y brotes epidemiológicos. Las intervenciones en brotes, cada vez más frecuentes, debido en gran parte al perfeccionamiento de los sistemas de notificación y redes de alerta, constituye uno de los activos más importantes de las actuaciones en salud pública.
- Control de riesgos alimentarios: Se llevan a cabo tareas de control e inspección de los riesgos derivados del consumo de alimentos en toda la cadena alimentaria, desde la producción, elaboración, manipulación y hasta la venta final al consumidor.
- Control de riesgos ambientales para la salud: Se realizan tareas de evaluación de impacto en salud de todas aquellas actividades que puedan generar riesgos sanitarios. Abarca actuaciones sobre aguas de consumo, aguas de recreo, contaminación del suelo, etc.
- Actuaciones en prevención y promoción de la salud: Son todas las intervenciones tendientes a prevenir la enfermedad y a promover la adopción de hábitos saludables en la población. En la prevención, el trabajo interinstitucional con la red asistencial es prioritario, como son las inmunizaciones, los seguimientos de contactos en la tuberculosis, estudios específicos de mortalidad, etc.

3.- Los servicios de SP de Nivel Local:

Los servicios de SP de los Ayuntamientos, excepto en municipios demográficamente importantes, tiene en general, poca relevancia, tanto por la escasa estructura de centros y recursos como las acciones que llevan a cabo.

La relación de los Servicios de Salud Pública con otros Agentes Sanitarios y No Sanitarios.

La mayor parte de las actividades de SP están ligadas a las acciones asistenciales: vigilancia

A) Dentro del sistema sanitario epidemiológico de enfermedades, prevención primaria y secundaria, etc.

Atención especializada:

Las actuaciones en prevención de patologías más prevalentes, como el asma o la diabetes, las actuaciones en VE de las mismas, los seguimientos de pacientes hospitalarios.

Atención Primaria:

Todas aquellas acciones que tengan relación con la prevención y la VE de patologías atendidas en la red de atención primaria, la implantación de estrategias de vacunación de enfermedades prevenibles, las actividades de promoción de la salud a la población.

Otros:

Las redes asistenciales en Salud Mental, para la vigilancia de patologías emergentes como los Trastornos del Comportamiento Alimentario, los dispositivos para la prevención y tratamiento de toxicomanías, etc.

B) Fuera del sistema sanitario:

Corporaciones Locales: Coordinación con las corporaciones locales en todos los ámbitos de la SP que, disponiendo o no de recursos propios, potencian las intervenciones y generan sinergias que incrementan la eficacia de las mismas.

Otros Sectores (Educación, agricultura, medio ambiente):

En programas preventivos que por los grupos poblacionales, tales como la población escolar, es necesaria la coordinación con el sector educativo, para potenciar la transversalidad en actividades de promoción de la salud.

Sociedad Civil: El trabajo en promoción de la salud con los colectivos sociales de diversa índole, precisa de la colaboración de las redes sociales para hacer más efectivo su impacto. Los grupos sociales organizados refuerzan las intervenciones en Salud Pública.

Los retos de la Salud Pública en el futuro. La reorientación de los servicios de salud pública.

Para que la salud pública pueda desarrollar sus atribuciones de manera más eficaz y eficiente de evolucionar a través de sus servicios y prestaciones y reorientar su ubicación dentro del sistema sanitario. Desde esta perspectiva esta evolución debe pivotar, entre otros, sobre varios ejes:

1.- Profesionalización de las funciones de salud pública:

Los recursos que han integrado los colectivos profesionales que han ejercido tareas en salud pública, provienen en su mayor parte de los antiguos cuerpos de sanitarios locales y una gran mayoría ha accedido a su formación de manera autodidacta o con el ejercicio cotidiano de las tareas.

2.- Presencia de la SP en el sistema sanitario:

No debe manifestarse solo en la resolución de brotes o crisis sanitarias que suelen desencadenar gran alarma social y mediática, sino en el desarrollo de competencias de manera rigurosa. Por otro lado, el reforzamiento de las alianzas de la salud pública con otros agentes es indispensable para ejercer sus funciones con capacidad de impacto.

3.- Nuevas estructuras y fórmulas de gestión:

La incorporación de nuevas estructuras de gestión técnica-administrativas podrá presentar un avance para la gestión más ágil y eficiente de las funciones de salud pública, siendo necesaria una dependencia orgánica de las instituciones en las que recae la responsabilidad de las políticas sanitarias.

Importancia de la Educación Permanente en Salud Pública:

- Mejor capacitación.
- Cumplimiento de las normas ambientales.
- Educación continua o permanente.
- Análisis y evaluación.

El gran desafío del futuro es el del mejoramiento y fortalecimiento progresivo de la salud pública para lograr a partir del bienestar de la población su mayor desarrollo económico y social.

3. EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL Y PROSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

Se estudia a través de seis eventos secuenciales:

- Pasado:

Se enfoca a estudiar las incidencias y prevalencia de las patologías, basados en estudios retrospectivos.

- Presente:

Se estudian los problemas causas y alternativas para solucionarlo.

- Problemas:

Permiten identificar posibles causas.

- Soluciones:

Promoción de la salud y medidas a favor de estilo de vida saludables.

- Escenarios futuros:

Cada paso se debe proyectar en un periodo de corto (5 años), mediano (10) y largo plazo (20), basándose en estadísticas, epidemiología analítica o análisis de sistemas.

- Intervenciones:

Concepto naturalista	Idealistas ontológicas con alto contenido religioso
Concepto animista	Producidas por seres inmateriales que se apoderaban del organismo.
Postulado de Koch	El microorganismo se halla siempre en la enfermedad.
Modelo de Leaver y Clark	Nivela la enfermedad en: inicio, recuperación, secuela o muerte.
Teoría multicausal	Reconoce causas múltiples, biológicas, culturales y sociales.
La triada ecológica	Cree que el ambiente es la génesis de la salud.
Modelo de Acheson	Sugiere que hay enfermedades biológicas y sociales.
Modelos de factores de riesgo	Considera a los individuos como factores de riesgo, esto de acuerdo a como se relacionan entre si.
Modelo de Blum	Agrupa los factores que afectan el proceso salud enfermedad. Biológicos individuales o herencia Ambientales Sistema de salud} Y estilos de vida

4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA SALUD PÚBLICA DESDE DERECHO A LA SALUD

Definir los principios orientadores para la salud publica, pudieran ser innumerables dependiendo, la dimensiÃ³n y posiciÃ³n conceptual desde la cual se precisen.

Acorde al referente de anÃ¡lisis adquiere diferentes visiones:

- Se ha partido del ser humano definiendo la salud bajo concepciones biologistas.
- Se ha tenido como referente las acciones que se realizan para la atenciÃ³n medica y en consecuencia se define a la salud como servicios pÃºblicos o funciones publicas.
- Desde lo jurÃ-dico, como regÃ-menes establecidos, como derecho a lo normado o derecho humano.

Partiendo de los medios de organizaciÃ³n y garantÃ-a y entonces se confunde salud, con sistemas de salud o sistemas de seguridad social en salud. Los conceptos de salud–enfermedad, son altamente influenciadas por el contexto social y polÃ-tico que las rodea.

Se alimenta de los desarrollos de las ciencias actuales tanto biolÃ³gicas como humanas y sociales. Ahora nos encontramos en tiempo de grandes transformaciones siendo de importancia la globalizaciÃ³n, que puede definirse como un proceso que esta cambiando la naturaleza de la interacciÃ³n humana.

La teorÃ-a critica sostiene que la globalizaciÃ³n es una utopÃ-a liberal con consecuencias destructoras y desestabilizantes. Estas corrientes en el mundo sanitario, se manifiestan por una parte, en la aplicaciÃ³n de la lÃ³gica salubrista y de los derechos humanos a los sistemas sanitarios y en la aplicaciÃ³n de las leyes de mercado a las necesidades humanas.

Desde 1990 hasta la fecha, las incidencias de las anteriores teorÃ-as se caracterizan por el recorte de los gastos sociales y sanitarios por la implantaciÃ³n del modelo competitivo en los sistemas sanitarios, mediante diversas formulas de privatizaciÃ³n tendientes a que los usuarios contribuyan en mayor medida al pago de los servicios concretos prestados.

El impacto del proceso de globalizaciÃ³n ha profundizado las inequidades de AmÃ©rica Latina y el Caribe. Ante esta crisis, nada mas necesario que intentar criterios que orienten la salud publica. Tienen como trasfondo la bÃ³squeda de sus fundamentos en los derechos humanos.

Entre los conceptos y definiciones que se tiene en cuenta para la precisiÃ³n de los principios orientadores son:

- DeclaraciÃ³n de la cumbre de rio de janeiro de 1992 y la agenda 21.
- La carta de Ottawa (1986) la promociÃ³n de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre si misma.

Conferencia de Adelaida, Australia 1998, en la cual se definiÃ³ la polÃ-tica publica saludable como la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente disfrute una vida saludable. La declaraciÃ³n de Liverpool sobre el derecho ala salud, asÃ- como municipio saludable. La declaraciÃ³n de Jakarta la salud es un derecho humano y es esencial para el desarrollo humano.

Igualmente se tienen en cuenta las siguientes concepciones de salud:

- La concepciÃ³n multifactorial del informe Lalonde (1974).
- La reproducciÃ³n social de la situaciÃ³n de salud.
- El enfoque multidimensional e integral de la salud.
- El enfoque de la complejidad.
- El enfoque transdisciplinario en salud.
- El enfoque sistÃ©mico de salud.
- El enfoque gerencia de sistemas y servicios de salud.

- El enfoque de modelos de atención a la salud regionalizados y descentralizados.
- La salud y el equilibrio en las relaciones humanas.

La salud es un derecho humano individual y colectivo, es un bien de interés público, producto y proceso de la sociedad civil, dinámico e integral en la que intervienen las relaciones equitativas y sustentables con el entorno ecológico, social, cultural, productivo, científico y tecnológico, es una finalidad social del Estado en condiciones de gobernabilidad, y un componente de componente de orden público necesario para la convivencia y paz social.

Medidas de control:

- Mejorar las condiciones y hábitos sanitarios.
- Capacitación de personal de salud.
- Apoyo de proyectos de intervención.
- Colaboración interinstitucional e interpartidista.
- Vigilancia epidemiológica.
- La educación en salud.
- La inversión en agua.
- Saneamiento y servicios de salud.

5. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA

COMUNISMO PRIMITIVO

Esta etapa se desarrolló desde el paleolítico hasta el neolítico. Se caracterizó por el advenimiento de hordas humanas y por el establecimiento del régimen tribal. El pensamiento predominante era el mágico, mágico. Interpretaban las enfermedades como producto de la incidencia de los factores naturales sobre su cuerpo: los accidentes y traumatismos. Había demonios, dioses y espíritus causantes de la enfermedad.

ESCLAVISMO

Era una sociedad clasista con división de trabajo (hombres libres y esclavos). Tendencias filosóficas idealismo y materialismo influyeron en la manera de enfrentar el fenómeno de la enfermedad. En el antiguo oriente consideraban la influencia de los dioses y también de los astros (canáculas) el clima, la dieta, etc. También existía la medicina sacerdotal que era netamente espiritual. Con influencia de Democrito y Heraclito Hipócrates plasma su teoría de los humores.

FEUDALISMO

Galen pasa a ser la doctrina oficial médica de la edad media. Para Celso es su máximo exponente, al considerar que todo proceso orgánico es un proceso químico. Esto visto desde el punto de vista de salud-enfermedad. También descartes influyó en la medicina ya que consideraba que el objeto final del saber era el dominio del hombre sobre la naturaleza.

CAPITALISMO

Ramazzini plantea el concepto de patología industrial, señalando el desarrollo industrial como causa de la enfermedad. Babtista Morgegi crea la anatomía, quien llegó a considerar que la enfermedad era producto de alteraciones orgánicas específicas. Pasteur crea su teoría del germen y Virchou su teoría celular. Selye en 1950 teoría de las disfunciones glandulares de secreción y la teoría del estrés. Freud asienta la enfermedad en la energía de la libido como causa de neurosis.

ENFOQUE BIOLOGISTA

El paso de lo humano a lo humano en la causalidad de la enfermedad–salud dio como resultado que:

- 1) Se estudiara la enfermedad
- 2) Se clasificara la enfermedad

ENFOQUE CIENTÍFICO SOCIAL

Partiendo de la necesidad de utilizar herramientas para este nivel se han descrito las siguientes:

Tipo de estudio Orientación

- 1.Socio económicos 1.unicausal
- 2.Psicosociales–culturales 2.unicausal
- 3.Histórico estructurales 3.dialectico

MODELOS

- Ecológico: formulado por Leavell y Clark donde se incluyen los conceptos socio–económicos de Gordon y el modelo patológico de la enfermedad es útil para enfoque individual y biológico.
- Genético estructural: desarrollo por Sagatovsky y Ontipov, basándose en la teoría materialista histórica, es útil para el enfoque social.

