



Mi Universidad

LIBRO

MATERIA

TRABAJO SOCIAL EN SALUD

LICENCIATURA EN

TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN COMUNITARIA

Séptimo Cuatrimestre

PERIODO

SEPTIEMBRE – DICIEMBRE

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Intervención Psicopedagógica.

Objetivo de la Materia. Que el estudiante analice y valore los factores sociales que intervienen en las principales enfermedades que afectan a la población y determine las medidas de prevención y control, desde el punto de vista del Trabajo Social.

UNIDAD I

DEFINICIÓN DE SALUD

- I.1.- Proceso histórico de la Salud vinculado a Trabajo Social en México.
- I.2.- El concepto salud enfermedad.
- I.3.- Conceptos de Salud Pública y medicina social.
- I.4.- Salud Pública y su relación con los sectores educativo y laboral
 - I.4.1.- Educación en salud.
 - I.4.2.- Salud en el trabajo.

UNIDAD II

MARCO LEGAL DE LA SALUD EN MÉXICO

- 2.1.- Elementos sustantivos.
 - 2.1.1.- Derecho constitucional a la protección de la salud.
 - 2.1.2.- Ley General de Salud, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
 - 2.1.3.- Plan Nacional de Desarrollo.
 - 2.1.4.- Programa Nacional de Salud: programas prioritarios.
 - 2.1.5.- Reforma del Sector Salud.
- 2.2.- El Sistema Nacional de Salud.

UNIDAD III

ENFOQUES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

3.1.- Enfoque biológico (Historia natural de la enfermedad, niveles de prevención de la Salud, corriente ecologista).

3.1.1.- Enfoque social y económico

3.1.2.- Enfoque alternativo

3.2.- Cadena y transición epidemiológicas

3.3.- Enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes.

3.4.- Modelos de intervención

3.5.- Intervención del Trabajo Social en el proceso de salud – enfermedad.

3.6.- Salud pública y ambiente.

3.7.- Saneamiento.

3.8.- El ambiente (social y natural) y la salud.

3.9.- Problemas emergentes.

CAPITULO IV

FACTORES SOCIALES Y LA SALUD PÚBLICA

4.1.- Condiciones socioeconómicas y salud.

4.2.- Indicadores de salud.

4.2.1.- Políticos

4.2.2.- Atención médica.

4.2.3.- Demografía.

4.2.4.- Aspectos sociales (Vivienda, servicios, nutrición, cultura, educación y fuentes de trabajo).

4.3.- La intervención del trabajador social a través de los indicadores de salud

4.4.- La participación social en los programas de salud.

INDICE

UNIDAD I	11
DEFINICIÓN DE SALUD.....	11
1.2.- El Concepto Salud Enfermedad.	19
1.3.- Conceptos de Salud Pública y Medicina Social.	23
1.4.-Salud Pública y su Relación con los Sectores Educativo y Laboral.	29
1.4.1.- Educación en Salud.	30
1.4.2.- Salud en el Trabajo.	32
UNIDAD II	35
MARCO LEGAL DE LA SALUD EN MÉXICO	35
2.1.- Elementos sustantivos.	35
2.1.1.- Derecho constitucional a la protección de la salud.	39
2.1.2.- Ley General de Salud, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	41
2.1.3.- Plan Nacional de Desarrollo.	43
2.1.4.- Programa Nacional de Salud: programas prioritarios.....	45
2.1.5.- Reforma del Sector Salud.	47
2.2.- El Sistema Nacional de Salud.....	52
UNIDAD III	56
ENFOQUES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.	56
3.1.- Enfoque biológico (Historia natural de la enfermedad, niveles de prevención de la Salud, corriente ecologista).	57
3.1.1.- Enfoque social y económico	62
3.1.2.- Enfoque alternativo.....	66
3.2.-Cadena y transición epidemiológicas	68
Agente causal	73
Reservorio	73
Fuente	75
Mecanismo de transmisión	75
Huésped susceptible.....	76

3.3.- Enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes	77
3.4.- Modelos de intervención	78
3.5.- Intervención del Trabajo Social en el proceso de salud enfermedad.	79
3.6.- Salud pública y ambiente.	79
3.7.- Saneamiento.	80
3.8.- El ambiente (social y natural) y la salud.	81
3.9.- Problemas emergentes.	81
CAPITULO IV	82
FACTORES SOCIALES Y LA SALUD PÚBLICA	82
4.1.- Condiciones socioeconómicas y salud.....	82
4.2.- Indicadores de salud.	83
4.2.1.- Políticos.....	86
4.2.2.- Atención médica.	87
4.2.3.- Demografía.....	90
4.2.4.- Aspectos sociales (Vivienda, servicios, nutrición, cultura, educación y fuentes de trabajo).	94
4.3.- La intervención del trabajador social a través de los indicadores de salud	96
4.4.- La participación social en los programas de salud.....	99
Bibliografía	104

UNIDAD I

DEFINICIÓN DE SALUD.

Objetivo de la Unidad: Identificar el proceso histórico del concepto de salud y su vínculo con el Trabajo Social.

I.1.- Proceso Histórico de la Salud vinculado a Trabajo Social en México.

“Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente” William Osler

El término salud pública es reciente. En los primeros años del siglo XX se usaban todavía en México las palabras, salubridad y beneficencia. La primera más bien despierta la idea de lo que es bueno para la salud. La segunda se refiere a los servicios de salud que presta el gobierno. El concepto actual de salud pública se usa en todo el mundo y es más complejo. La mayoría de los países coinciden en que la salud pública depende de elementos económicos, políticos, sociales, culturales y ecológicos. En México, al finalizar el siglo XX, la salud pública tiene una posición integral que comprende la relación mutua entre el gobierno y la sociedad en cuestiones de salud ambiental y colectiva, servicios de salud, programas de medicina preventiva y programas contra enfermedades que, por su alta frecuencia o peligrosidad, se convierten en problemas de salud pública (Frenk et al., 1993).

Epidemias, leyes sanitarias y nueva regulación de la medicina

La interfase entre el siglo XVIII y el siglo XIX fue difícil en todo el mundo. En la Nueva España el régimen borbónico introdujo cambios cuyo objetivo era mantener el poder que poco a poco iban ganando los criollos. Entre 1810 y 1821 se realizó la Guerra de Independencia de España y entonces se inició la formación de un nuevo estado mexicano que trató de satisfacer necesidades económicas, políticas, sociales y científicas. En materia de

salud, la efervescencia política y social acentuó las condiciones insalubres y no hubo cambios radicales.

La influencia española no desapareció de un día para el otro y en materia de higiene pública continuó la tradición de las Ordenanzas o Bandos de Policía y Buen Gobierno, códigos que regulaban las condiciones de vida de los ciudadanos. Quizás por la influencia borbónica modernizadora, el Bando de Policía y Buen Gobierno del 7 de febrero de 1825 se distinguió por su sentido humanitario, sus conceptos de bienestar público y el valor que otorgó a las leyes y a la educación higiénica.

En ese periodo el gobierno manifestó gran interés por aumentar su poder en asuntos de salud. Hizo leyes sanitarias, bandos y entró en franca oposición con la iglesia respecto a la regulación de hospitales y cementerios. Las órdenes hospitalarias se suprimieron en 1820 y desde entonces los hospitales dependieron del ayuntamiento (Meyer, 1975). Sin embargo, las situaciones de crisis seguían azotando a la población. Por ejemplo, la ausencia de planes efectivos de contingencia y el centralismo seguían favoreciendo las epidemias.

El Tribunal del Protomedicato reguló a la medicina y a los que la practicaban hasta noviembre de 1831 cuando fue sustituido por un organismo denominado Facultad Médica del Distrito Federal. Este funcionó hasta 1841 cuando fue sustituido por el Consejo Superior de Salubridad. Con relación a la enseñanza de la medicina, la universidad fue suprimida temporalmente en 1833 y el 23 de octubre del mismo año el vicepresidente Valentín Gómez Farias, hombre inteligente y de carácter fuerte, creó el Establecimiento de Ciencias Médicas (Fernández del Castillo, 1986). La consolidación de la medicina como gremio tiene su primer antecedente con la creación de la Academia de la Medicina en 1836. Entonces Francia tuvo enorme influencia en la medicina mexicana. Se copió el programa francés de estudios médicos, se trajeron libros, los médicos debían hablar y leer francés y hacer una estancia en Francia si querían tener prestigio.

Entre 1831 y 1833, México tuvo tres presidentes. Además de la inestabilidad política, el país también sufrió catástrofes naturales y epidemias. Con razón Rosenberg (1987) llama al siglo

XIX el siglo del cólera. México padeció muchas epidemias de cólera. La de 1833 fue particularmente nefasta. En la primera mitad del siglo fueron muy severas las epidemias de tifo, influenza, fiebre amarilla y paludismo. Las consecuencias de las epidemias eran tan graves que en 1832 el gobierno decidió absorber los gastos que éstas causaron.

De la caridad a la institución: el Consejo de Beneficencia

Para 1848 los problemas de México siguieron siendo importantes y afectando la salud del pueblo. Ese año terminó la guerra con Estados Unidos con la venta, por una cantidad ridícula, de Texas, Nuevo México y California. La miseria producto de la guerra fue causa parcial de una epidemia de cólera que concluyó en 1851 (Rodríguez de Romo, 1994a). En el sur, Yucatán padecía una terrible lucha de castas. En el centro y norte, Chihuahua, Durango y San Luis Potosí tenían revueltas y turbulencias sociales.

En 1856 el presidente Benito Juárez desamortizó los bienes de la Iglesia con lo cual los hospitales y orfanatos quedaron bajo el control del gobierno. La Iglesia siempre tuvo amplio poder en México y el principio de caridad, fuertemente arraigado en el catolicismo, hizo que durante toda la Colonia la Iglesia fundara y atendiera hospitales, se hiciera cargo de pobres y huérfanos e incluso regulara los cementerios y otros asuntos que ahora dependen de la Secretaría de Salud. Con Benito Juárez se inician los servicios de atención a la salud como obligación del gobierno y no como obra de caridad de la Iglesia. El paso intermedio fue la beneficencia que era regulada por el gobierno, pero con una participación importante de la sociedad civil. El proyecto de sociedad de Juárez desplazaba el poder de la Iglesia. Curiosamente, en la Constitución de 1857 no aparecen preceptos relacionados con la salud a pesar de que su ideario era el humanismo y que, desde entonces, Juárez pretendía sustituir la caridad cristiana por la asistencia pública. Así en 1861 decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado (Moreno, 1982, p. 28).