UNIDAD II

MODELOS EXPLICATIVOS

- Tema 6.– Elementos para la teoría de transición en salud.
- Tema 7.– Principios generales para un nuevo tipo de método de la investigación epidemiológica integración del modelo genético estructural.
- Tema 8.– Equidad y salud, necesidades de la investigación para la formulación de una política social.
- Tema 9.– Historia natural de la enfermedad teórica y modelo de la causalidad (unicausalidad, y multicausalidad).
- Tema 10.– Factores ecológicos de salud y la enfermedad.
- Tema 11.– Determinantes de la salud

6. ELEMENTOS PARA UNA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN EN SALUD

La transición es un proceso dinámico en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios de fondo:

- Demográfica.
- Socioeconómica.
- Tecnológica.
- Políticas.
- Biológicas.

La teoría de la transición debe entonces orientarse a comprender las características, determinantes y consecuencias de dicho procesos.

La transición de la salud se divide en:

- La transición epidemiológica: es un proceso de cambio de largo plazo en las condiciones de salud de una sociedad determinada incluyendo cambios en los patrones de enfermedad, incapacidad y muerte.
- Transición de la atención a la salud: se refiere al proceso de cambio en los patrones de la respuesta social organizada a las condiciones de salud.

Los determinantes de la salud pueden concebirse como factores de riesgo, es decir, procesos, atributos o exposiciones que determinan la probabilidad de que ocurra enfermedad, muerte y otra condición de salud.

Mecanismos

El estado de salud se expresa en un nivel individual. Su agregación, define el perfil epidemiológico de una población y el cambio a largo plazo de tal perfil constituye la transición epidemiológica.

Transición epidemiológica

Involucra tres mecanismos principales que se refieren a cambios de largo plazo:

1.- Disminución de la fecundidad:

Esto, es parte de la transición demográfica. Implica el cambio de una fecundidad dominada por factores naturales y biológicas, hacia una fecundidad controlada en gran parte por las decisiones individuales de las parejas.

Como resultado las sociedades cambian de una manera fundamental sus estructuras por edad. De estar en una distribución tendiente hacia el predominio de las edades jóvenes, se pasa a otra en que predominan los adultos.

En términos epidemiológicos, el resultado de este proceso; es el incremento del número de personas expuestas a enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares y el cáncer

2.- Cambios en los factores de riesgo:

Este mecanismo actúa primariamente sobre la probabilidad de enfermar con los cambios de los diferentes tipos de riesgo:

- Ocupacionales
- Ambientales
- Sociales
- Biológicos

- Conductuales

Muchos de estos cambios estÃ¡n asociados con el proceso de modernizaciÃ³n. Entre ellos la expansiÃ³n de la educaciÃ³n, que provee acceso a niveles mÃ¡ximos comunes en escolaridad para la mayor parte de la sociedad y; el incremento en la participaciÃ³n de la mujer en la fuerza de trabajo. Una condiciÃ³n importante que acompaña a estos cambios es el mejoramiento promedio de la nutriciÃ³n, de las condiciones de la vivienda, el abastecimiento de agua y saneamiento. Lo cual disminuye de manera significativa los riesgos a la salud. Pero no todos los aspectos de la modernizaciÃ³n son positivos para la salud. Las condiciones de trabajo y de vida de muchos habitantes dan lugar a una mayor incidencia de lesiones. Similarmente, la adopciÃ³n de ciertos patrones de consumo y de conducta aumenta el riesgo general de enfermar y morir.

3.- DisminuciÃ³n de las tasas de letalidad:

Durante este siglo, diversos cambios diversos ocurridos en la cantidad, distribuciÃ³n, organizaciÃ³n y calidad de los servicios de salud, han contribuido a la transiciÃ³n epidemiolÃ³gica. La investigaciÃ³n médica y el desarrollo tecnolÃ³gico, han producido avances importantes en el manejo efectivo de muchas enfermedades transmisibles como no transmisibles.

Una parte importante de la mayor supervivencia de los seres humanos se debe a la disminuciÃ³n de la tasa de letalidad, lograda mediante la aplicaciÃ³n de tecnologÃías diagnosticas y terapÃ©uticas efectivas. La diversidad de las modalidades que los tres mecanismos pueden asumir en distintos contextos histÃ³ricos explica porque la transiciÃ³n epidemiolÃ³gica no es uniforme en todas las naciones o regiones. Las caracterÃ³sticas de cada mecanismo, así como su interrelaciÃ³n, seguramente producen diferencias importantes en la dinÃ¡mica epidemiolÃ³gica de un paÃ±s. Ello plantea la necesidad de estudiar los atributos especÃ³ficos de dicha dinÃ¡mica

Atributos

Entre los principales atributos se encuentran seis, que son los siguientes:

1.- Patrones bÃ¡sicos del cambio: La transiciÃ³n epidemiolÃ³gica comprende 3 procesos fundamentales de cambio en el perfil de salud de una poblaciÃ³n:

- Patrones de mortalidad.
- Morbilidad.
- Incapacidad.

En primer lugar: El sentido dominante de la transiciÃ³n implica un desplazamiento de las enfermedades infecciosas asociadas a carencias primarias, (nutriciÃ³n, abastecimiento de agua, condiciones de vivienda o educaciÃ³n).

En segundo lugar: El peso de la enfermedad y la muerte se mueve de los grupos mas jÃ³venes hacia los de mayor edad.

En tercer lugar: Estriba el transito de una situaciÃ³n de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante.

2.- Etapas o eras de la transiciÃ³n epidemiolÃ³gica: SegÃºn Frederiksen, los patrones predominantes de morbilidad, mortalidad y fecundidad, así como la organizaciÃ³n de la atenciÃ³n de la salud corresponden a cuatro etapas de la sociedad.

- Tradicional.

- Transicional temprana.
- Transicional tardía.
- Moderna.

Omran identifica tres eras secuenciales:

- Pestilencia y hambruna.
- Disminución de las pandemias.
- Enfermedades degenerativas y enfermedades producidas por el hombre.

Lerner presenta 3 etapas que denomina:

- Vitalidad baja.
- Control creciente sobre la mortalidad.
- Concepción amplificada de la salud.

3.- Dirección del cambio: Parece incorrecto suponer que el cambio siempre deba darse de una manera suave y unidireccional; de hecho, es común que ocurra una inversión de las tendencias. En otras palabras, puede haber pequeñas o grandes contra transiciones.

4.- Secuencia de las etapas: La secuencia de las etapas descrita por los autores previos, pudiera sugerir que cada era está claramente separada de otra.

En realidad, varios períodos o etapas pueden trasladarse, por Ej. (el descenso de las enfermedades infecciosas puede ser lento o aun estancarse en segmentos importantes de la población, mientras que el aumento de las enfermedades no transmisibles puede estar ocurriendo en otro segmento de la misma población, causando un traslape de etapas).

Esta clasificación toma como criterios el tiempo histórico en que cada transición se inicia y el ritmo al cual cada país atraviesa por las etapas.

5.- Movimiento de inicio y velocidad: Omran, reconoce que puede haber distintos modelos de transición. El distingue 3:

1.- Clásico u occidental (característico de Europa y Norteamérica)

2.- Modelo acelerado (ejemplificado por Japón)

3.- Modelo contemporáneo o retardado (término de sociedades como Sri Lanka y Chile, sociedades en vías de desarrollo).

6.- Distribución de los perfiles epidemiológicos: Lo que ha sucedido y sigue sucediendo, en muchas sociedades, es que el ritmo de los cambios es más lento en los pobres que en los ricos, por definición, aquellos tendrán una mayor incidencia en las enfermedades infecciosas entre su población joven, de mayor proporción.

Consecuencias

La creciente complejidad del campo de la salud queda subrayada por la intrincada red de consecuencias que la transición tiene sobre sus propios determinantes: Consecuencias sociales, Demográficas, Sistema de atención a la salud. Etc. Pero para asumir y enfrentar esto, es necesario desarrollar modelos innovadores de servicio.

7.- PRINCIPIOS GENERALES PARA UN NUEVO TIPO DE MÁS TODOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTEGRACIÓN DEL MODELO GENÉTICO ESTRUCTURAL

La construcción del objeto epidemiológico

Plantear el problema implica tomar decisiones teóricas de delimitación y comenzar a separar los aspectos sensoriales y aparentes del problema. Conforme avanza el procedimiento se va depurando el planteamiento y así se va logrando la construcción racional de la esencia del problema y superando nuestras primeras representaciones sensoriales o externas del mismo.

El criterio de delimitación, son las herramientas de conocimiento que nos permite efectuar esa construcción del hecho epidemiológico, es el marco conceptual o teórico de la investigación. Desde el punto de vista lógico, el punto de partida es la representación del objeto, lo que en epidemiología se representa el fenómeno epidemiológico en sus manifestaciones externas, proceso que siempre está condicionado por nuestra práctica social.

El fenómeno epidemiológico es la puerta de entrada para la construcción teórica de la esencia epidemiológica y las dos forman una unidad, porque lo empático y sus regularidades expresan una esencia histórica determinante.

El análisis del concreto sensorial de la salud permite llegar a un conjunto de abstracciones sociales y biológicas tales como:

- Salud.
- Enfermedad.
- Normal.
- Patológico.
- Población.
- Individuo.
- Causa.
- Efecto.
- Distribución de la enfermedad.
- Deterioro (condiciones de vida).
- Producción de las condiciones de vida.
- Trabajo.
- Producción.
- Consumo individual.
- Condiciones naturales externas.

PROCESOS Y CONTENIDOS VINCULADOS A LA SALUD-ENFERMEDAD

Un problema metodológico para la investigación en salud consiste en delimitar cuáles son los procesos particulares que participan en el proceso salud-enfermedad, sus relaciones y jerarquía interna y, de ese modo, definir el lugar y la importancia relativa que pueden ocupar las disciplinas generales en el desarrollo de los contenidos científicos particulares del campo de la salud.

El proceso salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social. El proceso salud-enfermedad, como objeto de estudio y transformación por parte de la ciencia presenta, en su orden jerárquico, los niveles colectivos e individuales, cada uno de los cuales demanda para su estudio un marco de referencia de lo general, lo particular y lo individual.

EL MARCO TEÓRICO

La ciencia epidemiológica aborda los procesos de la realidad integrando en su base las determinaciones que operan en la vida social, debe recurrir necesariamente al estudio sistemático de:

- Los procesos estructurales de la sociedad que, por hallarse en la base misma del desarrollo de la sociedad permiten explicar la aparición de condiciones particulares de vida.
- Los perfiles de reproducción social de las diferentes clases y fracciones sociales con las correspondientes potencialidades de salud y supervivencia, así como los correspondientes riesgos.
- La comprensión integral de los fenómenos biológicos que conforman los patrones tápicos de salud-enfermedad de esos grupos y sus individuos.

¿COMO SE DETERMINA EL HECHO EPIDEMIOLÓGICO LEYES QUE LO RIGEN?

Los principales tipos de determinación o condicionamientos legales que definen a los procesos de salud-enfermedad serían:

- Determinación dialógica de la totalidad del proceso por la lucha interna y por la eventual síntesis subsiguiente de sus componentes esenciales opuestos.
- Determinación causal o causación: determinación del efecto por la causa eficiente (externa).
- Interacción (o causación reciproca o interdependencia funcional): determinación del consecuente por acción reciproca.
- Determinación probabilística: del resultado final, por la acción conjunta de entidades independientes o semi-dependientes.

Se ha dicho que la salud es una expresión de libertad, y en verdad que lo es. Pero esa libertad no significa liberarse de las leyes objetivas sino que implica conocerlas para dirigir los procesos adecuadamente.

LA REPRODUCCIÓN SOCIAL EN EL PROCESO EPIDEMIOLÓGICO

La reproducción social es la categoría que nos permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus clases sociales.

PASO DE LA REPRODUCCIÓN NATURAL A LA SOCIAL

Este paso con el aparecimiento de la sociedad humana en la tierra significó un salto cualitativo de los procesos naturales. Con el aparecimiento del hombre, el proceso de reproducción se transformó. Se estableció unidad con la naturaleza mediada socio-históricamente en la industria, unidad que es también a todos los niveles diferencia, apropiación de un elemento extraño.

LA RELACIÓN ENTRE LO SOCIAL Y LAS CONDICIONES, NATURALES EXTERIORES

Es importante que el epidemiólogo conozca que aún los procesos geológicos, fisiológico-químicos y biológicos tienen una historicidad sujeta a las leyes históricas-sociales. Es cada vez más evidente que el inmenso desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad humana da un creciente peso a nuestro poder de adueñarnos y controlar la naturaleza. El intercambio orgánico del hombre con la naturaleza está vinculado con las leyes naturales que preceden a los hombres. Todo acto de dar forma a una sustancia natural debe obedecer a la legalidad peculiar de la materia. El hecho de que el hombre vive de la naturaleza tiene por lo tanto no solo un sentido biológico sino también, ante todo, social. La vida biológica de la especie solo resulta posible a raíz del proceso de vida social.

8. EQUIDAD Y SALUD, NECESIDADES DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA FORMULACIÓN

DE UNA POLÍTICA SOCIAL

EQUIDAD Y SALUD

Necesidades de Investigación para la formulación de una Política Social. La diferencia entre el crecimiento y el desarrollo económico implica el nivel de bienestar de la población. Prácticamente en todas las sociedades existe desigualdad en el ingreso y en la satisfacción de las necesidades, sin embargo la gravedad y la extensión de las carencias en los grupos de la población afecta el nivel de desarrollo.

En los grupos sociales menos favorecidos se presentan dificultades de incorporación adecuada a los circuitos productivos y de consumo. La distribución de recursos y servicios, así como el acceso a los distintos satisfactores, se ha constituido en una preocupación social.

La dinámica social deja descubiertas diferentes necesidades, que deben ser atendidas directamente o en sus consecuencias por el Estado u otros agentes sociales. Un lugar importante ocupa la salud, por considerarse como premisa para el desarrollo y el crecimiento de la economía.

La preocupación por la llamada Brecha de la Cobertura de los servicios de salud, estimada en cerca de 130 millones de personas sin acceso a servicios en el mundo para 1987, se complica con el reconocimiento de que el sector salud tiene un capacidad limitada para contrarrestar los daños por el propio modelo de desarrollo provoca en la salud de la población.

La meta de desarrollo del país requiere de la participación de los diferentes grupos sociales, en beneficio del crecimiento económico, la salud y el bienestar y al mismo tiempo, del óptimo, aprovechamiento de los recursos humanos.

La equidad en salud permite establecer las necesidades poblacionales a cubrir, constituyendo su estudio un fundamento para la elaboración de políticas sociales, particularmente de bienestar y salud.

EVOLUCIÓN DE LOS ENFOQUES

La equidad en salud alude a las diferencias existentes en la sociedad, tanto a nivel de necesidades como de respuesta social organizada; las diferencias en el acceso, uso y calidad de los servicios.

LA EQUIDAD ES INSEPARABLE DE LAS NECESIDADES

Con base en cuatro grandes enfoques:

- Equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales.
- Equidad de utilización ante necesidades iguales.
- Equidad en el funcionamiento de los servicios.
- Equidad en el bienestar social y la salud.

EQUIDAD DE ACCESO A SERVICIOS ANTE NECESIDADES IGUALES

Implica la distribución y los servicios:

- Sirviéndose de punto de partida para los programas de extensión de cobertura en sus más variadas modalidades.
- Lo que implica el incremento de recursos disponibles para la población y el cuestionamiento de los criterios de distribución.

EQUIDAD DE UTILIZACIÃ“N ANTE NECESIDADES IGUALES.

Es importante por que dentro de este enfoque se identifica y precisan los procesos cercanos a la población, que deberán modificarse para obtener nuevos alcances en los programas de intervención partiendo de aspectos conductuales.

EQUIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS.

El funcionamiento de los servicios incorpora el planteamiento de la equidad en los resultados de la atención, vista como calidad en los recursos y la operación de los servicios, que con llevan la igualdad en la probabilidad de resolución de un riesgo.

EQUIDAD EN EL BIENESTAR SOCIAL Y LA SALUD.

Incorpora los determinantes de la salud vistos no como una mecánica de funcionamiento, sino como un proceso que genera permanentemente el conjunto de comportamientos sociales, entre los que se encuentra el origen y la manifestación de los riesgos de la salud.

OBJETIVOS

La equidad en servicios de salud, en su utilización y en el acceso a los factores básicos relacionados con la salud. El nivel promocional y preventivo de la salud toma un papel de mayor importancia.

CONCEPTUALIZACIÃ“N

Distribución y necesidades son los ejes a través de los cuales la equidad toma sentido; el análisis de la distribución puede aplicarse a diversos objetos de estudio e implica una aproximación a las regularidades que presentan los elementos involucrados en la salud para cada grupo social.

FACTORES Y CONDICIONANTES DE LA EQUIDAD EN SALUD

La formulación de una política social en términos de equidad requiere de un soporte analítico y un marco de intervención que incidan sobre el complejo de factores condicionantes de la equidad.

Estos pueden ser agrupados en 3 grandes rubros, según el nivel de influencia:

- Tipo y nivel de desarrollo económico:

La importancia del desarrollo económico y social en los países y su relación con los problemas de salud-enfermedad se han analizado en diferentes regiones y momentos. Problemas que afectan la disponibilidad de recursos para el bienestar y salud.

- El papel del Estado:

Cada sociedad atribuye una importancia relativa a la calidad de vida y el bienestar de su población, para ser articulados en su política integral de desarrollo.

La participación estatal se refleja en la dirección del desarrollo y el nivel de apoyo que otorga a sus componentes productivo y social: Producción de recursos para el desarrollo económico, Solución de las necesidades para la población y en ellas la salud tiene un papel primordial.

- Dinámica comunitaria:

Independientemente de los lineamientos de la política social, existen dinámicas que tienden a agravar o solucionar la problemática de la equidad. Aquí resaltan las dimensiones de la comunidad, la familia y su organización para generar y distribuir recursos, que influencian a la salud y se manifiestan como redes sociales y autocuidado.

9. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD TEÓRICA Y MODELO DE LA CASUALIDAD (UNICAUSALIDAD, Y MULTICAUSALIDAD)

MODELOS UNICAUSAL Y MULTICAUSAL

Modelo unicausal determinista

El modelo unicausal determinista se basa en el hecho de que una única y específica causa es la responsable de un cierto problema epidemiológico.

Ventajas: La mayor ventaja del modelo unicausal determinista es la simplicidad de este modelo en el que un factor determina un efecto concreto.

Inconvenientes: La simplicidad del modelo puede provocar pérdida de información esencial para la correcta comprensión tanto del proceso patológico como de los factores epidemiológicos que pueden estar implicados en el mismo.

Modelo multicausal determinista

Podrámos representar este modelo como una red o maraña causal por lo que a diferencia de un modelo unicausal determinista tiene en cuenta la intervención de varias causas en la aparición de un efecto, que pueden influir entre sí.

El objeto de este modelo es permitir la predicción de cuándo puede o debe controlarse la infección y sobre qué factores podemos influir así como predecir cuándo puede evolucionar dicha infección.

EJEMPLOS DE CAUSA DIRECTA Y CAUSA INDIRECTA

- Causa directa: Cambios en el factor causal producen cambios en el efecto.
- Causa indirecta: Entre el factor causal y su efecto existen una serie de factores encadenados. El hecho de que la infección se produzca en un paciente > 65 años y con una enfermedad de base favorece que la infección por este virus evolucione a la fase más grave de la enfermedad con desenlace de mortalidad.

MODELO DE LA CAUSALIDAD

Objetivos

Entender y aplicar el concepto de causa y red causal del proceso salud–enfermedad. Conocer el diseño de la investigación del proceso salud–enfermedad, que permitan identificar sus factores determinantes.

¿Qué es causalidad en epidemiología?

La causalidad se define como el estudio de la relación causal entre una exposición, por ejemplo la toma de un medicamento y la aparición de un efecto secundario.

Los efectos

Los efectos pueden ser:

- Enfermedad
- Muerte
- ComplicaciÃ³n
- CuraciÃ³n
- ProtecciÃ³n (vacunas)
- Resultado (uso de mÃ©todos, cambio de prÃ¡cticas, erradicaciÃ³n de una enfermedad, participaciÃ³n en un programa, etc.)

Las causas o factores que influyen en el proceso salud–enfermedad de la poblaciÃ³n requieren una investigaciÃ³n adecuada para prevenir la apariciÃ³n de efectos no deseados y controlar su difusiÃ³n.

Factores causales de enfermedades:

- Factores biolÃ³gicos (edad, sexo, raza, peso, talla, composiciÃ³n genÃ©tica, estado nutricional, estado inmunolÃ³gico).
- Factores psicolÃ³gicos (autoestima, patrÃ³n de conducta, estilo de vida, respuesta al estrÃ¡s).
- Factores relacionados con el medio ambiente social y cultural (calentamiento global, contaminaciÃ³n, cambios demogrÃ¡ficos, estilo de vida, actividad fÃ¡sica durante el tiempo de ocio, pertenencia a una red social, acceso a servicios bÃ¡sicos, hacinamiento, drogadicciÃ³n, alcoholismo).
- Factores econÃ³micos (nivel socioeconÃ³mico, categorÃ¡-a profesional, nivel educativo, pobreza).

Â¿Por quÃ© la bÃºsqueda de las causas?

La bÃºsqueda de la causa, tiene al menos dos justificaciones:

1. Si entendemos la causa podemos generar cambios. PodrÃ¡-mos definirÂ la relaciÃ³n causal entre la exposiciÃ³n y el efecto en tÃ©rminos del cambio que sufre el Ãºltimo cuando se modifica el primero.
2. Estudiar la causa es aprender sobre los mecanismos.

El conocimiento de los mecanismos causales sirve como base para generar nuevas hipÃ³tesis y para planear intervenciones que modifiquen los efectos.

10. FACTORES ECOLÃ“GICOS DE SALUD Y LA ENFERMEDAD

Ecología:

Es la ciencia que estudia las relaciones existentes entre los organismos y el medio en que viven.

Ecología humana:

Estudia la relaciÃ³n del hombre con su medio ambiente, sea Ã©ste natural o creado por Ã©l mismo. Este a su vez habita en un ecosistema que es la unidad bÃásica de la ecología y en Ã©l se integran los elementos vivientes. Los factores fÃ­sicos de un ecosistema son: La luz solar, la temperatura, la atmÃ³sfera, el agua, el suelo y el fuego.

Factores ecolÃ³gicos salud y enfermedad:

- Habitat: Es cualquier ser vivo que en circunstancias naturales permite las subsistencia o alojamiento de un agente causal de enfermedad.

- Agente causal de enfermedad: Es todo poder, principio o sustancia capaz de actuar en el organismo y serÁ¡ nocivo si su presencia da comienzo a una enfermedad.

Gordon clasifica a los agentes causales en:

- BiolÃ³gicos
- FÃ-sicos
- QuÃ-micos
- Elementos Nutritivos

- Medio Ambiente: Es la totalidad de factores fÃ-sicos, quÃ-micos, biÃ³ticos y socioculturales que rodean a un individuo o grupo, el cual es dinÃ¡mico, en continuo cambio y constantes interacciones entre los componentes que lo integran.

Medio ambiente natural y social

Se conforma por Factores GeogrÃ¡ficos, MeteorolÃ³gicos, GeolÃ³gicos, BiolÃ³gicos y estos a su vez desencadenan datos como Altitud, orografÃ-a, e hidrografÃ-a, dan lugar al clima; la temperatura, humedad, precipitaciÃ³n, vientos y presiÃ³n atmosfÃ©rica, terremotos y ciclones. La vegetaciÃ³n y la fauna son consideradas como los factores biÃ³ticos o biolÃ³gicos del medio ambiente.

BÃ;sicamente hay cuatro grandes tipos de ecosistemas terrestres y uno acuÃ¡tico:

- Bosque
- Pastizal
- Desierto
- Tundra
- AcuÃ¡tico

El hombre gracias al desarrollo de su cultura es capaz de modificar su medio ambiente en mayor grado y sobre todo con mayor rapidez que otros seres vivientes. Se deben de considerar los siguientes aspectos o factores:

- Estructura genÃ©tica: el huÃ©sped puede tener alteraciones o modificaciones genÃ©ticas y padecer o contraer ciertas enfermedades hereditarias como la hemofilia y daltonismo.
- Raza: La anemia de las cÃlulas de falciformes en los negros y algunos tipos de cÃ¡ncer en determinadas razas.
- Edad: al nacer el niÃ±o es resistente a las enfermedades como el sarampiÃ³n y la difteria. NiÃ±os preescolares se presenta frecuentemente la varicela y el sarampiÃ³n. Entre los 5 y 44 aÃ±os las enfermedades por accidentes son las mÃ¡s frecuentes. Y despuÃ©s de los 40 aÃ±os son los varios tipos de cÃ¡ncer.
- Sexo: la poliomielitis y el cÃ¡ncer pulmonar atacan mÃ¡s al sexo masculino que el femenino y la fiebre reumÃ¡tica y enfermedades de la vesÃ¢cula biliar en el sexo femenino.
- Integridad Anatomofuncional: la anatomÃ-a y fisiologÃ-a nos permite conocer los mecanismos que mantienen la salud, estas son las malformaciones que sufre el embriÃ³n cuando la madre es infectada del virus de la rubÃ©ola en los primeros meses del embarazo.
- Nivel de Inmunidad: es la seguridad o protecciÃ³n que tienen el huÃ©sped a una enfermedad en

particular o veneno lo que esta puede determinar que el individuo se enferme o no.

- Estado nutricional: es cuando en inadecuado constituye en sÃ- una enfermedad o condiciona la presencia de otras, como por ejemplo, escorbuto (deficiencia de vitamina C), desnutriciÃ³n y la obesidad.
- Aspecto psicolÃ³gico: es la apariciÃ³n de algunas enfermedades mentales y fÃ-sicas, tales como la histeria, amnesia, algunos tipos de ceguera y sordera, asÃ- como la suspensiÃ³n de la menstruaciÃ³n si hay alguna alteraciÃ³n emocional.
- Los hÃ¡bitos: estas son enfermedades infecciosas, provocadas por la falta de higiene y el hacinamiento. Las personas que toman alimentos contaminados estÃ;an propensas a contraer una enfermedad diarreica o una parasitosis. AsÃ- tambiÃ©n como los fumadores a enfermedades cardiorrespiratorias. Los agentes biolÃ³gicos poseen ciertas caracterÃ-sticas que se deben considerar como:
 1. Patogenicidad: es patÃ³geno cuando es capaz de producir una enfermedad.
 2. Virulencia: es el grado de malignidad, toxicidad o infectividad de un agente causal.