Fuera de toda legalidad, Benito Juárez fue desplazado por Maximiliano (1864-67) quien durante su imperio creó el Hospital de Maternidad y un instituto para sordomudos. Juárez, al regresar al poder, continuó la pugna con la Iglesia lo que se reflejó en el mal servicio a la

salud que tenía la población. Esto fue causa parcial de que la medicina privada aumentara de modo importante y creciera el número de fundaciones. La beneficencia siguió existiendo, pero, debido a la malversación de fondos, tuvo que ser legislada y en 1877 se creó el Consejo de Beneficencia. El reglamento apareció en 1881 (Reglamento de Beneficencia, 1881) y su idea principal es el derecho a la ayuda médica y el deber de la sociedad a contribuir a ésta. Benito Juárez tuvo muchos méritos, pero, desgraciadamente, fomentó el centralismo con lo cual, en materia de salud, los servicios para las poblaciones alejadas de la capital fueron deficientes.

El Consejo Superior de Salubridad y Eduardo Liceaga

El Consejo Superior de Salubridad merece mención especial en la historia de la salud pública mexicana. Ya se mencionó que fue establecido en la ciudad de México en enero de 1841. De sus cinco miembros titulares, tres eran médicos, uno farmacéutico y el quinto químico. Según el médico de la época, Ismael Prieto, el Consejo no era totalmente respetado debido a la inestabilidad política que no permitía decidir si el país sería centralista o federalista (Prieto, 1902). En 1879 el Consejo Superior de Salubridad se hizo autónomo lo cual agilizó sus actividades ya que sólo tenía que informar a la Secretaría de Gobernación y no a las dependencias de cada estado. El mismo 1879 el Consejo formuló "las igualas médico-farmacéuticas nacionales", acción importante para la atención a la salud pública porque trató de unir la atención médica y la medicina preventiva. Ese año también estudió el tifo, hizo una estadística de mortalidad e inició un mejor control de hospitales, hospicios, alimentos, agua potable, bebidas en general y desechos humanos.

Así mismo, se legisló la vigilancia de cementerios, escuelas y talleres. Pero la función científica y social del consejo se formalizó cuando el médico Eduardo Liceaga fue su presidente en 1885. La obra de Liceaga fue muy importante para el desarrollo de la salud pública mexicana. El consejo se reorganizó totalmente durante su gestión y se formalizó su función científica y social. Entonces se administraron vacunas, se estudiaron las epidemias, se limpió la ciudad, se introdujo la vacuna antirrábica (Rodríguez de Romo, 1996) y en 1891 se concluyó el Código Sanitario que dividía la administración sanitaria en local y federal, establecía reglas y obligaciones (Código Sanitario, 1891). Su desiderátum decía: "Conservar la

salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana; he aquí los objetos que debe tener por mira la higiene."

Liceaga pensaba que el país entero no podía regirse por las condiciones de salud que sólo existían en la capital y en 1910, pretextando el primer centenario de la Independencia, realizó un análisis sanitario de la República Mexicana a partir de 1810 (La Salubridad, 1910). Un cuestionario bastante completo se envió a cada estado del país. Desafortunadamente, Veracruz, Campeche, Tlaxcala, Oaxaca, y Quintana Roo no respondieron y este primer análisis, que cubre un siglo de las condiciones de sanidad, está incompleto. Con Eduardo Liceaga, que fue vicepresidente de la Asociación Americana de Salud Pública, se inició la participación de México en los asuntos sanitarios internacionales. Todavía con relación al Consejo Superior de Salubridad, es necesario recordar que creó una revista que persiste hasta nuestros días. En 1880 apareció el Boletín del Consejo Superior de Salubridad (Boletín del Consejo, 1880), primera publicación mexicana en salud pública. En 1927 se convirtió en el Boletín del Departamento de Salud Pública. En 1943 dio lugar a Salubridad y Asistencia que desde 1959 es la revista Salud Pública de México.

Medicina preventiva y sociología médica

Por la misma época, es decir al finalizar el siglo XIX, se inició la medicina preventiva y la sociología médica. En 1880 el médico José Lobato publicó un artículo en la Gaceta Médica de México donde relaciona por primera vez la sociología y la salud pública. Recordemos que la sociología médica se refiere al análisis sociológico del sistema de salud y de los factores sociales que influyen sobre la salud. El trabajo de Lobato (1880) dice textualmente:

Conservar la salud colectiva, impedir la decadencia individual y alejar las enfermedades locales, he aquí el objeto de la higiene sociológica derivada de la demografía. La demografía es la ciencia que se ocupa de la descripción del pueblo considerando en sus relaciones estadísticas, estáticas y dinámicas con la higiene sociológica.

En el mismo año otro médico usó el término medicina preventiva. La comunidad médica, al hacerse eco de las palabras, dice que es la relación entre el buen estado de salud de un

pueblo y la atención médica recibida antes de contraer cualquier enfermedad (Septien y Llata, 1880). Es interesante mencionar el primer Congreso Nacional de Médicos en 1876 porque representó el choque formal entre las teorías antiguas y modernas, es decir, miasmas y desequilibrio de humores contra microbios como causantes de enfermedad.

Higiene como principio moralizador y de control social. En la interfase de los siglos XIX y XX surgió en México una corriente social moralizadora asociada a la higiene y que es necesario destacar.

En la bibliografía mexicana y extranjera sobre salud pública del siglo XIX es usual encontrar términos como policía sanitaria, policía médica o bando de policía (todos incluyen el término policía) cuando se trata de la aplicación de reglamentos o acciones sanitarias. El concepto de policía médica surgió en Alemania en el siglo XVIII y fue difundido por Johann P. Frank. Se refiere a la aplicación gubernamental de una política médica por medio de un reglamento administrativo. Hay que subrayar que en el fondo se trata de un principio y su acción que hacen dependiente el "bienestar" de la sociedad del "bienestar" del Estado (Rosen, 1985). Por otro lado, en la primera mitad del siglo la higiene en México fue importante cuando se la asoció con la fisiología. La situación fue muy diferente en la segunda mitad pues entonces la higiene adquirió un carácter social de tipo moralizador. El siguiente párrafo es muy ilustrativo (Anaya, 1894):

La higiene se refiere a regeneración moral, íntima relación entre el cuerpo del individuo y su forma de ser moral. Las prescripciones higiénicas que rigen el desarrollo material ejercen también una influencia inevitable y benéfica en el mejoramiento de la sociedad, así como en la perseverante actividad del pensamiento humano. La transmisión de principios científicos sirve de fundamento a la regeneración social ya que, si las pasiones sensuales producen trastornos en los pueblos, la ciencia, con la sublimidad de sus preceptos, es la santa bendición de la Providencia.

A Porfirio Díaz (1880-1910) no le fue fácil mantener su dictadura los últimos años. Apoyado en el positivismo, el darwinismo social y la higiene como principio moralizador y de control social trató de justificar las profundas diferencias sociales, la desigual repartición de la riqueza

y el menoscabo de la cultura que caracterizaban su régimen político. Es cierto que el bienestar pudo alcanzarse de modo parcial con la higiene y la aplicación de los bandos de policía, pero, también es cierto, eran una forma de condicionar la conducta y de controlar a la sociedad.

Afirmación de las ideas de salubridad y seguridad social

Al iniciar el siglo XX, la esperanza de vida al nacer era de 27,5 años y el coeficiente de mortalidad general de 33 por cada 1.000 habitantes. Pero la situación era irónica. Por un lado, el centralismo se acentuó con la dictadura de Porfirio Díaz y la salubridad pública, como servicio del Estado, no funcionaba regularmente ya que las decisiones se tomaban desde la capital. Por otro lado, México ya había asimilado el progreso espectacular que alcanzaron en el extranjero la histología, la patología, la bacteriología y la fisiología. E. Ackerknecht llama a este periodo de medicina de laboratorio porque los logros que se alcanzaron en el laboratorio científico se aplicaban en la medicina práctica. En el Hospital General de la ciudad de México se probaban los efectos farmacológicos de plantas medicinales que previamente se habían estudiado en el Instituto Médico Nacional (1888-1915).

La idea de salubridad nació en México, al igual que en Europa, como consecuencia del crecimiento de las ciudades, de la concentración demográfica y de las comunicaciones comerciales. La seguridad social apareció con el industrialismo y el incremento de la actividad ciudadana. En 1907 México se adhirió a la Convención Sanitaria de Dresde y aceptó el compromiso de apoyar a la Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París. Los acuerdos panamericanos iniciales se tomaron en 1910. El tema de la higiene social y de los higienistas latinoamericanos fue frecuente.

Sin embargo, México vivía una paradoja. Al iniciar el siglo XX el progreso científico alcanzado nada tenía que ver con las profundas diferencias sociales y la desigual distribución de la riqueza, circunstancias que provocaron el estallido de la Revolución Mexicana el 20 de noviembre de 1910. Entonces surgieron dos demandas: la atención a la salud de los obreros y

la creación de leyes que reglamentaron las condiciones de trabajo y la seguridad de los trabajadores y sus familias. Desde 1906 los hermanos Flores Magón defendieron, en el Manifiesto del Partido Liberal Mexicano, una concepción totalmente innovadora de la seguridad social. La guerra tuvo profundas consecuencias en materia de salud: epidemias, hambrunas, enfermedades causadas por la pobreza y las malas condiciones de higiene. Se desplomó el ideal de medicina preventiva que se había logrado años antes por culpa de la desorganización y las dificultades económicas causadas por la guerra. En materia científica, se frenó bruscamente el desarrollo en investigación médica que se alcanzó en los últimos veinte años.

Creación del Departamento de Salud Pública

El proyecto de justicia social emanado de la Revolución hizo que el nuevo Estado tratara de satisfacer las necesidades y las demandas de la población. En 1916 el Instituto Bacteriológico Nacional produjo la vacuna antivariolosa a gran escala. El Consejo Superior de Salubridad adquirió mayor importancia pasando a depender directamente del presidente de la República. En 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública que tuvo que ver con la legislación sanitaria del país, es decir, policía sanitaria en puertos y fronteras; vacunas, medidas contra el alcoholismo, epidemias, enfermedades contagiosas, preparación y administración de vacunas y sueros, control de alimentos, bebidas, drogas (Alvarez Amézquita et alii, 1960, pp. 97-8). La lucha contra la sífilis incluyó una campaña moralizadora que probablemente no tuvo mucho éxito ya que el número de prostitutas y prostíbulos aumentó debido principalmente a la crisis económica causada por la guerra reciente.