Poder antigÃ©nico: es la capacidad que tienen los agentes biolÃ³gicos para provocar en el huÃ©sped la respuesta inmune:

- a) Cambios de Temperatura: los sitios mÃ;s afectados durante los cambios de temperatura son la piel y el sistema angiolÃ³gico o circulatorio que, regulados por el sistema nervioso, son los mÃ;s importantes en el mantenimiento de la temperatura corporal, el calor excesivo produce cambios de electrolitos y agua que modifican la concentraciÃ³n osmÃ³tica de los lÃ-quidos corporales. Por otra parte, el frÃ-o intenso y prolongando puede causar la muerte por falta del sistema circulatorio.
 - b) PresiÃ³n de gases o lÃ-quidos: cuando las personas se someten a modificaciones de la presiÃ³n atmosfÃ©rica durante el buceo, o el vuelo a grandes alturas, pueden sufrir lesiones por la diferencias de presiones. El exceso de biÃ³xido de carbono pueden producir debilidad, mareo e inconsciencia.
 - c) Efecto mecÃ¡nico de objetos o instrumentos: cuando un objeto choca violentamente con un tejido puede producir una lesiÃ³n de los tejidos sin que se pierda la continuidad de la piel o producir heridas.
 - d) Electricidad: solo ocurre cuando alguna parte del cuerpo completa el circuito entre dos conductores, es decir que si el cuerpo se encuentra aislado pueden soportar hasta descargas de alta tensiÃ³n.
- Radiaciones: es la emisiÃ³n, transmisiÃ³n y absorciÃ³n de cierto tipo de energÃ-a que de acuerdo a sus caracterÃ-sticas pueden ser electromagnÃ©tica o atÃ³mica.

UNIDAD 3

PROMOCION DE LA SALUD

- Tema 12.- Conceptos y estrategias.
- Tema 13.- InvestigaciÃ³n en promociÃ³n de la salud.
- Tema 14.- Grupos de ayuda mutua.

- Tema 15.– ParticipaciÃ³n comunitaria.
- Tema 16.– Escuelas saludables.

12. CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS

PROMOCION DE LA SALUD:

CONCEPTO, ESTRATEGIAS Y METODOS

Salud

Variables Sociales

Producto del Cambio Social

Cambio Social

Comprendible *a posteriori*

Proceso de evocaciÃ³n–concitaciÃ³n

Iniciado por vanguardias, seguimiento de la mayorÃ-a de la poblaciÃ³n con una resistencia de la minorÃ-a de rezagados

Ya existente

Modificaciones

RetÃ³rica PolÃtica Conductas

PromociÃ³n de la Salud

Estrategia Global

- PoblaciÃ³n en su conjunto
- Desarrollo de la salud y sus causas sociales
- Combina metodologÃ-as y planteamientos
- ParticipaciÃ³n y autoayuda

La OrganizaciÃ³n Mundial de la Salud (OMS)

PromociÃ³n de la Salud

Proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

PromociÃ³n de la salud

PromociÃ³n de la salud

Objetivo

Realizar cambios sociales

Mediante el desarrollo de políticas públicas

Estrategias para la promoción de la salud

- Quien decide y libera la intervención:

-----Los profesionales: se trata de un planteamiento vertical y autoritario

-----Las personas: Será una intervención participativa y negociada.

- A quien se dirige la intervención:

-----A los individuos.

-----Al entorno en que viven

La planificación de actividades y programas de promoción de salud.

Etapas:

- Identificación de necesidades.
- Definición de actividades.
- Determinación de recursos.
- Puesta en marcha
- Evaluación.

¿Qué es y qué no es la promoción de la salud?

La salud se considera así- un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir. Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así- como las capacidades físicas.

La promoción de la salud ha generado ideas, publicaciones, documentos y servicios en muchos países, pero el concepto de promoción de la salud no siempre ha sido comprendido y llevado a la práctica según sus principios originales, pudiéndose encontrar diferentes usos en función de donde y por quien se aplique.

La promoción de la salud se dirige a la población en su conjunto, y no solo a grupos de enfermos o de riesgo. Su objetivo es capacitarlos para que puedan controlar su salud y su enfermedad, y sean más autónomos e independientes de los servicios profesionales.

Puesto que los determinantes de la salud son diversos y no todos dependen del individuo, se plantea modificar el ambiente con la participación de las personas cuya salud se pretende promocionar, perdiendo protagonismo y poder los profesionales a favor de la comunidad, y exigiéndose compromiso político para el cambio social.

13. INVESTIGACION EN PROMOCION DE LA SALUD

ASPECTOS METODOLOGICOS ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACION EN PROMOCION DE LA

SALUD

En el momento de decidir cual va a ser la estrategia de investigaciÃ³n y diseÃ±ar un estudio determinado, existe una serie de factores que enmarcan el proceso y definirÃ¡n los pasos y decisiones que se deben adoptar:

*La persona o personas que realizaran la investigaciÃ³n.

*La pregunta de investigaciÃ³n que se desea contestar, etc.

Â;QUIEN INVESTIGA?

Esta demostrado que la investigaciÃ³n planteada como actividad critica y reflexiva sobre la prÃ;ctica ejerce un efecto beneficioso sobre el ejercicio profesional, mejorando el autoconocimiento y el desarrollo personal, y permitiendo interpretar correctamente la literatura cientÃ;fica. La reflexiÃ³n en esta practica, es un aspecto importante, ya que permite que una persona pueda pasar de una situaciÃ³n definida en tÃ;�rminos de sentido comÃ;n a otra mÃ;s fundamentada, contemplando la situaciÃ³n desde una perspectiva nueva y diferente.

InvestigaciÃ³n-acciÃ³n: Su objeto es un tema particular de interÃ;os o preocupaciÃ³n actual, se realiza en un entorno especÃ;fico y las personas que la llevan a cabo estÃ;n directamente implicadas en el tema, y el objetivo de la investigaciÃ³n es conseguir que se verifique un cambio en la situaciÃ³n.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

La pregunta o preguntas a las que se quiere contestar, son las que determinaran la metodologÃ;a que debe utilizarse, que serÃ; mas compleja cuando el objeto de estudio tenga que ver con las personas que cuando tenga que ver con la materia. Por lo tanto es necesario examinar el objeto de estudio por arriba y por abajo, por dentro y por fuera, antes y despuÃ;os, desde cerca y desde lejos, pesarlo medirlo contarla, historiarlo, describirlo y explicarlo.

ALGUNOS METODOS Y TECNICAS DE UTILIDAD PARA LA INVESTIGACION EN PROMOCION DE LA SALUD

ObservaciÃ³n: Se utilizan los sentidos, para apreciar los olores o sabores, pero tambiÃ©n se ponen en marcha ideas, hipÃ³tesis, creencias y conocimientos que hacen que poco a poco vaya acumulÃ;ndose una experiencia que luego se utilizara en la vida cotidiana, lo cual es Ãºtil como herramienta de trabajo para la investigaciÃ³n.

El anÃ;lisis de la producciÃ³n escrita en un determinado Ã;mbito social pone al descubierto una serie de aspectos:

- el flujo de ideas
- las preocupaciones explicitas e implÃ;cas de las personas y grupos
- el enfoque ideolÃ;gico de las actuaciones
- y el papel desempeÃ±ado por los componentes.

Los tipos de fuentes que se pueden analizar son:

- Medios de comunicaciÃ³n: son un poder de gran influencia en los comportamientos sociales e individuales. tambiÃ©n diferentes grupos de presiÃ³n utilizan los medios de comunicaciÃ³n para dar a conocer sus ideas, argumentarlas e intervenir en el proceso de decisiones sobre temas de salud.
- Documentos oficiales de instituciones: pueden proporcionar informaciÃ³n relevante acerca de las preocupaciones mas importantes y las alternativas de soluciÃ³n de los diferentes grupos polÃ;ticos evoluciÃ³n

- Arquitectónica de una organización: muestra como van cambiando sus prioridades. Dialogo, esta técnica se basa en la idea de que las personas pueden ofrecer explicaciones sobre su conducta y sus acciones. para poder explicar los hechos sociales en primer lugar se registra la información, se cuantifica, se estructura y se analiza estadísticamente. después para ser comprendidos los discursos se interpretan y se analizan sus contenidos desde textos ya producidos o con entrevistas o discursos entre grupos de discusión.
- Entrevista cerrada o cuestionario individual: es un instrumento de recogida de información individual mediante la implementación de una serie de preguntas. la elección del cuestionario depende de los objetivos de nuestro estudio.
- Entrevista abiertas y semiabiertas: la abierta recoge datos de carácter cualitativo y su objetivo es adoptar perspectivas de otras personas. en este tipo de entrevistas no se utiliza cuestionario, aunque se preparan una serie de temas que serán utilizados.
- Entrevistas abiertas grupales: se define como una conversación cuidadosa planteada y diseñada para obtener información de un área definida de interacción a fin de provocar autoconfesiones en los participantes, así- la discusión resulta relajada y confortable para los participantes ya que exponen sus ideas ante un grupo de personas que poseen ciertas características en común. Se obtienen datos de carácter cualitativo en una conversación guiada y grabada para su reproducción posterior.

14. GRUPO DE AYUDA MUTUA

Es el intercambio que se establece entre dos o mas personas y que repercuten positivamente sobre quienes la practican.

DEFINICIÓN:

Los grupos de ayuda mutua son estructuras voluntarias de pequeños grupos para ayudarse mutuamente y para el logro de un determinado propósito. Están formados generalmente por iguales que han venido a buscar mutua asistencia para satisfacer una necesidad común o un problema vital, aportándoles además un cambio social y/o personal deseado. Los iniciadores y miembros de estos grupos se dan cuenta que sus necesidades no son o pueden ser afrontadas por las instituciones. (Katz y Bender 1976). Los GAM, o ayuda entre iguales, representan un auténtico fenómeno social. Se les ha denominado modelo social de la salud puesto que contemplan a la persona de una forma integral, es decir, en toda su dimensión física, emocional y social.

CARACTERISTICAS:

- Intercambio de experiencias.
- Apoyo mutuo.
- Compartir sentimientos sin necesidad de un profesional.
- No es solo para la persona que sufre la problemática sino también para los que están allegados a él.

OBJETIVOS:

- Mejorar la información que se tiene del propio problema.
- Crear recursos útiles al propio GAM.
- Realizar actividades sociales y recreativas.
- Reunir personas con las mismas problemáticas.

GAM Y PROFESIONALES:

- Los grupos de ayuda mutua, sirven a los profesionales para que estos conozcan más acerca de la

problemática los enseña a ser mas humano.

- Un profesional dentro de un GAM no va ser quien coordine o trate de orientar, en un GAM todos son iguales nadie sabe mas ni menos. el profesional solo actuara como tal cuando se lo pidan.

RECURSOS PARA LOS GAM:

- Entre el material importante para las sesiones se encuentra
 - Directorios de GAM existentes en determinado territorio
 - Videos
 - Seminarios de ayuda mutua
-
- Estos grupos son de gran utilidad para el profesional en su intento de promover la salud publica para mejorar la calidad de vida.

15. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Participación comunitaria

Existen diversas maneras en los que participar y hacerlo adecuadamente proporciona beneficios para las personas la comunidad y los servicios. Se trata de un proceso que implica Técnicos políticos y población, de la reorientación de las estructuras y más todos de trabajo de los servicios y de actitudes y habilidades que hagan posible la colaboración y el consenso. Además de la planificación participativa de políticas y programas de salud.

La promoción de la salud, precisa de la implicación de personas y organizaciones que vayan a verse afectadas por las políticas programas o actividades que se planteen. La participación es uno de los principios fundamentales a la vez que un más todo de trabajo para proporcionar la salud.

Concepto de participación comunitaria

El verbo participar procede etimológicamente del latín participare, que significa tomar parte. Se entiende por comunidad a aquel grupo de personas que comparten el mismo espacio geográfico y que tienen ciertos intereses y lazos en común.

Si combinamos ambos conceptos la participación comunitaria se configura como un proceso social en que grupos específicos que presentan necesidades compartidas y que viven en una área geográfica definida identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para conseguir satisfacerlas. Y a la hora de hacer efectiva la participación debemos conocer los elementos estructurales que componen la comunidad.

Protagonistas de la participación.

- Personas que trabajan como profesionales. (proveedoras de servicios, reorientan su trabajo para facilitar la incorporación de personas)
- Personas responsables de las políticas de salud y de la planificación y gestión de servicios (facilitan la participación y la reorientación de servicios)
- Ciudadanos y ciudadanas (son los implicados o receptores)

Es necesario tomar una serie de decisiones sobre quien participa y como se organiza el proceso, a la hora de planificar de vista que se trata de un problema complejo en el que las soluciones deberán ser equitativas.

Beneficios de la participaciÃ³n

La participaciÃ³n de las personas en las actuaciones que influyen en su salud es un derecho de si mismo, es el primer beneficio localizado. La participaciÃ³n comunitaria tiene tambiÃ©n efectos positivos sobre la cobertura, eficiencia, efectividad y equidad.