El Departamento de Salubridad Pública fue un organismo autónomo y ejecutivo que nació de un precepto constitucional y estableció que la salubridad y la asistencia en México pueden ser federales, estatales o municipales (Moreno et alii, 1982, p. 38). Este principio quedó asentado en el artículo 123 de la Constitución. Posteriormente fue la base para crear la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento de Higiene del Trabajo. Después de 1917 se empezó a generalizar el uso de vacunas y se introdujeron en las ciudades los primeros servicios de drenaje y agua potable.

I.2.- El Concepto Salud Enfermedad.

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales. Galeno, nacido en el año 131 A.C., se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad.

De esta forma, con el naturalismo hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural. Sin embargo, en la Edad Media se recurre nuevamente al influjo religioso en la presencia de la salud y de la enfermedad. En la edad moderna, con el auge de la ciencia, se desarrolló de forma significativa la ciencia anatómica y se produjeron grandes avances en el descubrimiento de principios anatómicos y fisiológicos, y químicos, entre otros, vinculados a las alteraciones de la salud.

En este mismo período parece abandonarse la creencia de que en dichas alteraciones hay una relación causal con el castigo de los dioses, los malos espíritus y los demonios. En suma, se puede decir que, en la edad moderna hay un privilegiado interés natural por el cuerpo humano. El invento del microscopio, a finales del siglo XVII, permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Por otro lado, con el advenimiento de la Revolución Industrial y los avances técnico científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud (8). Con el surgimiento de la teoría

microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad”. Durante el siglo XIX, las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad. Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad, condujo a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a hacer especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones. Desde esta perspectiva, el modelo causal simple se transforma en un modelo en el que la tríada huésped (Guest), hospedero (Host) y ambiente, participan en procesos de interacción recíproca. Este modelo es considerado como el modelo epidemiológico clásico, que aún hoy continúa privilegiado por la racionalidad científica moderna.

Los avances propiciados por las ciencias naturales, influyeron de manera significativa en la concepción sobre la salud y la enfermedad, de tal manera que para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad, primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas y el interés se centró en las relaciones de deducibilidad entre los enunciados, a partir de los cuales se describen observaciones, se refutan o confirman leyes, hipótesis o teorías. Esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control, propias de las ciencias naturales.

Desde el punto de vista del epidemiólogo, el concepto de “hospedero” es un elemento importante del concepto de “inmunidad”. El concepto de “hospedero” hizo suyo el énfasis que Hipócrates hacía en la constitución y susceptibilidad, expresado en la teoría de los humores, y obligó a los científicos y a los médicos a prestar especial atención al hospedero, del mismo modo como se la prestaban al huésped. El hospedero había sido siempre el objeto primordial del estudio médico. No obstante, el interés se había centrado en las

manifestaciones del trastorno antes que en la propia capacidad del hospedero de controlar las manifestaciones del mismo. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad. En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud OMS: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que esta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción. De acuerdo con Molina, G (citado por Bersh, D. 1987) (10), el concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad la definición del término “salud” no es estrictamente biológica, sino primariamente social. En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, se hizo hincapié en las estrategias de desarrollo económico, antes que, en la inversión social en esferas, tales como la salud y la educación. Sin embargo, los países, las organizaciones donantes y las universidades, emprendieron actividades relacionadas con la salud y la educación, especialmente en América Latina.

A pesar de los esfuerzos realizados, los análisis periódicos de las condiciones mundiales, efectuados por gobiernos nacionales, organismos internacionales y otros observadores, revelaron que existen aún grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo; aunque las condiciones son especialmente desoladoras en estos últimos. En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa. Este enfoque, conocido más tarde como concepto de campo de salud, e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la

política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana. Blum, (citado por Bersh (1987), muestra cómo los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Por su parte, Lalonde y Dever (sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos factores estén en equilibrio)

El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud. Al respecto se necesita que el enfoque mecanicista o reduccionista sobre la salud y la enfermedad, sea complementado desde una perspectiva más amplia con un enfoque psicobiológico y social del ser humano. Es decir, que tenga en cuenta que la humanidad, con su cuota inicial de genes, atraviesa una vida de complejas transacciones internas y externas que hasta ahora sólo conocemos vagamente. Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud, tal como lo plantea Gordis, L. (1980)(12). Agrega Bersh (1987), apoyándose en las ideas de Blum (...), que el fenómeno de la salud debe entenderse como “el proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud.”

Los efectos que tales variaciones producen en el fenómeno vital, se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin: mantener la salud. El debate no culmina con los planteamientos de Blum y Bersh. Antes de este debate, había surgido un enfoque holístico con respecto a los factores determinantes de la salud, los cuales procuran integrar las áreas de la salud con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. En 1992, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, vincula la salud y el desarrollo y las concibe desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo

la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones. En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio.

I.3.- Conceptos de Salud Pública y Medicina Social.

Salud Pública.

Definición de Winslow: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) El saneamiento del medio; 2) El control de las enfermedades transmisibles; 3) La educación de los individuos en los principios de la higiene personal; 4) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; 5) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad. En 1974, Hanlon propone la siguiente definición: La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad. En 1991, Piédrola Gil estableció la siguiente definición que simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido. Definición de Piédrola Gil: La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. En 1992, Frenk proponiendo delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, desarrolló una

tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y su individual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, con relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud).

La definición de Salud Pública que utilizó se basa en el nivel de análisis. Definición de Frenk: A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. En el mismo año, Milton Terris prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "Nueva Salud Pública": prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos. Definición de Terris: Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Definición de Testa: También en 1992, Testa, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, reconocía a la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica.

El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Pero si las proposiciones de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza", otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica. En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas. Definición

de la OPS La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Definición Actual: La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

Disciplinas que integra la salud pública

- Ingeniería Sanitaria
- Psicología
- Veterinaria
- Economía
- Administración en Salud
- Antropología
- Sociología
- Ciencias de la Salud
- Demografía
- Estadística
- Ingeniería de Sistemas
- Medicina
- Biología
- Ciencia Política
- Ecología

Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones. La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una autoevaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. Se ha definido como: Condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Definiendo a la Salud Pública como la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

- 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población FESP
- 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública FESP
- 3: Promoción de la salud FESP
- 4: Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos sanitaria nacional en salud FESP
- 5: Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría FESP
- 6: Regulación y fiscalización en salud pública FESP
- 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios FESP
- 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública FESP
- 9: Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos FESP
- 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública FESP
- 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Actividades de la Salud Pública:

- **Protección de la Salud** Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además, se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.
- **Promoción de la Salud** Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.
- **Prevención de la Enfermedad** Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.
- **Restauración de la Salud** Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria. Las acciones de la salud pública responden a las funciones esenciales ya que con ellas se procede a cumplir con actividades organizadas por ejemplo por la comunidad responden a las FESP 3, 4, 5 y 6, entre ellas tenemos:
 - **La educación:** La enseñanza general básica debe ser gratuita a toda la población.
 - **Política económica:** Producción agrícola y ganadera, de bienes y servicios, de empleo y de salarios.
 - **Política de vivienda, urbanismo y obras públicas.**
 - **Justicia Social:** De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio.

Medicina Social

La medicina social (MS) es el estudio de los aspectos sociales del proceso salud–enfermedad de las poblaciones. Al ser un campo del conocimiento (y no una disciplina científica), la MS recurre a las ciencias sociales (sociología, antropología, ciencia política, economía, filosofía), a las ciencias de la salud (epidemiología) y a las ciencias biomédicas para comprender la complejidad que entrañan los problemas de salud enfermedad de los grupos sociales (UAM, 1975). Por tratarse de un campo multidisciplinario, la MS también recurre a diversas metodologías e instrumentos (estadística, etnografía; entrevista) para la generación de datos.

Como toda actividad científica, la MS es desarrollada por investigadores y programas académicos de posgrado que han conformado una corriente teórica que analiza los problemas de salud–enfermedad de las poblaciones con un enfoque que la distingue de la corriente denominada salud pública. De ahí que, con frecuencia, se haga referencia a la MS como una "corriente de pensamiento"; lo cual coincide con la distinción que se hace de las "corrientes" sociológicas; respecto a éstas, la MS ha optado por el materialismo histórico como referente teórico fundamental.

La MS ha delimitado su campo al configurar sus dos objetos de estudio; el primero es la forma en que el proceso salud–enfermedad se distribuye en las poblaciones e incluye los procesos sociales que determinan dicha distribución; el segundo objeto es la forma en que las sociedades buscan resolver sus problemas colectivos de salud mediante diferentes prácticas en salud y mediante las políticas sanitarias.

La MS tiene como postulados teóricos que las condiciones de salud y enfermedad de los grupos humanos dependen de las modalidades con que cada formación social produce, distribuye y consume los satisfactores necesarios para su reproducción social. En ese sentido, las desigualdades en salud que presenta una sociedad son consecuencia del modo de producción vigente. En ese orden de ideas el proceso salud–enfermedad colectiva es histórico en sí mismo. Al mismo tiempo, tanto la práctica médica como las políticas en salud vigentes son resultado de complejos procesos de hegemonía y subordinación que también se

derivan del modo de producción. Según la MS, los dos objetos de estudio mencionados tienen determinaciones económicas, políticas y culturales (Donnangelo y Pereira, 1976).

La MS se ha desarrollado en programas académicos y publicaciones especializadas en el campo, aunque también ha estado vinculada a movimientos sociales cuyas demandas incluyen la salud, y recientemente ha encontrado en las políticas públicas de gobiernos de centro–izquierda un importante campo de acción. En el presente trabajo se analizan los temas que han sido abordados por uno de los programas de posgrado más importantes de este campo científico en México y América Latina: la maestría en Medicina Social (MMS) de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) que recientemente cumplió treinta años. Para tal propósito se realizó una caracterización de la producción científica publicada en la revista Salud Problema que edita el programa académico mencionado.

1.4.-Salud Pública y su Relación con los Sectores Educativo y Laboral.