Estilos de participaciÃ³n

No parece existir un modelo Ã³nico de participaciÃ³n comunitaria, sino que cada grupo lo interpreta y organiza en funciÃ³n de sus propios valores y estructuras. Se analizan atendiendo a dos aspectos de su aplicaciÃ³n en la practica: el como y cuanto se participa.

El como se participa se puede concretar a modo de:

- ContribuciÃ³n (lo que la comunidad aporta en recursos materiales)
- OrganizaciÃ³n (el esfuerzo centrado en el creaciÃ³n de estructuras)
- Empoderamiento de la comunidad (es el desarrollo de la comunidad en su forma autÃ³noma de soluciÃ³n de problemas)

El cuanto se puede establecer en diferentes grados que van desde la ausencia total de participaciÃ³n hasta el control absoluto del proceso por parte de la comunidad.

Escenarios para la participaciÃ³n

La promociÃ³n de la salud plantea estrategias de intervenciÃ³n en el Ã¡mbito de las polÃ-ticas intersectoriales de la salud, programas de salud en la comunidad o con grupos sociales y en el Ã¡mbito de la atenciÃ³n individual, en todos ellos las personas participan y las formas serÃ¡n diferentes, pero los principios son los mismos en todas ellas.

PolÃ-ticas de salud

Los factores determinantes de la salud y por tanto las claves para su promociÃ³n se encuentran en sectores diferente, entendido como estrictamente sanitario.

La multitud de causas para una buena o mala salud hace necesario el abordaje intersectorial de los temas, y el establecimiento de polÃ-ticas que aseguren un ambiente fÃ-sico y social que favorezcan la salud.

Programas y actuaciones comunitarias

La buena prÃ;ctica en promociÃ³n de la salud implica, a la hora de planificar programas y actuaciones, el compromiso de incorporar las necesidades del grupo, afrontar e incluir en todas las fases del proceso de planificaciÃ³n la participaciÃ³n activa de los implicados.

La planificaciÃ³n comienza con la identificaciÃ³n del problema o necesidad y continÃºa con su anÃ¡lisis, toma de decisiones para la acciÃ³n y su evaluaciÃ³n.

Las necesidades estÃ¡n jerarquizadas, comenzando por aquellas que son bÃ;sicas para la supervivencia hasta llegar a las auto realizables.

Hay que tener en cuenta que las personas, una vez que se les consulta y escucha, esperan que exista continuidad en este proceso y se aborde la soluciÃ³n de los problemas o necesidades que se les detectaron.

La toma de conciencia en las personas esta ligada a la participaciÃ³n en actuaciones que supongan cambios sociales o en las conductas.

Por tanto para iniciar un proceso de intervenciÃ³n participativa es imprescindible que tanto los tÃ©cnicos como la poblaciÃ³n comprendan las necesidades y los problemas existentes y decidan conjuntamente cuales abordar.

Una vez establecida la necesidad de resolver el problema se identifican las consecuencias y los factores individuales y del entorno que contribuyen a que exista.

Finalmente las decisiones sobre que hacer, como hacerlo, con que recursos, cuando y donde, y como se evaluara deben tomarse teniendo en cuenta los intereses de todos los protagonistas y de manera consensuada entre todos ellos.

Ámbito individual

La historia y la experiencia nos demuestran que las personas han tenido siempre capacidad para cuidar de si mismas. La mayorÃ-a de los problemas de salud, son resueltos individualmente o en el Ãmbito familiar o social prÃ³ximo por personas no profesionales.

La participaciÃ³n de los pacientes en su propio cuidado, aportando sus conocimientos y sus propias habilidades, asÃ- como el apoyo entre personas afectadas por un mismo problema supone un medio de capacitaciÃ³n en el control sobre la propia salud y en la participaciÃ³n para toma de decisiones sobre la misma.

EvaluaciÃ³n de la participaciÃ³n

La evaluaciÃ³n debe ser participativa, y debe contar con la implicaciÃ³n de todos los protagonistas. Los instrumentos existentes para la evaluaciÃ³n y monitorizaciÃ³n de la participaciÃ³n son escasos y presentan algunos problemas para su aplicaciÃ³n.

Los problemas surgen por que no han sido diseÃ±ados para sus intervenciones de salud, estÃ¡n pensados para ser aplicados a programas con elevados niveles de participaciÃ³n. Cuando utilizan en programas en que la participaciÃ³n es escasa proporciona valores muy bajos.

La experiencia demuestra que el desarrollo de normativas y estructuras no es suficiente, ya que tambiÃ©n son importantes las formas de trabajar y las actividades y habilidades de las personas implicadas.

16. ESCUELAS SALUDABLES

La promociÃ³n de la salud se considera un valor esencial dentro de nuestra sociedad y asÃ- ha sido reconocido por quienes toman decisiones a la hora de introducir los contenidos en el actual currÃ¡culo educativo.

Esto se refleja con la entrada en vigor de la Ley OrgÃ¡nica de Ordenamiento General de Sistema Educativo (LOGSE) promulgada en 1900.

Este planteamiento educativo convierte a la escuela en un entorno desde el que se puede promover la salud, con la finalidad de preparar a la infancia para que se pueda integrar a otros entornos de su interÃ©s de forma autÃ³noma y critica, asÃ- como responsable y solidariamente.

Para lograr esto no se necesita solo de un marco legal y de la propia AdministraciÃ³n, sino tambiÃ©n de la

colaboraciÃ³n de los docentes y de la comunidad educativa.

La educaciÃ³n y la escuela como entorno saludable

En 1987 la OrganizaciÃ³n Mundial de la Salud (OMS) resaltó el valor de la educación como proceso vital para capacitar a la población en el control y mejora de su salud, planteo para lograr el objetivo la aproximación de entornos.

Debido a que en la escuela es donde la población infantil pasa gran parte de su tiempo y que es el momento evolutivo donde asimilan más fácilmente conocimientos, actitudes y hábitos, es esencial tener en cuenta la influencia que ejerce sobre la población.

De hecho la escuela es donde tiene lugar el proceso educativo y socialización de los individuos, al mismo tiempo que esta evoluciona para adaptarse a las demandas sociales, políticas y culturales de cada momento.

La educación en un principio fue concebida como una instrucción en normas que garantizan la estabilidad del grupo humano, más tarde se concibió como un proceso de desarrollo personal, y más recientemente se considera además como un proceso de adaptación al entorno social.

Los conceptos de educación y promoción de la salud guardan gran paralelismo, ambos cuentan entre sus objetivos capacitar a los individuos para que incrementen sus posibilidades y sus limitaciones.

Por ello es fundamental utilizar metodologías que garanticen a los infantes su participación en la identificación de sus necesidades y de la demanda de soluciones.

Funciones de la escuela en la promoción de la salud.

Para esta retoma una lectura donde los niños se revelan ante el impedimento de poder tomar su descanso dentro del área adecuada, y retoma el concepto de empoderamiento.

El empoderamiento en concepto se debe considerar con respecto a diversas dimensiones:

- La relacionada con proporcionar poder y autoridad a una persona, la cual está vinculado a la redistribución de recursos y poder.
- La relacionada con la motivación que a su vez significa centrarse en necesidades individuales, como el autogobierno.
- La relacionada más allá del empoderamiento de carácter psicológico individual, con el empoderamiento comunitario.

Entre empoderamiento individual psicológico y empoderamiento comunitario se entiende como un fenómeno de expansión o como una forma redistributiva justa de recursos.

Modelos educativos

Los modelos educativos se fundamentan entre las estrategias de cambio y la amplitud del contexto que se pretende cambiar mediante la educación.

Y los modelos son:

- 1) Modelos educativos tradicionales

2) Modelos educativos modernos

3) Modelos por proyectos planificados

4) Modelos de empoderamiento

El alumnado debe conocer sus derechos y deberes y ser capaces de defenderlos, deben aprender a valorar su salud y sus determinantes como factor esencial de su desarrollo, les ayudara a cuidarse y mirar por la salud de los demás.

Es importante que entre las escuelas hagan vínculos con otro tipo de profesionales como los trabajadores sociales, quienes entre otras de sus funciones esta la de la promoción de la salud, y la colaboración de ellos y de las instituciones alas que pertenecen complementemente el desarrollo de la promoción de la salud en la escuela y contribuye a la mejora de la salud de la comunidad.

Por otro lado los trabajadores sociales participan en el estudio y análisis de la incidencia de los factores del medio en el proceso de salud-enfermedad de los individuos y población de la zona y aportan al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales.

El equipo de salud, a su vez deriva a los trabajadores sociales pacientes con problemas de tipo laboral o judicial, fracasos continuos en el tratamiento por causas desconocidas y problemas escolares derivados de la enfermedad, entre otros.

A si mismo algunos de los niños que acuden a la escuela son atendidos por profesionales que forman equipos de los centros sociales, que están conformados por trabajadores sociales, educadores de calle y psicólogos, y se atienden por problemas familiares, económicos o personales.

Cada uno de ellos puede aportar una visión distinta y complementaria de la salud de la población infantil y la comunidad a la que pertenece, así como de sus necesidades inmediatas.

Educación para la salud en la escuela: Orientación metodológica

Concretamente los temas que suelen trabajarse dentro de la educación para la salud son:

- Alimentación y nutrición
- Prevención de enfermedades
- Prevención de accidentes
- Prevención de drogodependencias
- Higiene y salud
- Actividad física y salud
- Sexualidad y afectividad
- Relaciones humanas
- Salud mental
- Salud medioambiental

En cuanto a los contenidos de salud, se deberá adecuar los objetivos generales a la etapa, analizar y secuenciar los contenidos que sean más relevantes para cada ciclo, organizar espacio, el material y el tiempo para asegurar un ambiente agradable, saludable y funcional, y concretar los criterios de evaluación. Cada docente en su aula debe diseñar su propio plan de manera individual.

Lo más importante es implicar a los alumnos en este proceso educativo para que así puedan adquirir los

conocimientos, actitudes y habilidades necesarios que les permitan tomar sus propias decisiones y controlar su salud.

Generalmente solo se aprende bien aquello que resulta interesante y atractivo. Se debe partir de los conocimientos que los niños ya tienen sobre el tema que se va trabajar, para así poder diseñar actividades dinámicas y estimulantes mediante las cuales puedan obtener aprendizajes significativos que podrán utilizar para abordar otras situaciones y resolver nuevos problemas de forma efectiva. La participación del alumnado será posible en el aula se establece un ambiente de aprendizaje con buenas relaciones comunicativas.

Retos que deben afrontarse en la promoción de la salud en la escuela

Si bien la escuela ha avanzado bastante en relación con la salud, todavía debe afrontar ciertas dificultades para procurar que todas las comunidades escolares se beneficien de una educación sana en un entorno saludable.

Debe garantizar que la realización de actividades de salud de calidad se lleva a cabo en todas las escuelas. La de procurar la participación de todos los sectores de la comunidad escolar. También debe de despertar el interés y fomentar la participación de los niños que presentan peor adaptación escolar. La escuela debe de atender a las peculiaridades étnicas y a la diversidad cultural, planificando actividades que respeten y valoren orígenes y culturas diferentes.

Debe contar también con maestros bien formados para introducir nuevos conceptos y valores, el profesorado necesita contar con una formación adecuada que le ofrezca seguridad, para lo cual es necesario que los planes de estudio de las escuelas universitarias de formación y las actividades posteriores de formación permanentemente fomente una información adecuada y que se fomente la investigación en campo por parte de los organismos responsables de la investigación educativa y sanitaria.

UNIDAD 4

RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

- Tema 17.– Atención integral
- Tema 18.– Grupos de autoayuda

17. ATENCIÓN INTEGRAL

PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

Desarrollo de una Estrategia de Prestación y Evaluación de Servicios Preventivos.

- Durante la segunda mitad del siglo XX, se ha logrado mejores niveles de salud.
- Debido al éxito que han obtenido los programas de salud. Ya que estos son específicos a la prevención y control de enfermedades. Programas más eficaces y con mayor cobertura, así como la ampliación de servicios de salud.
- Sin embargo, el número y complejidad de los programas, han complicado, la práctica de la salud pública, y el trabajo de los equipos de la salud en las unidades del primer nivel de atención.
- Al terminar la década pasada el IMSS desarrollo más de 30 programas de salud pública. Y a partir del 2002 y con el fin de facilitar su cumplimiento, se agruparon cinco programas integrados: Salud del

Niño, del Adolescente, de la Mujer, del Hombre y del Adulto Mayor.

- La estrategia general del PREVENIMSS consistió en cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos por el de la protección de la salud de grupos poblacionales
- Su propósito era dar a conocer los programas de salud, la modernización de los sistemas de información y cobertura de impactos alcanzados.

LINEAS DE ACCION:

OBJETIVO 1:

- Otorgar a cada derechohabiente de acuerdo con su edad y género, un conjunto de acciones de promoción y protección de salud.

DISEÑOS DE PROGRAMAS DE SALUD:

Las acciones preventivas en cada grupo de edad agruparon en cinco procesos:

- Promoción de la salud, nutrición, prevención de enfermedades, detención de enfermedades y salud reproductiva.
- Los componentes de cada proceso se seleccionaron con base en criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

INCORPORACION DE LOS DERECHOHABIENTES A LOS PROGRAMAS DE SALUD.

Para este propósito se diseñaron Cartillas de Salud y Citas Médicas para cada grupo de edad. Estas eran entregadas mediante un procedimiento que se denominaba entrega inmediata que consistía con la explicación del programa con sus procesos y componentes. *

OBJETIVO 2:

Estimular la participación corresponsable de los derechohabientes en el cuidado de su salud.

GUIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.

La estimulación de la participación corresponsable de los derechohabientes en el cuidado de su salud se inicia cuando se incorporan al programa correspondiente.

Estas guías pueden utilizarse como documentos de apoyo para las acciones educativas que cada consulta deben realizar los médicos, enfermeras, trabajadores Sociales, en general todo personal que elabora en las unidades de primer nivel de atención.

GRUPOS DE AYUDA.

Para el mejor control de algunos padecimientos, desde hacia varios años el Instituto ha organizado grupos de ayuda en sus unidades médicas. Los programas con más experiencia son los relacionados con el sobrepeso-obesidad, diabetes e hipertensión.

COMUNICACIÓN SOCIAL

A través de la televisión, el radio y la prensa se ha llevado a cabo una intensa campaña de comunicación social con el fin de promover PREVENIMSS, así como la forma en que la población debe

de participar en la prevenciÃ³n, detecciÃ³n y control de diversos padecimientos

OBJETIVO 3:

Integrar la prestaciÃ³n de los servicios preventivos en las unidades de medicina familiar.

INTEGRACION DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta la estrategia PREVENIMSS es la fragmentaciÃ³n y la burocratizaciÃ³n de la prestaciÃ³n de los servicios en las UMF.

- El primer nivel de atenciÃ³n del IMSS estÃ¡ integrado por una extensa red de 1071 UMF distribuidas en todo el paÃ±s, ubicadas en las 37 delegaciones que el Instituto ha organizado para su gestiÃ³n. Donde laboran 12833 mÃ©dicos familiares, 3532 enfermeras, 7520 auxiliares de enfermerÃ¡a, 183 nutricionistas, 1140 trabajadores Sociales, 11703 asistentes mÃ©dicos, asÃ© como personal administrativo y de intendencia.
- La estrategia PREVENIMSS promueve la atenciÃ³n integrada de los servicios preventivos: pasar el concepto de cubÃ©culo especializado al de consultorio de medicina preventiva, en donde cada derechohabiente debe recibir del mismo trabajador social todas las acciones preventivas.

CapacitaciÃ³n personal.

- La primera tarea fue la elaboraciÃ³n de GuÃ¡as TÃ©cnicas, una para cada programa de salud. Estas describen los procedimientos relacionados con cada uno de los procesos y de los componentes.
- El siguiente paso fue desarrollar un programa de capacitaciÃ³n permanente en escala del nivel nacional al delegacional.
- Y de este a cada UMF, con Ã©nfasis en mÃ©dicos, enfermeras, asistentes mÃ©dicas, y trabajadores sociales.
- La fase intensiva del programa de capacitaciÃ³n se realizó durante la primera etapa consistiendo en incorporar a los programas de salud a los propios trabajadores sociales de las UMF, antes de incorporar a los demás derechohabientes.

OBJETIVO 4:

Elevar la cobertura y el impacto de los programas de salud.

MODERNIZACION DEL SISTEMA DE INFORMACION:

Para elevar las coberturas y el impacto de PREVENIMSS, como en cualquier otra intervenciÃ³n, se requiere en primer lugar medirlos y evaluarlos de manera sistemÃ¢tica.

Para esto es necesario disponer de informaciÃ³n relevante, oportuna, completa y confiable acerca de la poblaciÃ³n, los daÃ±os de la salud, los recursos disponibles y la prestaciÃ³n de los servicios.

Para cada uno de estos aspectos el IMSS desarrollo desde hacia varias direcciones, diversos sistemas de informaciÃ³n.

Los aspectos de estos programas, relacionados con la estrategia de PREVENIMSS, son los siguientes:

- Establecimiento de un registro nominal automatizado de acciones preventivas.
- AutomatizaciÃ³n de los sistemas de vigencia epidemiolÃ³gica y del anÃ¡lisis de los certificados de defunciÃ³n.

- ElaboraciÃ³n de bases de datos para cada uno de los consultorios de las UMF para cada unidad medica y para los directivos delegacionales y nacionales.
- La producciÃ³n automatizada de informaciÃ³n de las coberturas, movilidad y mortalidad, asÃ- como su distribuciÃ³n a todas las unidades medicas.
- Reforzamiento de la infraestructura informaciÃ³n y capacitaciÃ³n de su personal.
- RealizaciÃ³n anual de encuestas poblacionales probabilÃ-sticas para validar o rectificar la informaciÃ³n que proporcionaron los sistemas con registros continuos, relacionada con la utilizaciÃ³n de los servicios de salud, las coberturas de PREVEIMSS, la prevalecÃ-a de algunos padecimientos, factores de riesgo, alimentaciÃ³n y ejercicio fÃ-sico.

EL EQUIPO DE SALUD

El modelo de atenciÃ³n integral a la salud se ha venido afinando, tanto desde el punto de vista:

- TeÃ³rico,
- Practico y
- La inclusiÃ³n de la especialidad de la Medicina Familiar.

Concepto de AtenciÃ³n Integral

Como consecuencia del crecimiento continuo de la poblaciÃ³n amparada por el IMSS y la diversificaciÃ³n de sus necesidades de salud. Surge en el primer nivel de atenciÃ³n la propuesta del Proceso de Mejora de Medicina Familiar. Con un enfoque de atenciÃ³n integral. La atenciÃ³n integral representa el conjunto de acciones que ejerce el personal de salud para actuar sobre los problemas de salud-enfermedad de la poblaciÃ³n.*

CaracterÃ-sticas de la AtenciÃ³n Integral :

Se fundamenta tanto en la atenciÃ³n al Derechohabiente en el contexto de la familia, como en la atenciÃ³n a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte.

Se reconocen 3 dimensiones en la atenciÃ³n medica:

- BiolÃ³gica
- PsicolÃ³gica
- Social

Las cuales siempre se encuentran involucradas con la cobertura de los aspectos de prevenciÃ³n, curaciÃ³n y rehabilitaciÃ³n, en el modelo de AtenciÃ³n Integral interesa que el paciente perciba que su medico lo trata como persona y lo respeta como tal, mostrando empeÃ±o e interÃ©s en sus problemas. Si la atenciÃ³n medica ocurre en estas circunstancias es muy probable que el paciente satisfecho por el nivel de conciencia que logra de su estado de salud, asuma la corresponsabilidad.

Equipo de Salud

Del primer nivel en el IMSS, estÃ¡ integrado principalmente por:

- MÃ©dico familiar.
- MÃ©dico epidemiÃ³logo.
- MÃ©dico de salud en el trabajo.
- MÃ©dico estomatÃ³logo.
- MÃ©dico de medicina fÃ-sica y rehabilitaciÃ³n.

- Enfermera.
- Nutricionista–Dietista.
- Terapista fÁ-sico.
- Trabajadora social.
- Asistente medica.
- Personal administrativo.

Acciones esenciales del Equipo de Salud

Asistente mÁ©dica: primer contacto con los pacientes, quien deberÁ; orientarlos sobre los beneficios que obtendrÁ; al acudir para completar su atenciÁ³n con los integrantes del equipo de salud.

EstomatÁ³logo: evaluara el estado de salud bucal e identificara si estÁ; sano o si presenta alguna patologÁ-a especifica, con la finalidad de otorgar un manejo integral de acuerdo al padecimiento de fondo.

Trabajadora Social: Actualmente realiza estudios sociales mÁ©dicos a los pacientes, mismos que conforman el expediente clÁ-nico. La TS deberÁ; identificar las condiciones relevantes de vivienda y trabajo, ingreso familiar, tipo de familia, redes de apoyo, actividad fÁ-sica, que le permitan establecer un pronostico ya sea favorable o desfavorable para el control del padecimiento. Asimismo, con base en los elementos que identifiquen como relevantes, podrÁ; sugerir el plan de acciÁ³n individualizado para cada paciente.

Nutricionista–Dietista: DeberÁ; medir el peso y la talla de los pacientes y a travÁ©s de Ándice de masa corporal determinara si el paciente cursa con obesidad o sobrepeso, o si esta desnutrido. Se hace necesario identificar los hÁ;bitos alimentarios de los pacientes.

Enfermera: Aunque no es un personaje con el que contamos en la consulta de medicina familiar, pero por estar presentes en otros servicios, es necesario considerarla como parte del equipo de salud e incluirla en las actividades de educaciÁ³n y autocuidado

MÁ©dico Familiar: DeberÁ; verificar el cumplimiento de la cita del paciente con cada uno de los integrantes del equipo, asÁ- como de las acciones esenciales correspondientes, a travÁ©s de los registros en los expedientes clÁ-nicos.

Jefe de Servicio de Medicina Familiar: DeberÁ; evaluar que los integrantes del equipo de salud haya realizado las acciones esenciales con los pacientes que les fueron referidos, asÁ- como que el medico familiar verifique que estas se cumplan.

CaracterÁ-sticas del modelo de atenciÁ³n:

- Individualista: la atenciÁ³n estÁ; enfocada principalmente hacia la persona que demanda el servicio.
- BiolÁ³gico: el proceso de atenciÁ³n regularmente aterriza en afecciones de origen orgÁ;nico, sin considerar los aspectos psicolÁ³gicos ni su entorno familiar y social.
- Curativa: probablemente debido a la formaciÁ³n profesional, el servicio se brinda con un enfoque asistencial, convirtiÁ©ndose en la parte medular del quehacer mÁ©dico y de la expectativa del enfermo.

CaracterÁ-stica del abordaje del mÁ©dico familiar

- Autoritario: por tradiciÁ³n la decisiÁ³n del medico la impone el paciente, no le brinda diferentes opciones para el diagnostico y tratamiento de su paciente. El medico decide el que como y cuando hacerlo.
- Paternalista: asume la responsabilidad de la enfermedad y por lo tanto de la curaciÁ³n, situaciÁ³n que

- limita la participación del paciente al no involucrarlo en el autocuidado de la salud.
- Atención fragmentada: estos se refiere a que solo atendemos la afección que en el momento demanda o refiere el paciente.
 - Trabajo individualista: la responsabilidad del motivo de atención del paciente la asume el médico familiar con un carácter paternalista y regularmente se limita la intervención del equipo de salud.

SERVICIOS DE INTEGRACIÓN DE REHABILITACIÓN EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

La OMS en los años 90, estimó que aproximadamente 10% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad. El IMSS proporciona atención y servicios de rehabilitación a pacientes con discapacidad, como parte del continuo de la atención médica. Hasta el año 2000 el IMSS contaba con 105 servicios de rehabilitación ubicados en hospitales de segundo y tercer nivel. En ese mismo año se realizó una análisis de los servicios de rehabilitación existentes en la institución, el cual reflejó la necesidad de incrementar la oferta, al tiempo que identificó la necesidad de mejorar la calidad y el acceso a estos servicios.

Las principales acciones de rehabilitación en medicina familiar son:

- Atención de riesgos de trabajo.
- Rehabilitación en padecimientos crónicos degenerativos y otros motivos de atención.

Objetivo:

Diseñar e implantar servicios de rehabilitación en UMF, de forma que estos servicios se otorguen con calidad y oportunidad.

Las funciones de los servicios de rehabilitación son:

- Prevenir la deficiencia, discapacidad o minusvalía, causadas por limitaciones físicas, sensoriales o mentales.
- Detectar, evaluar y diagnosticar, de manera precoz e integral, los procesos incapacitantes de los padecimientos incluidos en las áreas diagnóstico terapéuticas.
- Prescribir, dirigir, supervisar y evaluar los programas y procedimientos utilizados en la adaptación de las personas con limitaciones, con el objetivo de restaurar o restablecer sus funciones y contribuir a la recuperación psicológica y social.

Evaluación:

Comprender el desempeño, en función de cuatro aspectos:

- Acceso a los servicios de rehabilitación por parte de los usuarios, incluyendo aceptación y satisfacción
- Competencia técnica en función de la utilización apropiada de las áreas de práctica clínica en los padecimientos específicos
- Efectividad de los servicios de rehabilitación
- Costo efectividad de los servicios de rehabilitación

18. GRUPOS DE AUTOAYUDA

IMSS

Por el incremento de los padecimientos como lo son:

- Sobrepeso y obesidad.
- HipertensiÃ³n.
- Diabetes.,

Se definen estrategias operativas con propósito de integrar grupos de autoayuda en pacientes con esta problemática. Estos basados en esquemas de educación para adultos y un enfoque psicosocial, el cual su objetivo era favorecer el estilo de vida del paciente.

METODOLOGÃ A

Para poder definir la estrategia de los elementos sustantivos de los grupos de autoayuda en estos pacientes, se realizó una revisión documental del tema y se realizaron entrevistas con prestadores de servicios y pacientes con la finalidad de darle factibilidad operativa a su implementación en las unidades médicas de medicina familiar. De acuerdo con Wagner la atención de la enfermedad crónica incluye el apoyo para su automanejo:

El rediseño para otorgar servicios de salud apoyo a las decisiones y aplicación de sistemas informativos clínicos incluyendo a los familiares de los pacientes e intervención de representantes de equipos de salud capacitados para su fin comunidad.