La salud mundial sólo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud y atención de la salud. No obstante, esta participación dependerá de: ¿Hasta qué punto estamos realmente interesados en involucrar a los individuos, a sus familias y comunidades? ¿Estamos preparados mental y profesionalmente para escuchar lo que les interesa, aprender de ellos lo que consideran importante y compartir la información apropiada, animarlos y apoyarlos? ¿Estamos listos para ayudarles a escoger entre soluciones posibles, establecer sus propios objetivos y evaluar sus esfuerzos? Hasta ahora, en muchos casos, la respuesta es no. Nosotros podemos seguir desarrollando planes, pero nada sucederá a menos que el personal de salud, todos los administradores de salud y profesionales claves de otros sectores lleguen a darse cuenta de lo que está en juego. Para obviar estos obstáculos veo tres requisitos fundamentales: Primero, el personal de salud debe comprender que el concepto de atención primaria de salud implica nuevas funciones para ellos y una nueva perspectiva. No sólo deberíamos estar interesados en el control y la prevención de enfermedades, también debemos estar interesados en el fomento y atención de la salud. Por último, no menos importante, en el

desarrollo en general; y en el desarrollo de los individuos. Nuestra tecnología de salud debe estar basada en lo que ellos mismos quieren y necesitan. En otras palabras, el personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como «mediador» de las actividades de los individuos, familias y comunidades. Debemos dejar de tratar de adaptar las comunidades a sistemas y programas que proyectamos sin un sentido real y profundo de los aspectos sociales, problemas de salud o dificultades económicas; sin mencionar el hecho de la existencia de una disonancia cultural que es a menudo causa de una reacción contraria a tales programas. Segundo, el personal de salud debe aceptar sus nuevas funciones; aún más: deben estar motivados para ensayarlas, adaptarlas, ampliar sus alcances e innovar, la perspectiva de trabajo en grupo. Su principal preocupación debe ser el encontrar las maneras de ayudar a los individuos y comunidades a llegar a ser autores responsables. Hay que dejar bien claro que abogar por la autorresponsabilidad en asuntos de salud no significa de ninguna manera abdicar de nuestras responsabilidades y pasárselas a otros. Tanto profesionales como no profesionales son imprescindibles. No pueden excluirse mutuamente, sino que deben trabajar juntos. Esto me lleva a la tercera consideración: el personal de salud debe tener la capacidad necesaria para poner en práctica sus nuevas funciones de una manera efectiva y hacer uso eficiente de los conocimientos ya existentes. Esto exige un personal docente que esté al tanto de la experiencia acumulada y deseoso de proporcionar la clase y calidad de preparación profesional que se requiere. También exige un respaldo total de parte de los gestores de salud para tal tipo de capacitación.

1.4.1.- Educación en Salud.

La educación y la salud han sido a lo largo de la historia nacional dos aspectos esenciales del desarrollo del país. Ambos han sido preocupaciones constantes del Gobierno de la República. En ambos se ha descargado una parte significativa de los recursos y potencialidad de la Nación en aras de la atención y solución de estas dos necesidades básicas de los mexicanos.

La política educativa y la evolución de la educación en México han ido ligadas a las grandes etapas de la historia nacional. De manera similar a la historia de la salud, se distinguen dos

etapas en el devenir de la educación mexicana. La primera que va desde los años siguientes a la lucha independiente y culmina en la Revolución, y la segunda que se inicia con la Constitución Política de 1917 y prevalece hasta nuestros días. La Reforma fue determinante en el rumbo posterior de la educación nacional. La nacionalización de los bienes del clero y la separación de iglesia y Estado implicaron la recuperación de la educación como garantía social. En 1861 se expidió la primera Ley de Instrucción Pública que obligaba al Estado a ampliarla y a auspiciarla. Así el proyecto de una educación pública gratuita, dependiente del Estado, libre de la influencia eclesiástica y destinada a toda la población quedó plenamente afirmada con el triunfo de la Reforma. La segunda etapa de la vida de la educación en México se inicia al incluirse en la Constitución de 1917 el Artículo 30., que garantiza la educación de los mexicanos. Con el establecimiento de la Secretaría de Educación Pública en 1921, cristaliza la organización de un sistema educativo nacional. Cuatro grandes logros resumen el esfuerzo educativo mexicano desde la creación de la Secretaría de Educación Pública.

1. La consolidación de la función educativa del Estado establecido por el Artículo 30. Constitucional;
2. La institucionalización de la educación, que ha dado por resultado un sistema educativo articulado, orgánico, sujeto a normas;
3. El avance persistente hacia la suficiencia educacional para hacer efectivas la igualdad de oportunidad de salud Pública y educación dos aspectos fundamentales del desarrollo nacional, unidades y la justicia social;
4. La profesionalización del magisterio.

El proyecto legislativo de 1917 en el capítulo de las garantías individuales, el Artículo 30. señalaba en su redacción original que la enseñanza sería libre pero laica, la que se ofrecería en los establecimientos oficiales de educación, lo mismo que la enseñanza primaria elemental y superior que se impartiría en los establecimientos particulares.

El Artículo 30. establece que la educación debe desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y debe fomentar en el educando el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia." En la Fracción I de este

Artículo constitucional se encuentran cinco criterios que deben orientar la acción educativa, a saber: laico, científico, tecnocrático, nacionalismo, con contribución a la mejor convivencia humana. En noviembre de 1973, se promulgó la Ley Federal de Educación con objeto de regular la educación que imparten el Estado-Federación, estados y municipios-sus organismos descentralizados y los particulares con reconocimiento de validez oficial de estudios y considerando a la educación como un servicio público." De acuerdo a la Ley Federal de Educación, el Sistema Educativo Nacional comprende los niveles elemental, medio y superior en sus modalidades escolar y extraescolar. Se distinguen en la Ley dos grandes ternas: la educación como proceso personal y como proceso social. Como proceso personal, la educación mexicana debe ser consecuente con los procesos de cambio del país y con el desarrollo científico y tecnológico mundial. Como proceso social, la Ley estipula que la educación debe contribuir al cambio social, en particular promoviendo una mayor igualdad de oportunidades y procurando infundir los valores que favorezcan la introducción de reformas económicas, sociales y políticas.

1.4.2.- Salud en el Trabajo.

El trabajo, como determinante de la salud de las personas, ha jugado un pequeño papel en la definición de las políticas de salud pública, los trabajadores pasan muchas horas al día, cinco días a la semana y muchas semanas al año en el trabajo, y teniendo en cuenta que las relaciones entre el trabajo y la salud han sido profusamente estudiadas desde un punto de vista político, económico, sociológico, psicológico y médico. Aunque desconocemos con exactitud la magnitud real de los problemas de salud de los trabajadores derivados de sus condiciones de trabajo, las estadísticas oficiales muestran un número suficientemente importante de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como para concluir que el desarrollo de políticas sanitarias de salud laboral es imprescindible. Como ya sabemos, son varias las leyes en las que se recuerda la responsabilidad y competencia de las administraciones sanitarias en la tutela de la salud de los trabajadores, desde la Ley General de Sanidad en 1986, hasta la más reciente de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, que incorpora como prestación de la Salud Pública, la «promoción y

protección de la salud laboral». La Ley de Prevención de Riesgos Laborales también incorpora las actuaciones que deben desarrollar las administraciones sanitarias en esta materia. Y, finalmente, las autoridades reconocen que han de reforzarse, por medio de una estrecha cooperación, los vínculos entre la nueva estrategia de la unión de salud y seguridad y la estrategia europea en materia de salud pública. La experiencia adquirida en el ámbito de la prevención de problemas importantes de salud pública debería inspirar las medidas preventivas en el lugar de trabajo. Al mismo tiempo, debería reconocerse que la salud en el trabajo constituye un determinante importante del estado general de salud de la población. La promoción de la salud en el trabajo y la protección de la salud de las trabajadoras y trabajadores forman parte de la Salud Pública y deben ser un objetivo fundamental de las administraciones sanitarias al planificar sus actividades. Los contenidos buscan hacer llegar ese mensaje, en primer lugar, a las propias administraciones de salud pública, en segundo lugar, a los profesionales, especialmente a los de medicina y enfermería del trabajo, cuya cooperación es imprescindible para ayudar a hacer visibles las enfermedades derivadas del trabajo y, en tercer lugar, a los agentes sociales y económicos, cuyos objetivos son claves en la defensa de la salud de los trabajadores.

Comentamos en la necesidad de trabajar desde el compromiso y el liderazgo empresarial en la gestión de la prevención y de la promoción de la salud en las empresas, pero también hay que destacar la importancia de la participación de los trabajadores para tener trabajadores sanos en empresas saludables.

Las características de una buena gestión de la salud en el trabajo son las siguientes:

Un diseño sistemático de programas que mejoren la salud del trabajador y de la organización.

La creación de una cultura de la salud que satisfaga las necesidades tanto de la empresa como del trabajador.

Una gestión de la salud que se integre en el plan estratégico de la empresa porque es bueno para la salud del trabajador y para la productividad, eficiencia y competitividad de la empresa.

Una metodología que ayude a las personas a conseguir una salud óptima (emocional, física, social, espiritual e intelectual).

Una metodología que utilice diversas estrategias para mejorar el conocimiento que sobre la salud tienen los trabajadores y demás actores relevantes y para poner a su disposición un entorno de trabajo que proteja la salud de las personas y que apoye y refuerce las elecciones saludables.

Los principales elementos para promover la salud sobre los que podemos actuar en las empresas son:

Unas condiciones de trabajo mejoradas, en busca de la calidad y la sostenibilidad del trabajo, donde la salud y la seguridad de los trabajadores está asegurada y en las que se cumplen y sobrepasan los requerimientos legales de la normativa vigente.

Unos hábitos de vida saludables, considerando en las intervenciones de que manera puede el entorno de trabajo facilitar y apoyar hábitos, comportamientos y habilidades para lidiar con la vida de forma saludable.

Un entorno facilitador en el que la cultura de la organización refuerza y defiende unos valores éticos, que aseguran un trato respetuoso y justo de los trabajadores

Ámbitos de actuación en Promoción de la Salud en el trabajo

Existen tres líneas de acción clave para conseguir entornos seguros y saludables y apoyar a los trabajadores en el cuidado de su salud. Estas tres líneas son:

La prevención de riesgos laborales, de obligado cumplimiento por parte de los empresarios y que consiste en proteger a los trabajadores de los daños derivados de las condiciones de trabajo.