La comunidad debe de estar entrenada para realizar:

- Actividades educativas.
- De promoción de cambio de conducta.
- De autocuidado.
- Prevención y de control

Contará con un control médico de:

- Información clínica.
- Dietética.
- De ejercicio.
- Manejo de estados emocionales.
- Como la depresión y ansiedad.
- Todo esto desde un enfoque de educación para adultos.

GRUPO

Un grupo es un medio práctico para hacer llegar mensajes educativos a conjuntos de personas con necesidades de información en común.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

Son un grupo de personas que comparten un problema, del cual algunos individuos sirven de estímulo positivo a otros y todos se ven beneficiados con esta dinámica.

CARACTERISTICAS

- Son útiles para mejorar la motivación de una persona en búsqueda de la solución de su problema.
- Buscan apoyar y vincular la comunicación entre los integrantes de un grupo y un equipo de salud la cual permitirá:

- La retroalimentaciÃ³n.
- Compartir experiencia para vencer temores.
- Se conozcan asÃ- mismo y se evaluÃ©.
- Estimulo y fortaleza a nivel grupal.
- ReflexiÃ³n colectiva.
- Apoyo y precisiÃ³n en el cambio de conductas con experiencias en diferentes niveles de conocimiento y de tiempo de vivir con una enfermedad determinada.
- Convencimiento en los pacientes para conservar la autonomÃ-a.
- Incrementar la autoestima.
- IdentificaciÃ³n de redes de apoyo.
- No son profesionales ni directivos.
- Elaboran trabajos de manera grupal.

ACCION DEL TRABAJO SOCIAL

Pretende favorecer la rehabilitaciÃ³n social del enfermo, para un mejor desarrollo y que le facilita las relaciones entre:

- Pacientes.
- Familiares y representantes de apoyo para el equipo de la salud.

COMPONENTES

Los Grupos constituyen una rica fuente de consulta por la sumatoria de experiencias de los pacientes.

Esta fuente podrÃ¡ ser explorada, a travÃ©s de los diferentes mÃ©todos experienciales, como la presentaciÃ³n de su historia personal, el de aprendizaje basado en problemas y actividades que permitan compartir conocimientos existentes.

- Reforzar la autoestima del grupo.
- Facilitar la definiciÃ³n de objetivos y metas tanto individuales como grupales.

Los mÃ©dicos pueden llegar a ser expertos en el manejo de padecimientos crÃ³nicos, pero solo los pacientes pueden ser expertos en la direcciÃ³n de sus vidas:

- Cambio conductual.
- ModificaciÃ³n de hÃ¡bitos.
- Mantenimiento en los avances.
- ActualizaciÃ³n mÃ©dico-paciente.
- Mantener la motivaciÃ³n y apoyo al cuidado de la enfermedad.
- Plan nutricional.
- Ejercicio fÃ-sico.

En el abordaje de la diabetes mellitus con los pacientes de grupos de autoayuda, partimos del conocimiento de que esta enfermedad es un grupo heterogÃ©neo de alteraciones metabÃ³licas caracterizadas por hiperglucemia crÃ³nica, resultante de defectos en la secreciÃ³n o en la acciÃ³n de la insulina o ambos, que produce a largo plazo complicaciones crÃ³nicas de diversos Ã³rganos y tejidos.

Para la estrategia de grupos de autoayuda en el IMSS, consideraron que los niveles de 140mg/mg (dL 7.8mmol) esta puede ser la primera meta a alcanzar.

La obesidad se define como una enfermedad etiologÃ-a multifactorial, caracterizada por el almacenamiento

en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañado de alteraciones metabólicas que predisponen a la alteración que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud. El sobre peso aunque se identifica como un estado premorbido, siendo considerado en los grupos de autoayuda ya que al igual que la obesidad, condicionan que las personas desarrollen con mayor frecuencia, resistencia a la insulina, diabetes tipo II, hipertensión arterial y algún tipo de sangre.

Para los pacientes con hipertensión arterial que se integran a los grupos de autoayuda, la meta a alcanzar son cifras inferiores a las de 140mmHg, para la presión sistólica, y 90mmhg para la diastólica, además de impactar positivamente en los factores de riesgos, tales como el tabaquismo, obesidad, iniciativa física.

UNIDAD 5 DIAGNOSTICO DE SALUD

- Tema 19.– Componentes del diagnóstico de salud.

19. COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO DE SALUD.

Medico Pediatra. Lucio Miramontes Alcalá;

¿Qué es?

- Es un documento que se elabora a partir de la información que se obtiene de toda la comunidad.
- Toma en cuenta información de todas las personas que atiende (problemas de población).
- Estadísticas que muestra una clara visión de cómo está la población.

¿Cuál es su utilidad?

- Programar presupuestos, recursos que se ocupan dependiendo las enfermedades que trata de controlar o eliminar enfermedades.
- Prevenir o favorecer una enfermedad.

¿Cuáles elementos lo conforman?

- Diagnósticos médicos (principales)
- Número de población.
- Área geográfica.
- Factores de riesgo (industrias, economía, medio ambiente)

¿Cuál es su propósito?

- Orientar objetivos (gastos, tratamiento, labor)
- Que área necesita atención.

¿Cómo está estructurado?

- Consulta.

¿Cómo se lleva a cabo?

- Revisión de documentos, hoja diaria de consulta de los SUIVES (sistema único de vigilancia epidemiológica).

¿Quién elabora un Diagnóstico de salud?

- Lo realiza el medico Epidemiólogo y los Estadistas.

¿Qué nombres se les asigna?

- Pediatra.
- Cirujano.
- Ginecologa y Obstetricia.
- Medicina interna.

Pediatra:

- Neonatología.
- Nefrología.
- Gastroenterología.
- Cirugía Pediátrica.
- Oncología y Hematología.
- Endocrinología.

Cirugía:

- Gastro.
- Cirugía Laparoscopia.
- Micro invasión.
- Ortopedia trauma reconstructiva.
- Plástica.

Ginecología:

- Embarazo de alto riesgo.
- Coliposcopy.

Medicina Interna:

- Especialidades de los adultos.
- Reumas.
- Endocrino.
- Cardiología.
- Infectología.

ANEXOS

- Tema 20.– Retos de la salud publica.

20. Retos de la salud publica

PANORAMA MUNDIAL

Aumenta la esperanza de vida... Aunque no para todos

En los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer se ha incrementado en términos mundiales en cerca de 20 años pasando entre 1950–1955 y 2002 de 46,5 a 65,2 años. Como media, la esperanza de vida aumentó en nueve años en los países desarrollados (por ejemplo, en Australia, los

países europeos, el Japón, Nueva Zelanda y América del Norte). En 17 años en los países en desarrollo con elevados niveles de mortalidad de niños y de adultos (la mayoría de los países africanos y los países más pobres de Asia, la Región del Mediterráneo Oriental y América Latina).

En 26 años en los países en desarrollo con baja mortalidad.

La gran diferencia de los 45 años cincuenta entre las esperanzas de vida de los países desarrollados y los países en desarrollo se ha transformado hoy en una gran diferencia entre los países en desarrollo con alta mortalidad y los otros países. En 2002 la esperanza de vida al nacer oscilaba entre los 78 años de las mujeres de los países desarrollados y los 46 años de los hombres del África subsahariana; es decir, en términos totales era 1,7 veces superior para las primeras que para los segundos.

La esperanza de vida ha mejorado en los últimos 50 años prácticamente todas las regiones del mundo, con la importante excepción de África y de los países de Europa oriental antes pertenecientes a la Unión Soviética. Los aumentos de la esperanza de vida registrados en la primera mitad del siglo XX en los países desarrollados fueron el resultado de un rápido descenso de las tasas de mortalidad, en particular de la materno-infantil y de la atribuible a enfermedades infecciosas en la infancia y en la primera etapa de la edad adulta.

¿Por qué se dio esto?

El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y una educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos y la adopción de medidas de salud pública, como la inmunización contra diversas enfermedades infecciosas, contribuyeron sobremanera a esa transición epidemiológica. En los países desarrollados, las mejoras actuales en los niveles de esperanza de vida se deben principalmente a la reducción de las tasas de mortalidad entre los adultos.

Pautas de mortalidad mundiales

De los cerca de 57 millones de personas que fallecieron en 2002, 10,5 millones (esto es, casi un 20%) eran niños menores de cinco años. El 98% de esas muertes se produjeron en países en desarrollo.

Los países desarrollados, más del 60% de las defunciones se dan en personas mayores de 70 años, mientras que en los países en desarrollo ese porcentaje ronda el 30%. Un factor clave es el número relativamente elevado de muertes registrado en estos últimos en adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 59 años. Esta elevadísima tasa de mortalidad prematura entre los adultos observada en los países en desarrollo es un importante problema de salud pública. En China el número de muertes registradas antes de los cinco años no llega al 10%, mientras que en África asciende al 40%. Por otro lado, en China el número de fallecimientos de personas mayores de 70 años es de un 48%, y en África sólo de un 10%. La supervivencia infantil sigue ocupando un lugar destacado en la agenda internacional de acción sanitaria para los países en desarrollo.

Dado que cerca del 90% de las defunciones de menores de 15 años que se producen en el mundo se dan en niños que aún no han cumplido cinco años. Los esfuerzos internacionales encaminados a comprender la magnitud de los retos sanitarios que encaran los adultos de los países en desarrollo todavía son incipientes. Incluso en nuestros días, impera la idea de que la salud de los adultos sigue constituyendo una preocupación importante en los países ricos, donde se ha logrado reducir notablemente la mortalidad prematura entre los niños. La carga elevada de enfermedades y traumatismos sufridos por adultos en los países en desarrollo, una carga que va en aumento y que exige la intervención inmediata de las autoridades de salud pública de todo el mundo.

Sobrevivir a los primeros cinco años de vida

Aunque cada año siguen muriendo en el mundo unos 10,5 millones de niños menores de cinco años, se han logrado ciertos avances con respecto a los años setenta, cuando esa cifra superaba los 17 millones. Dicha reducción no se ha producido de manera uniforme en el tiempo ni en la misma proporción en todas las regiones, pero los resultados satisfactorios obtenidos en algunos países en desarrollo demuestran claramente que también en esos entornos es posible alcanzar bajos niveles de mortalidad.

No debe subestimarse la repercusión de esos logros: si todo el mundo consiguiera alcanzar el nivel de mortalidad en la niñez que tiene hoy Islandia (el más bajo del mundo en 2002), cada año podría evitarse la muerte de más de 10 millones de niños. En la actualidad, la inmensa mayoría de las defunciones infantiles se producen en países en desarrollo, de ellas prácticamente la mitad en África.

Si bien algunos países africanos han logrado notables progresos en lo que a reducción de la mortalidad en la niñez se refiere, la mayoría de los niños de este continente viven en países donde las mejoras en materia de supervivencia alcanzadas en el pasado han quedado anuladas, debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA.

En el mundo entero los niños corren un mayor riesgo de morir si son pobres. Las disminuciones más pronunciadas de los niveles de mortalidad en la niñez se han registrado en países desarrollados y en países en desarrollo con baja mortalidad que han experimentado una mejora de la situación económica. En cambio, el ritmo de descenso de esos niveles en los países con alta mortalidad ha disminuido, llegando incluso a estancarse o a cambiar de signo. Dadas las mejoras globales registradas en las regiones en desarrollo, la brecha de mortalidad entre el mundo en desarrollo y el mundo desarrollado se ha estrechado desde 1970. Sin embargo, se están acentuando las diferencias entre las distintas regiones en desarrollo, ya que dentro de África los países menos desfavorecidos van logrando rápidos avances, mientras que la situación de las poblaciones más pobres no cesa de agravarse.

Mortalidad en la niñez: contrastes en el plano mundial

Los niveles de mortalidad en la niñez correspondientes a las distintas regiones. De los 20 países del mundo que presentan las cifras más elevadas de mortalidad en la niñez (probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años), 19, es decir todos excepto uno (Afganistán), son africanos.

Un bebé nacido en Sierra Leona tiene 3,5 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que un niño venido al mundo en la India, y si esa misma comparación se hace con Islandia o Singapur, el riesgo es cien veces mayor. Quince países, la mayoría de ellos europeos, pero también en el Japón y Singapur, arrojaron en 2002 niveles de mortalidad en la niñez inferiores a 5 por 1000 nacidos vivos. En el cuadro 1 del anexo se indican las tasas de mortalidad en la niñez estimadas para 2002 para cada uno de los Estados Miembros de la OMS.

Mortalidad en la niñez: diferencias según el sexo y el estatus socioeconómico

En todo el mundo la mortalidad en la niñez es más elevada en los varones que en las mujeres, pero hay algunas excepciones. En China, la India, Nepal y el Pakistán, la mortalidad de niñas es superior a la de niños. Esa disparidad es particularmente pronunciada en el caso de China, donde el riesgo de defunción es un 33% mayor para las niñas que para los niños. Se cree que estas desigualdades son debidas al trato preferente que se da a los niños varones a la hora de acudir con ellos a los servicios de salud familiar o de alimentarlos.