La cultura de la organización, que consiste en la existencia de unos valores comunes y unos estándares que guían la forma en que interaccionan las personas entre sí tanto en la organización como fuera de ella.

Unas acciones voluntarias, que puede llevar a cabo la empresa para crear no tan sólo entornos seguros y exentos de riesgos de origen laboral sino entornos que permitan y apoyen elecciones saludables

UNIDAD II

MARCO LEGAL DE LA SALUD EN MÉXICO

Objetivo de la unidad: Conocer y desarrollar los aspectos legales en el marco de la Salud, ubicándolo como un derecho inherente al ser humano y a su desarrollo.

2.1.- Elementos sustantivos.

Marco Jurídico del Sistema Nacional de Salud Conjunto de Normas de las personas, físicas o morales, que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, que surgen en el ámbito de la protección de la salud.

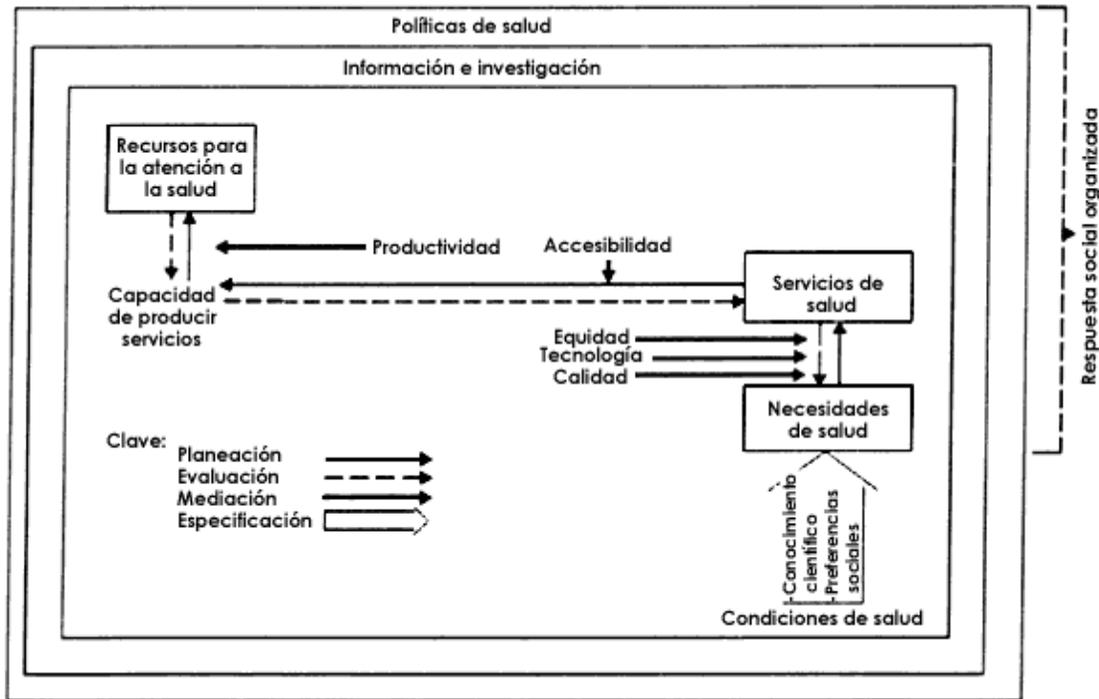
Ámbitos de Aplicación del Marco Jurídico Internacional. Es el conjunto de normas, que tienen por objeto regular las relaciones entre sujetos internacionales. Federal: Es el conjunto de Normas, de observancia obligatoria, en todo el territorio Nacional. Estatal: Es el conjunto de Normas, que rigen únicamente en un Estado de la Federación, y su objeto es regular aspectos y necesidades particulares de acuerdo a las condiciones sociales, ambientales, económicas, geográficas, etc.

El universo de la salud pública permite configurar diversas combinaciones de áreas de aplicación, objetos de análisis y disciplinas científicas para especificar un programa de investigación o de acción. De estas tres dimensiones, son los objetos de análisis los que requieren de mayor clarificación, pues de ellos depende la especificidad de la salud pública. En efecto, ni las disciplinas científicas ni las áreas de aplicación constituyen patrimonio exclusivo de la salud pública. Lo que marca la identidad de la salud pública es su enfoque sobre las condiciones y las respuestas desde el nivel de análisis poblacional. Cada uno de ellos comprende varios fenómenos sustantivos más específicos. Ahora pasamos a examinar con detenimiento cuáles son esos fenómenos que integran el universo de la salud pública.

Los fenómenos sustantivos de la Salud Pública.

Los fenómenos sustantivos conforman la materia de la investigación y la acción en salud pública. La especificación de estos fenómenos genera el modelo que se muestra en la figura 1. Ahí se presenta la triada fundamental de los fenómenos de la salud pública:

- a) las necesidades de salud
- b) los servicios que satisfacen esas necesidades y
- c) los recursos que se requieren para producir dichos servicios.



**Figura 1 Áreas sustantivas de la salud pública.
El Universo de la Nueva Salud Pública PDF**

Las necesidades de salud

Los tres fenómenos sustantivos representan una forma más concreta de expresar los dos objetos de análisis. Así, las necesidades permiten estudiar con mayor precisión las condiciones de salud. En efecto, siguiendo a Donabedian, las necesidades pueden definirse como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención.

1.- En el lenguaje común no es raro que se use el término "necesidad" para referirse a un servicio o a un recurso, como, por ejemplo, cuando se dice que una persona "necesita" una consulta o que una comunidad "necesita" un hospital. Este uso es incorrecto. En rigor, el concepto de necesidad debe reservarse para aludir a las condiciones de salud. Al hablar de servicios o recursos es mejor usar el término requerimientos.

2.- La distinción no es únicamente semántica. En un sentido general, una necesidad representa una situación que debe ser satisfecha, pues de lo contrario el individuo sufrirá

consecuencias negativas. Ni los servicios ni los recursos cumplen con este requisito, pues ambos son medios para satisfacer las necesidades de salud, mas no representan, en sí mismos, una necesidad. El reservar este término para las condiciones de salud subraya que su mejoramiento constituye el fin de la atención.

Como puede verse, las necesidades son un subconjunto de las condiciones: aquéllas que la sociedad ha determinado que requieren de una respuesta en forma de atención. Cualquier proceso vital el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, la reproducción, el bienestar, la disfunción, el dolor, la enfermedad, la incapacidad o la muerte puede considerarse como una condición de salud. De este universo, cada sociedad, en cada momento histórico, define un subconjunto para el cual se propone ofrecer atención. Una condición objetiva, por ejemplo, un síntoma o una conducta, puede ser interpretada como un crimen o como un castigo divino mas no como una enfermedad, por lo cual no constituye una necesidad de salud. Así mismo, la sociedad puede carecer de respuestas para esa condición, por lo que tampoco se le considera una necesidad. Sólo cuando socialmente se especifica que una condición requiere de atención, dicha condición se convierte en una necesidad de salud. En consecuencia, el concepto de necesidad se construye socialmente.

Desde luego, la sociedad puede no mostrarse homogénea a este respecto. Varios grupos pueden diferir en su definición de una misma condición como necesidad. En particular, no es raro que los prestadores de servicios y la población tengan definiciones diferentes sobre las necesidades de salud. Por ejemplo, el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa puede ser considerado por los profesionales como una necesidad que requiere de atención preventiva (por ejemplo, vacunación), mientras que la población puede no sentir tal necesidad. No revisaremos aquí el amplio debate sobre el choque potencial entre las necesidades objetivas y las necesidades sentidas.

3.- Basta señalar que una de las características de la modernización es que las interpretaciones científicas y profesionales de la experiencia humana adquieren preeminencia sobre las interpretaciones populares. En consecuencia, las definiciones profesionales de las necesidades de salud tienden a predominar en la sociedad. Idealmente, las sociedades deberían contar con mecanismos para armonizar las definiciones de los profesionales y de la

población. Un criterio fundamental para lograrlo es la evidencia científica sobre la importancia de cada condición de salud, la eficacia de los servicios para responder y la capacidad de los recursos para producir los servicios a un costo que la sociedad pueda sufragar. Tal evidencia puede servir para educar tanto a la población como a los profesionales.

4.- Sin duda, el grado de convergencia entre las definiciones de ambos grupos constituye un indicador del éxito del sistema de salud. Aun cuando esté basada en evidencia científica, la definición de las necesidades de salud tiene un carácter normativo, pues delimita cuáles condiciones deberían recibir una respuesta. Esta posición normativa es particularmente prominente en las definiciones profesionales y marca todo un enfoque para la planeación de los servicios y los recursos. Como veremos más adelante, la especificación de las necesidades permite determinar qué servicios deben prestarse para satisfacerlas y qué recursos deben estar disponibles para producir esos servicios. Como alternativa a este enfoque normativo basado en las necesidades, se ha propuesto un enfoque empírico cuya base es la demanda de servicios. En este caso, simplemente se observan los tipos de servicios que la población decide consumir y se estiman los recursos requeridos para satisfacer tal demanda.

2.1.1.- Derecho constitucional a la protección de la salud.

Nuestra Constitución no es la excepción en definir la protección de la salud como un derecho, aunque se hizo de forma tardía. En la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Ésta es la lógica que anima la redacción de la fracción XXIX

del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: "Del trabajo y la previsión social", así como la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943.

Fue hasta 1983 cuando al concepto de previsión social en salud del art. 123 se adicionó el concepto "Protección de la salud" en el art. 4 constitucional. Este cambio fue parte de las reformas al iniciar el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado. El párrafo adicionado al artículo 4 estipula: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud..."

A diferencia del derecho a la educación, que tiene un artículo dedicado exclusivamente al tema, el derecho a la protección de la salud se encuentra dentro del artículo 4 de la Constitución, donde también se define el derecho de los mexicanos a trabajar en la profesión que les interese, siempre y cuando sea lícita. En el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos. Se irían agregando después el derecho a la vivienda, a un medio ambiente limpio y los derechos de la niñez.

El derecho a la protección de la salud no está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación. Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la capacidad, de quien lo puede pagar, de obtener un mejor servicio en el mercado. Es hasta las reformas de mayo de 2003 que se define mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el llamado Seguro Popular.

El objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, "dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos". La propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate.