Dentro de los distintos países, los niveles de mortalidad en la niñez varían considerablemente entre los diferentes grupos de ingresos. Según se desprende de los datos recabados mediante 106 encuestas demográficas y de salud realizadas en más de 60 países, los niños pertenecientes a familias pobres corren un riesgo mucho mayor de morir antes de cumplir los cinco años que los de familias más ricas.

En todos los países se dan notables diferencias en los riesgos de mortalidad en la niñez según el grado de pobreza, pero la magnitud de esa desigualdad varía; así, por ejemplo, en el Náger el riesgo de morir durante la infancia es aproximadamente 13 puntos porcentuales más elevado para los pobres que para los no pobres, mientras que en Bangladesh esa diferencia es inferior a tres puntos porcentuales.

Las tasas de mortalidad en la niñez entre los pobres son mucho más elevadas en África que en cualquier otra región, aunque se emplee el mismo nivel de ingresos para definir la pobreza. Los niños pobres africanos tienen casi el doble de probabilidades de morir que los niños pobres de las Américas. De modo análogo, los niños no pobres de África tienen el doble de probabilidades de morir que los niños no pobres de las Américas. Además, el riesgo de defunción de los niños no pobres de África (16%) es más elevado que el de los niños pobres de las Américas (14%).

Supervivencia infantil: mejoras para algunos niños

En los últimos tres decenios, se han registrado en el mundo entero mejoras importantes en materia de supervivencia infantil. A nivel mundial, la mortalidad en la niñez descendió entre 1970 y 2002 de 147 por 1000 a aproximadamente 80 por 1000 nacidos vivos.

Esa reducción fue particularmente acusada en algunos países de las Regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental y en América Latina, mientras que en los países africanos fue más modesta. También se han registrado mejoras en la supervivencia infantil en las naciones industrializadas ricas, donde los niveles de mortalidad ya eran bajos.

Aunque la mortalidad en la niñez ha disminuido en la mayoría de las regiones del mundo, las mejoras no han sido uniformes en el tiempo ni tampoco entre las regiones. Las mayores reducciones de las tasas de mortalidad en la niñez se registraron en el mundo entero hace 20–30 años, aunque no así en las Regiones de África y del Pacífico Occidental, donde su ritmo se redujo durante el decenio de 1980, ni tampoco en algunos países de Europa oriental, donde en los años setenta esa tendencia incluso se invirtió³.

A lo largo de la última década, la mortalidad en la niñez sólo se ha logrado reducir aún más en países de la Región de Asia Sudoriental y en los países latinoamericanos con niveles de mortalidad más elevados.

Las mejoras más notables de los últimos 30 años en materia de supervivencia infantil se han observado en países en desarrollo donde la mortalidad en la niñez ya era relativamente baja, mientras que los países con niveles más elevados experimentaron un descenso menos pronunciado. Pese a la disminución general de las tasas mundiales de mortalidad en la niñez en los últimos tres decenios, las diferencias entre las regiones en desarrollo, y también dentro de África, se han ido acentuando.

Mientras que las posibilidades de supervivencia infantil son cada vez más dispares entre las regiones menos adelantadas del mundo, en los últimos 30 años ha habido una reducción de las diferencias de mortalidad en la niñez entre las naciones más ricas, debido en buena medida a los avances medicotecnológicos, particularmente en lo que respecta a la supervivencia neonatal.

En 16 países (14 de ellos africanos), hoy día la mortalidad de niños menores de cinco años es más elevada que la observada en 1990. En nueve países (ocho de ellos africanos), las tasas actuales incluso superan las registradas hace dos decenios. El VIH/SIDA ha tenido mucho que ver en esas regresiones.

Análisis realizados a partir de encuestas demográficas y de salud ponen de manifiesto que, aunque la mortalidad en la niñez ha aumentado en muchos de los países africanos objeto de estudio, las diferencias de mortalidad entre las poblaciones pobres y no pobres en ese continente no han variado con el paso del

tiempo.

En cambio, en la Región de las Américas, donde ha habido una disminución general de las tasas de mortalidad en la niñez, la brecha de mortalidad entre los grupos pobres y los más acomodados se ha ido ampliando, lo que indica que en muchas regiones las mejoras en materia de supervivencia han beneficiado a los no pobres. La reducción de la mortalidad en la niñez ha sido más lenta en las zonas rurales, donde se concentra la población pobre, que en las zonas urbanas. Los análisis efectuados sugieren que las intervenciones sanitarias llevadas a cabo durante el pasado decenio no han logrado mejorar la situación de la población pobre.

Los descensos de las tasas de supervivencia infantil en algunos países arriba descritos contrastan con las impresionantes mejoras registradas en determinados países africanos. Pese a los estragos causados por la epidemia de VIH/SIDA en África, ocho países de la Región, entre ellos el Gabón, Gambia y Ghana, han logrado reducir desde 1970 la mortalidad en la niñez en más de un 50%.

En términos globales, al menos 169 países, 112 de ellos en desarrollo, han registrado desde 1970 una disminución de los niveles de mortalidad en la niñez. La mortalidad en la niñez también ha disminuido notablemente en la Región de las Américas. Las reducciones más destacadas en términos proporcionales se han registrado en Chile, Costa Rica y Cuba, donde las tasas han disminuido desde 1970 en más de un 80%.

En términos absolutos, también se han experimentado reducciones importantes en Bolivia, Nicaragua y el Perú. En cambio, en Haití- la tasa de mortalidad en la niñez sigue siendo de 133 por 1000 nacidos vivos, una proporción que prácticamente duplica la correspondiente a Bolivia, que ocupa el segundo lugar en esa Región.

En varios países de Europa oriental se ha observado una interesante evolución de las tendencias relacionadas con la mortalidad en la niñez, que aumentó o se mantuvo en los mismos niveles durante el decenio de 1970 para luego disminuir a partir de 1980 (7). Esto puede deberse hasta cierto punto a que durante dicho periodo los registros de fallecimientos de niños y lactantes fueron haciaándose más completos. Un dato interesante es que mientras que los niveles de mortalidad adulta aumentaron a comienzos del decenio de 1990, la mortalidad en la niñez continuó disminuyendo. Esta pauta de mortalidad no se ha repetido en ninguna otra región de un modo tan sistemático, y siguen sin entenderse bien sus causas.

Causas de defunción en la infancia

En los países en desarrollo, las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo las que más muertes de niños provocan, debido en parte a la epidemia de VIH/SIDA. Aunque en algunas zonas se han logrado mejoras sustanciales (por ejemplo en lo referente a la poliomielitis), las enfermedades transmisibles siguen figurando entre las 10 principales causas de defunción en los niños y provocan alrededor del 60% de las muertes infantiles. En términos generales, las 10 causas principales de defunción son responsables del 86% de todas esas. En numerosos países de la Región del Mediterráneo Oriental y de América Latina y Asia se ha registrado parcialmente una evolución hacia la distribución de las causas de defunción observada en los países desarrollados.

En esos lugares, las enfermedades perinatales, como la asfixia o los traumatismos sufridos durante el parto o la insuficiencia ponderal, que actualmente son responsables de entre una quinta y una tercera parte de las muertes, han desplazado a las enfermedades infecciosas como causas principales de defunción. Ese cambio en la distribución de las causas de muerte no se ha dado en el África subsahariana, donde las enfermedades perinatales ocupan el cuarto lugar. En esta región, la desnutrición, la malaria, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades diarreicas siguen figurando entre las principales causas de defunción en los niños y son responsables del 45% del conjunto de todas las defunciones.

Alrededor del 90% de todas las muertes de niños causadas por el VIH/SIDA y la malaria se producen en África subsahariana, donde se concentran el 23% de los nacimientos y el 42% de los fallecimientos de niños registrados en el mundo. Los últimos años han venido marcados por un enorme aumento de las defunciones de niños por VIH/SIDA, enfermedad ésta que en la actualidad provoca en África subsahariana 332 000 muertes infantiles y que en el conjunto de la región es la causa del 8% de la tasa total de mortalidad en la niñez.

Se han observado algunas mejoras en lo que respecta a las enfermedades diarreicas y el sarampión. Aunque, según parece, el nivel de incidencia se mantiene estable, la carga de mortalidad imputable a las enfermedades diarreicas disminuyó entre 1990 y 2002 de 2,5 millones a 1,6 millones de defunciones y representa en la actualidad un 15% del total de muertes de niños. Ha habido asimismo cierta disminución de las defunciones por sarampión, aunque dicha enfermedad sigue cobrando cada año la vida de más de medio millón de menores de cinco años (8). La malaria provoca anualmente alrededor de un millón de muertes infantiles, de las cuales el 90% corresponden a niños menores de cinco años. En dicho grupo de edad, esta enfermedad es la causa de cerca del 11% del total de defunciones.

En la India, el número total de muertes en la niñez disminuyó entre 1990 y 2002 de unos 3,5 millones a unos 2,3 millones. Ese impresionante descenso es fruto de una reducción de alrededor de un 30% de las tasas globales de mortalidad en la niñez y de una disminución de aproximadamente un 10% de las tasas totales de fecundidad. La distribución de las causas de defunción se ha mantenido bastante estable, exceptuando las enfermedades perinatales, cuya proporción ha aumentado notablemente. Se registraron también algunas disminuciones en la proporción de muertes debidas a las enfermedades diarreicas, el sarampión y el tétanos, probablemente gracias al empleo cada vez más extendido de la terapia de rehidratación oral y a la mayor cobertura de las vacunaciones sistemáticas, así como a la organización de campañas intensivas de inmunización.

Se puede observar una evolución similar en China, donde el número de muertes infantiles ha disminuido desde 1990 en un 30%, gracias a una reducción de la mortalidad en la niñez en un 18% y a la disminución de las tasas totales de fecundidad en un 6%. Al igual que en el caso de la India, el cambio más notable registrado durante el último decenio en China en la distribución de causas de defunción es el aumento de la proporción de las muertes perinatales.

El desafío que supone reducir la mortalidad en la niñez está ampliamente reconocido, y existen intervenciones eficaces para ello. Lo que urge ahora es pasar a la acción. Como se explica en la sección siguiente, los retos que plantea la mortalidad de adultos son más complejos.

REFLEXION UNIDAD I

En este primer tema se habla de la evolución de la salud pública a través del tiempo, también se nos da una breve reseña de lo que ha venido marcando los límites dentro de la disciplina. Se nos enfoca claramente como el ser humano requiere de diferentes formaciones y acciones dentro del actuar profesional para poder cumplir más extensamente sus expectativas de salud.

No habla claramente de los servicios ofrecidos a diferentes niveles de gobierno, todos esto implementando una mejor prevención y reparación de posibles atentados sobre la salud. Se nos da una breve instrucción de que esta se encamina también al cuidado del medio ambiente como punto central de la salud en la forma del entorno.

En este se habla también de las diferentes problemáticas a las que se ha enfrentado la salud pública a través del paso del tiempo con sus diferentes altibajos y su toma de poder ante diferentes tipos de problemáticas suscitadas dentro del ámbito de la salud así como sus proyecciones a largo plazo.

Nos habla de las diferentes confusiones con las que se ha topado en su encuentro con otras disciplinas nos marca los contextos y las adaptaciones que se encuentran a partir de trabajar en un mundo globalizado y las diferentes tendencias que esta ha tomado en su haber y hacer profesional.

No habla claramente de las declaraciones y protestas tomadas en diferentes congresos entre ellos la de Cumbres en Rio de Janeiro y la firma de diferentes cartas y tratados para procurar una mejor Salud publica a nivel mundial. Nos dice que se procura ante todo un desenvolvimiento excelente en la cuestión del cuidado humano y su sustentabilidad como una posible meta, nos dice las medidas de control que se han tomado para prevenir epidemias.

REFLEXION UNIDAD II

En esta nos habla claramente de las diferentes tendencias y los análisis que se tienen que tomar en cuenta para poder ejercer una salud publica que cubra todos los ámbitos de necesidades. Nos hace referencia a las epidemias y a los controladores que se imponen para la solución y una posible erradicación basados en la teoría de la transición. Nos hace hincapié en la prevención y los factores de riesgo que involucran cada una de las enfermedades posibles para sistemas en baja protección.

Más adelante nos habla de la prevención epidemiológica y la creación de modelos de solución ante la presencia de las mismas.

Nos habla de la vinculación salud–enfermedad como vínculo de estudio para una posible solución antes de que se desarrolle el problema como tal.

Enmarca claramente la creación de las políticas sociales para la solución de problemas de salud, de la necesidad y el derecho a la salud con el contamos todos los humanos por el hecho de nadie ser inmune a sufrir enfermedades, aclara la equidad como punto de partida para la elaboración de normas para regular el bienestar social, recalando las diferencias entre clases y etnias, las carencias y la falta de atención y baja aplicación real funcionamiento en las políticas hechas para el establecimiento real de una normativa propia adaptada a las situaciones variables por la que se enfrenta la comunidad.

Menciona también dos modelos en los cuales se analiza el procedimiento y la búsqueda de soluciones ante enfermedades como causas y efectos para una mejora, se busca en ambos una explicación del por qué esta tal enfermedad y el como se soluciona.

Da un enfoque y una invitación a la reflexión acerca de los factores ecológicos y su relación con las enfermedades, nos da el parámetro de observación para tomar los diferentes factores como posibles causas y análisis dentro de las enfermedades suscitadas en determinados casos.