2.1.2.- Ley General de Salud, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

De acuerdo con la Ley del Seguro Social (LSS) "la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado"

- 1.- La misma Ley define al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social
- 2.- Precisa que la organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- 3.- El IMSS es la institución de seguridad social con el mayor número de derechohabientes en el país. En diciembre de 2013, el Instituto contaba con una población derechohabiente de 71.4 millones de personas, incluyendo a 11.9 millones que no cuentan con seguridad social y que reciben servicios médicos por parte del Instituto a través del Programa IMSS-Oportunidades. Debido a que una persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas, es común que la suma de la población que recibe prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud sea mayor al total de la población mexicana.

Las prestaciones que el IMSS brinda a sus derechohabientes se encuentran bajo dos tipos de regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento, mientras que, en el Régimen Voluntario, la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva. El Régimen Obligatorio se integra por cinco tipos de seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).

Mientras que el Régimen Voluntario cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), el Seguro Facultativo y algunas otras modalidades de incorporación voluntaria.

Dentro del contexto de seguridad social, el IMSS no sólo brinda servicios de salud, sino también protege a los trabajadores y a sus familiares frente a eventos que ponen en riesgo sus ingresos, además de apoyar el cuidado infantil para las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. Por otra parte, el Instituto también pone a disposición de sus derechohabientes diversas actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico, así como una red de tiendas, centros vacacionales y velatorios.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es una Entidad Paraestatal de control presupuestario directo, que tiene a su cargo la administración de los seguros, prestaciones y servicios establecidos en su propia Ley, así como las de sus seis órganos desconcentrados, de sus delegaciones, y de sus demás unidades administrativas desconcentradas, a fin de garantizar a los trabajadores en activo, jubilados, pensionados y familiares derechohabientes sujetos a su régimen, el derecho a la seguridad social plasmada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En este sentido, el ISSSTE responde a una visión integral de seguridad social, otorgando a sus derechohabientes los siguientes seguros, prestaciones y servicios:

Otorga los seguros de salud, de riesgos de trabajo, de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, de invalidez y vida

Proporciona prestaciones económicas tales como: préstamos hipotecarios y financiamiento para vivienda, personales ordinarios, especiales, para adquisición de bienes de consumo duradero y extraordinarios para damnificados.

Además, otorga servicios sociales a través de programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar; servicios turísticos, funerarios y de atención para el bienestar y desarrollo infantil. Los servicios culturales incluyen

programas de cultura, educativos, de fomento deportivo y de capacitación, así como atención a jubilados y pensionados.

Por último, proporciona el servicio de administración de Cuentas Individuales

Por ser una Entidad Paraestatal de control presupuestario directo, sus ingresos están comprendidos en su totalidad en la Ley de Ingresos y sus egresos forman parte del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Es de señalar que el régimen de financiamiento del Instituto

NOTA: Para conocer los artículos de cada dependencia gubernamental es importante considerar los links en la Linkografía.

2.1.3.- Plan Nacional de Desarrollo.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el documento en el que el Gobierno de México, a través de consultas públicas, explica cuáles son sus objetivos y estrategias prioritarias durante el sexenio.

Ejes Generales

- Justicia y Estado de Derecho

Promueve la construcción de paz, el acercamiento del gobierno a la gente y el fortalecimiento de las instituciones del Estado Mexicano.

- Bienestar

Asegura que toda la población tenga acceso a una vida digna, promoviendo el pleno ejercicio de los derechos sociales. Al mismo tiempo, se enfoca en garantizar protección social para personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

- Desarrollo Económico

Garantiza el uso eficiente y responsable de recursos y la generación de los bienes, servicios y capacidades humanas para crear una economía fuerte y próspera.

Ejes Transversales

- Igualdad de género, no discriminación e inclusión

Se refiere al reconocimiento de las desigualdades que existen por razón de sexo, origen étnico, edad, condición de discapacidad, condición social, y a las desigualdades territoriales.

- Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública

Busca que las políticas públicas estén encaminadas a eliminar la corrupción y garantizar la eficiencia de la administración pública.

- Territorio y desarrollo sostenible

Reconoce que toda acción que se toma en el presente incide en las capacidades de las generaciones futuras y de que toda política pública actúa en un espacio con características particulares.

A fin de atender esta nueva responsabilidad, la Cámara de Diputados deberá verificar que dicho instrumento incluya los fines del proyecto nacional contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Conforme a dicha Ley, el PND deberá precisar los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país, contendrá previsiones sobre los recursos que se asignarán a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; sus previsiones se referirán al conjunto de la actividad económica, social, ambiental y cultural, y regirá el contenido de los programas que se generen en el sistema nacional de planeación democrática.

El PND rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal. Bajo sus lineamientos, se definen las acciones de gobierno que deberán incluir los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales. La Ley de Planeación requiere que la iniciativa de Ley de Ingresos de la Federación y el Proyecto de Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación compaginen con los programas anuales de ejecución que emanan del PND. En ese sentido, el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas se ha dado a la tarea

de recopilar los aspectos relevantes contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) como una herramienta de guía para el seguimiento de programas y del propio presupuesto; así como de los lineamientos de la política económica y fiscal. Es así que se presenta este documento para consulta de diputados, comisiones y grupos parlamentarios, con el fin de facilitar su trabajo legislativo. El presente trabajo aborda el documento que describe los objetivos generales, metas y estrategias mostrando, en doce cuartillas, un abstracto de los aspectos más relevantes, siguiendo la misma estructura del PND. Además, se presenta en los anexos, de manera esquemática, los objetivos de cada eje, sus indicadores de medición del desempeño, metas y sus principales estrategias.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) expone, en un inicio, la problemática nacional que refleja los contrastes del país: por un lado, un México próspero, moderno, conectado con el avance económico y tecnológico mundial concentrado en pocas empresas y algunas regiones del país y, por otro, un México con una población en condiciones de pobreza y marginación, con incumplimiento de sus derechos y falta de oportunidades. Por otra parte, destaca que la estabilidad macroeconómica que ha mantenido el país por años anteriores no ha sido una condición suficiente para lograr un mayor crecimiento económico.

Asimismo, enmarca algunos problemas estructurales (infraestructura deficiente, bajos niveles de inversión, una agricultura de subsistencia, un sector informal muy grande, etc.) han impedido aprovechar las ventajas que posee el país. Para resolver lo anterior, plantea transitar hacia una visión en la que los individuos, como sujetos de derecho, sean el centro de la política, y en la que se respete y promueva el arraigo a su territorio, a partir de un modelo de desarrollo económico y social equitativo, sostenido y balanceado. Así, de manera introductoria, exhibe, en tres apartados, la problemática en el contexto internacional, la propuesta de reconstrucción y la perspectiva del país en el largo plazo.

2.1.4.- Programa Nacional de Salud: programas prioritarios.

Un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar

los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada.

Un programa de salud es un instrumento generalmente desarrollado por entidades públicas, pero que igualmente puede surgir en el seno de empresas privadas u organizaciones no gubernamentales.

¿Qué objetivos persiguen los programas de salud?

Entre los objetivos fundamentales de los programas de salud están:

- Promocionar hábitos y estilos de vida saludables.
- Prevenir enfermedades, por ejemplo, la diabetes.
- Tratar las enfermedades una vez ya están instauradas.
- Recuperar las habilidades y las capacidades que han sido dañadas por una condición patológica.

Fases de los programas de salud

Existen cuatro fases en el diseño de los programas de salud:

Fase de diagnóstico: se analizan las necesidades de la población diana, determinándose qué puede ser cambiado con los recursos de los que se dispone. Se responde a la pregunta ¿A dónde queremos llegar?

Planificación: es el proyecto que va a incluir los programas, con la asignación de recursos, determinación de las actividades, frecuencia y la metodología a implementar para llegar a los objetivos planteados.

Ejecución: implementación práctica de las acciones anteriormente planificadas.

Evaluación: ¿Se han alcanzado los objetivos? ¿A dónde se ha llegado? ¿Se han detectado nuevas necesidades? La evaluación se hace durante todo el proceso, no solo al final.

Entonces se dice que un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso

democrático y masivo a los centros de atención. Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Entre los objetivos fundamentales del lanzamiento de un programa de salud se encuentran la prevención de todo tipo de enfermedades y el eficaz desempeño de los profesionales en las respectivas áreas de salud.

Existen distintos tipos de programas de salud. Por ejemplo, según el área geográfica de aplicación, un programa de salud puede ser nacional, provincial o municipal.

Los programas también pueden estar destinados a satisfacer las necesidades de un campo específico de la salud. Por ejemplo

Programas de salud reproductiva: pretenden realizar acciones de consejo y orientación general en todo lo concerniente a relaciones sexuales y reproducción (charlas orientativas, prescripción, entrega de anticonceptivos, etc.).

Programas de control de tabaco: difunden información sobre los peligros del consumo y sus consecuencias para la salud.

La mayoría de los programas suelen apoyarse en la educación y en poner al alcance de los ciudadanos ciertos conocimientos de envergadura científica que les puedan facilitar su propia seguridad. Si estas medidas son recibidas favorablemente por la sociedad, es posible que puedan prevenirse catástrofes de cualquier nivel. Estas medidas preventivas se llevan a cabo en los diversos ámbitos en los que se desarrolla a vida de los ciudadanos.

2.1.5.- Reforma del Sector Salud.

Desde su creación en 1943, el sistema mexicano de salud ha estado escindido entre los trabajadores del sector formal y sus familias, quienes tienen acceso a la seguridad social, y el resto de la población, que carece de algún esquema de aseguramiento público. A pesar de los importantes avances en la salud de la población mexicana a lo largo de seis décadas y tres

generaciones de reformas al sistema de salud, hasta ahora no se habían resuelto los desequilibrios financieros ni la segmentación del acceso a atención a la salud. En fechas recientes se diseñó y puso en marcha una reforma estructural del sistema de salud que responde al reto de garantizar un financiamiento justo. El trabajo analítico que generó las evidencias que sustentan la reforma dio inicio en 1999, la reforma se aprobó en abril de 2003 y el 1° de enero de 2004 entró en vigor un esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud.

Este sistema busca ofrecer, por primera vez en la historia del sistema moderno de salud, igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud. La reforma fue diseñada para democratizar el sistema de salud con base en el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral. La reforma por lo tanto responde a los retos de disminuir la proporción de gastos de bolsillo de los hogares mexicanos, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud. La reforma se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. Sobre la base de estos valores, esta reforma busca transformar al sistema de salud, segmentado por grupos.

Financiamiento justo y protección social universal poblacionales, en un sistema integrado de manera horizontal, de tal forma que cada institución desempeñe una de las tres funciones básicas de todo sistema de salud -rectoría, financiamiento y prestación-, sirviendo así a todos los grupos sociales que conforman a la población mexicana. La reforma también busca corregir los cinco grandes desequilibrios financieros que caracterizan al actual sistema de salud

- I. El bajo nivel de gasto general;
- II. La dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento
- III. La distribución inequitativa de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados;
- IV. El desigual esfuerzo financiero que realizan las diferentes entidades

- V. La proporción decreciente del gasto dedicado a la inversión. El nivel de gasto se incrementará para satisfacer las necesidades de salud de una población que atraviesa por un complejo proceso de transición epidemiológica y de envejecimiento. Las fuentes de financiamiento de la salud se modificarán para pasar del predominio del pago de bolsillo en el momento de recibir los servicios a un sistema de prepago a través de impuestos federales y contribuciones familiares subsidiadas de acuerdo con el nivel de ingreso.

Además, el financiamiento de la atención a la salud se equilibrará entre asegurados y no asegurados, y se sustentará en las necesidades de salud y no en la capacidad de pago. La distribución de recursos entre estados, por su parte, dejará de estar sujeta a inercias presupuestales para basarse ahora en el número de familias afiliadas y en una fórmula transparente que corrija gradualmente las desigualdades. La contribución de los estados ya no será tan desigual y dejará de ser discrecional para basarse también en el número de familias afiliadas. Finalmente, los gastos corrientes y de inversión responderán a un Plan Maestro de Infraestructura.

- El diseño de la reforma cuenta, para alcanzar sus objetivos, con doce innovaciones:
- La protección del financiamiento de las actividades de salud pública.
- La cobertura de un conjunto integral de servicios incluyendo aquéllos que provocan gastos catastróficos
- Un proceso de asignación de recursos que hace uso de una fórmula que reduce las inequidades entre estados
- Una presupuestación democrática basada en la afiliación de familias;
- Un enfoque en los beneficios micro y macroeconómicos de un sistema de salud funcional
- Diversos estímulos a una inversión suficiente y eficiente en infraestructura;
- un padrón de familias afiliadas.

- El uso de las evidencias y la información como base para el diseño y la implantación de la reforma.
- Un monitoreo y evaluación rigurosos;
- La promoción de la participación efectiva de los sectores no lucrativos y privado;
- xi) el uso de incentivos para promover el buen desempeño de los prestadores,
- Un énfasis en los consensos entre los actores políticos, los proveedores y los usuarios de los servicios de salud. Por el lado del financiamiento, la reforma introduce importantes innovaciones, incluyendo la separación del financiamiento de los servicios personales y colectivos.

Estos últimos serán financiados por un fondo especial denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios a la Comunidad. Los servicios personales de salud de tercer nivel incluidos en el paquete de beneficios del Seguro Popular de Salud serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones contra Gastos Catastróficos, diseñado para agregar los riesgos a nivel nacional. El paquete de beneficios se ampliará gradualmente de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con base en criterios explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social.

El Seguro Popular de Salud constituye el brazo operativo del sistema y ofrece a todos los mexicanos no asegurados acceso a un seguro público de salud que cubre los servicios personales de salud. Después de un periodo de transición de siete años, el Seguro Popular de Salud deberá cubrir a toda la población que hoy no está afiliada a alguno de los institutos de seguridad social. Esto significa que en el 2010 el sistema mexicano de salud habrá alcanzado la protección financiera universal. El financiamiento del Seguro Popular de Salud es tripartito ya que cuenta con recursos provenientes del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias. Este diseño homogeneizará las fuentes de financiamiento entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular. El financiamiento general pasa así de una lógica inercial y burocrática a una lógica de democratización, y de una orientación hacia la oferta a un subsidio de la demanda, mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el número de familias afiliadas. La asignación de la contribución solidaria federal se realiza aplicando una fórmula destinada a reducir las desigualdades entre estados y grupos de población que utiliza como variables centrales las necesidades de salud, el nivel de rezago en

salud y el desempeño. El carácter voluntario del proceso de afiliación ayuda a alinear la demanda y la oferta del sistema de salud al crear incentivos para el financiamiento justo y protección social universal buen desempeño de los prestadores, sobre todo en el nivel estatal, ya que la asignación depende de la afiliación. La reforma también incluye una serie de innovaciones que buscan promover la portabilidad y la autonomía personal para los cuales la información y las evidencias constituyen ingredientes fundamentales. Dentro de los mecanismos de generación de evidencias destaca, por ejemplo, la etapa piloto del Seguro Popular de Salud, que se implantó en 2001. A finales de 2003 este seguro contaba con 625,000 familias afiliadas en 24 de los 32 estados de la federación.

La duración y magnitud de la fase piloto permitió desarrollar, con la participación de los usuarios y proveedores, muchas de las innovaciones que se diseñaron para la reforma. Como la reforma ubica al ciudadano en el centro del proceso de democratización, el apoyo de las familias afiliadas resulta central para su éxito y sustentabilidad. Por esta razón la Secretaría de Salud operará un sistema de información sobre la afiliación que permitirá aplicar la fórmula de presupuestación, identificando el nivel de contribución de cada familia y asegurando la transparencia en la asignación de recursos. También se hará énfasis en la información para el afiliado y en su empoderamiento.

La reforma también fortalece las actividades de monitoreo, acreditación y evaluación. Se están produciendo, por ejemplo, informes anuales que incluyen indicadores de desempeño a nivel estatal. Por su parte, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, una iniciativa que dio inicio en 2001 y que busca mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, incluye una carta de derechos para los usuarios de estos servicios, un sistema de quejas y sugerencias, y procesos formales de acreditación de los prestadores de servicios. La implantación de la reforma plantea una serie de retos. En primer lugar, se requiere de recursos públicos adicionales para reemplazar el gasto de bolsillo y hacer frente a las necesidades de salud insatisfechas de la población. El financiamiento de los servicios de salud pública y comunitarios también requiere de una reingeniería sustancial que garantice un equilibrio entre la inversión en prevención y la inversión en servicios personales curativos. Otro reto es la creación dentro del sistema de una cultura organizacional con mayor

capacidad de respuesta y orientada al usuario. La población debe empezar a confiar en los servicios públicos para convencerse de la a reforma estructural del sistema de salud en México utilidad de contribuir por anticipado a la atención de su salud y para reafiliarse al Seguro Popular de Salud.

Otro reto más es el desarrollo de un ambiente competitivo por el lado de la oferta. Cambiar el enfoque de los incentivos hacia la demanda, al tiempo que se fortalece la oferta, es un requisito que debe alcanzarse en la fase de transición. Para lograr esto en un contexto de rápidas transformaciones organizacionales y sistémicas, es necesaria una profunda reingeniería que contemple estrategias de gerencia del cambio.

Se deben asimismo establecer mecanismos de compensación entre estados y proveedores, garantizar una mayor portabilidad geográfica e institucional de los seguros públicos, promover una mayor competencia entre proveedores e incrementar la capacidad de elección de los usuarios. También se debe promover una mayor y más racional participación de los sectores privado y no lucrativo. La reforma mexicana ofrece importantes lecciones a otros países tanto desarrollados como en vías de desarrollo debido al contexto político y económico en el que se está implantando, la transición epidemiológica por la que atraviesa y las restricciones presupuestales que enfrenta. También constituye un interesante ejemplo de cómo trabajar simultáneamente en los componentes ético, técnico y político de una reforma. Finalmente, la reforma mexicana constituye un ejemplo del círculo virtuoso que existe en la generación de información y evidencias en los niveles nacional e internacional.

Es importante mencionar que en la actualidad el seguro Popular es INSABI

2.2.- El Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los

sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

36 IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

36 VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las Leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;

II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

III. Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;

IV. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;

V. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;

VI. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las Leyes que regulen a las entidades participantes;

VII. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;

VIII. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;

IX. Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;

X. Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;

XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;

XIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;

XIV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud.

XV. Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Salud auxiliará, cuando lo soliciten los estados, en las acciones de descentralización a los municipios que aquéllos lleven a cabo.

La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.

La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases:

- 37 I. Definición de las responsabilidades que asuman las partes;
- II. Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud;
- III. Especificación del carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud,
- IV. Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

UNIDAD III

ENFOQUES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

Objetivo de la materia: Conocer, desarrollar los enfoques relacionados con los términos de salud y enfermedad, relacionándolos con los aspectos sociales actuales.

3.1.- Enfoque biológico (Historia natural de la enfermedad, niveles de prevención de la Salud, corriente ecologista).

La historia de la medicina, en muchos casos se ha concebido como una historia lineal de los conocimientos médicos y sus autores, acumulativa, enraizada en una visión evolucionista que pretende mostrar cómo, cada vez más, se va conociendo el verdadero funcionamiento del hombre, sus enfermedades y las maneras de prevenir y de curar, en una permanente carrera de progreso desde el error hasta la verdad.

La concepción tradicional en la búsqueda de explicaciones al proceso salud- enfermedad, se basó principalmente en el desarrollo de las taxonomías médicas simplificadoras y la búsqueda de sus causas, en una visión donde predominaba el estilo de pensamiento reductor que suponía la existencia de un solo efecto, frente a una causa. No se pueden dejar de considerar los conocimientos desarrollados por la epidemiología y su evolución en el desarrollo de tales concepciones.

Como bien se ha planteado: La cuestión básica de la teoría epidemiológica en el siglo XIX fue la búsqueda de las causas de la enfermedad epidémica: miasma frente a contagio, lo que no pudo resolverse en la primera mitad del siglo, debido a que la evidencia científica era inadecuada.

Durante el siglo XIX, incluyendo sus últimas décadas, compiten entre sí y se complementan distintas mentalidades médicas: la anatomoclínica, la fisiopatológica, y la etiopatológica, que intentaban resolver de modo teórico, el viejo problema del origen de las enfermedades.

Fue Luis Pasteur (teoría de los gérmenes, 1878) y Roberto Koch (1882, Postulados de Koch), según la historia de la ciencia, quienes de manera más completa y sistemática, construyeron una teoría de la enfermedad infecciosa, cuyo fundamento doctrinal era la correlación unívoca entre la especificidad biológica del agente patógeno y la especificidad nosográfica de la enfermedad por él causada y cuyas reglas metódicas (las que regulan la licitud de aplicar ese fundamento doctrinal a cada caso concreto) todavía figuran en los tratados de microbiología. Se ha planteado, con razón que la conformación de la teoría microbiana constituye la llave maestra de la reducción total del marco del conocimiento epidemiológico a las causas y acciones unilaterales. La bacteria, el parásito y más tarde el virus, desplazaron de acuerdo con la nueva concepción hegemónica, al complejo de condiciones sociales como objeto de investigación. Todo esto se enmarca en la visión tradicional del saber médico. No obstante, el pensamiento médico ulterior ha sabido dar a la localización del daño y a la constitución del enfermo la gran importancia que tienen en la configuración del cuadro clínico y, por lo tanto, en el sistema natural de las enfermedades

La teoría etiopatológica con toda su fuerza explicativa le proporcionó a la medicina rango de ciencia y al mismo tiempo el fundamento material que finalmente podía explicar las causas de las enfermedades, que por aquellos tiempos eran reconocidas como principalmente de naturaleza infecto contagiosa. También se legitima la comprensión que descansa en el paradigma biologicista al defenderse el criterio de que los gérmenes y por tanto las enfermedades tienen un origen únicamente natural.

Esta visión lineal imponía la búsqueda simple de las causas que pueden dar origen a las enfermedades por lo que la controversia entre el pensamiento monocausal (Causalismo) y el pensamiento multifactorial (Condicionalismo) influyó a la medicina durante décadas, alrededor del 1900, y aún sobreviven. ¿Puede la enfermedad ser deducida desde una causa, o es necesario tomar diferentes causas en consideración?

La idea de que muchas enfermedades podían tener una causa muy específica (por ejemplo, un microorganismo) abrió una corriente de interés por descubrir nuevos agentes patógenos y el modo de combatirlos. Este esquema simple de una causa un efecto un tratamiento, resultó

útil para combatir algunas enfermedades infecciosas, pero ni siquiera podía ser aplicado en todos esos casos.

Cuando en el siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente las características acerca del sustrato material de la enfermedad, y fueron expuestas una variedad de procesos íntimos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano: sano o enfermo. Se encontraron también nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos, lo que propiciaba el auge de la un causalidad y el biologicismo.

A pesar de que todos estos descubrimientos ponían énfasis en el origen biológico de las enfermedades, estos argumentos se volvieron insuficientes porque está claro que son muchas las variables del ambiente y se tornó insustentable el enfoque unicausal, que postulaba una relación unívoca entre una sola variable del ambiente, por ejemplo: un microorganismo, y el hospedero humano sobre el cual podría actuar éste, relación causal que en rigor partía de una hipótesis ambiental, pero restringida. Por ello esta visión sobre la salud- enfermedad pasa a estar en correspondencia con el enfoque multicausal de la salud y la enfermedad que busca trascender los acontecimientos puramente biológicos para entrar en el análisis de procesos de carácter social.

Para entender cómo las ideas del llamado modelo ecológico multicausal fueron abriéndose paso, también se hace necesario recurrir a la evolución de la epidemiología como ciencia. Ella es una reflexión obligada para comprender el objeto de estudio de la medicina y constituye, contradictoriamente el fundamento, tanto del análisis del carácter biológico natural del proceso salud enfermedad, como la interpretación social del mismo. El modelo ecológico multicausal, aunque no lo logró, constituye un intento de explicar el fundamento social de las enfermedades. Paralelamente a la constitución de la medicina como ciencia y de una teoría consistente sobre las causas de las enfermedades (en su versión lineal), se había producido la primera revolución epidemiológica, donde investigadores de la talla de Rudolf Virchow junto a otros hombres como Max Von Petter Koffer en Alemania, Francois Mélier y Luis René Villermé en Francia y William P Alison en Escocia, representaron una escuela sociológica de

anticontagionistas, que consideraban que la pobreza y la desnutrición eran las principales fuentes de enfermedad. sin embargo no fue hasta que Jhon Snow realizara su famoso estudio sobre la epidemia del cólera, que la epidemiología adquiriera el rango de ciencia.

Snow utilizó las estadísticas para ayudar a afirmar una teoría que ya se había establecido mediante el aporte de evidencia de respaldo que no podía demostrar en forma convincente de ninguna otra manera. Snow aportó todo su conocimiento biológico, médico y social a sus averiguaciones, en la medicina, desarrolló habilidades y conocimientos clínicos, patológicos, microscópicos y químicos, expresando estas habilidades en forma lógica y utilizando en forma apropiada el análisis matemático. Su epidemiología fue en modo alguno parcial. Aunque en nuestros días se habla mucho del método epidemiológico, según Milton Terris, en el caso del científico mencionado, su contribución fue desarrollar una teoría elegante, interna y externamente coincidente, que abarcara los mecanismos y procesos involucrados. Al fin de hacerlo, no se limitó a ningún método, utilizó todas las habilidades de que disponían él y sus colegas. Los descubrimientos de Snow significaron la llegada de la primera revolución epidemiológica que en sus aspectos principales destaca:

- La conquista de muchas enfermedades infecciosas.
- Surgimiento de la medicina social (Posibilidad de realizar un diagnóstico y tratamiento en la comunidad, lo que incluye a la epidemiología, por un lado y la organización de servicios de salud, por otro)
- La relevancia de la microbiología como ciencia dentro de la medicina.
- La prevención de las enfermedades infecciosas es en esos momentos, casi la única preocupación de la salud pública.

Si comparamos la primera versión de la epidemiología como ciencia. Ésta puede resumirse en la capacidad de interpretar la historia natural de la enfermedad como una expresión del modelo o esquema agente causal hospedero ambiente. El cual, entiende por agentes al factor responsable de la enfermedad, el hospedero lo constituye el sujeto que porta una enfermedad y el medio ambiente el sitio donde ocurre la interacción agente hospedero. Este modelo estuvo identificado como ya vimos, al modelo prevaeciente de enfermedad

infecciosa, las cuales requieren la identificación de un agente específico, de allí la idea de especificidad en la teoría médica, que brindó sus frutos a la inmunología.

Con relación a la causalidad se han desarrollado paralelamente modos de ver las cosas; uno que acentúa la idea expuesta de unicausalidad y que se apoya en las aplicaciones de los avances en genética lo que enraíza un pensamiento cada vez más reduccionista en relación con la etiología de las enfermedades; y por otro está sucediendo el reconocimiento de la multicausalidad, expresada en un conjunto de conceptos afines como causalidad escalonada o membrana causal.

Desde el punto de vista de la Psicología de la Salud, Morales Calatayud se cuestiona la aceptación de este modelo en los casos en los cuáles es el comportamiento del propio sujeto que desarrollará la enfermedad el que asume el papel de agente causal o que les da sentido de agente causal a objetos y fenómenos del ambiente que de otra manera no resultarían nocivos

Junto a la comprensión lineal del proceso salud enfermedad y el enfoque ecológico multicausal, aparece la idea de que éste es un fenómeno colectivo, histórico y complejo que se encuentra determinado por cada sistema social, en última instancia. En donde el carácter colectivo no es la resultante de la suma mecánica de las enfermedades presentes en una sociedad y sí la expresión concreta de manifestaciones sociales, psicológicas y orgánicas de los diferentes grupos sociales, cuyo origen está dado por la forma en que los hombres producen y se apropian de los bienes producidos. Se plantea que la relación entre individuos y los medios de producción actúan como determinantes de la situación de salud de las comunidades. Las concepciones agrupadas dentro de la llamada epidemiología social aportan la visión de que las desigualdades en salud existen en forma creciente y dependen de las desigualdades sociales. Hay algo intrínseco en éstas que afecta a la salud: las desigualdades en salud son sobretodo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas, producidas fundamentalmente por los diferentes niveles de riqueza de la sociedad, y otros factores no menos importantes como la educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio

laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y los diversos aspectos de la cohesión comunitaria.

La dirección causal que va desde la desigualdad social hacia la salud está cada vez mejor establecida, manifestándose de forma individual, ambiental y contextual y repercutiendo en lo individual, familiar, comunitario. A estas interpretaciones le corresponde el llamado paradigma sociologizador, que intenta fundamentar las causas de las enfermedades por los fenómenos macro económicos y sociales, y que también en alguna de sus posiciones más extremas se ha tildado de reduccionista.

Es en este contexto que algunos avances en el desarrollo de la sociología del conocimiento y la epistemología, ponen en tela de juicio las argumentaciones hasta ahora válidas para explicar este proceso. Sin negar lo que de positivo han existido en ellas.

El problema de la relación entre salud enfermedad, sociedad y cultura articuladas con el saber epidemiológico, parecen oscilar entre dos grandes tendencias contrapuestas. Están las formas de articulación de lo social, lo cultural, lo psicológico como factores predisponentes o desencadenantes de los procesos salud enfermedad, los cuales son entendidos como transformaciones biológicas, tal como propone la llamada epidemiología multicausal y del otro lado, las posiciones extremas de la corriente medicina social, en la que se intenta construir una teoría de lo social en salud, a partir de las macrocategorías del materialismo histórico.

3.1.1.- Enfoque social y económico

La interrelación entre desarrollo económico y salud es un problema complejo, el cual permanece poco comprendido, aun cuando existe una apreciación general de que a un mayor nivel de desarrollo económico se elevarán los niveles de salud de la población. Asimismo, se asume que el crecimiento económico conllevará a una expansión y mejoría en los servicios de salud. Estas consideraciones se toman en cuenta al observar que, en general, las condiciones de salud de los países industrializados son mejores que las condiciones de salud de los países no industrializados. De esta manera, se considera que el crecimiento económico

es un determinante básico para la elevación de las condiciones de salud de una población, de la mejor organización y prestación de los servicios de salud.

La carencia de recursos de inversión en general y la ausencia de tecnología endógena han limitado al crecimiento económico de los países no industrializados. La importación de tecnología condiciona a su vez los estilos del desarrollo económico. Al igual que en los servicios de salud, el modelo imperante de atención curativa ha impuesto una barrera a la elevación de las condiciones de salud de la población, por su énfasis en el uso intensivo de recursos costosos para las condiciones de un país no industrializado, como es el caso de los insumos importados (equipo y materiales) o del empleo del profesional médico.

A pesar de los avances tecnológicos que la ciencia ha generado en el área de la salud para evitar los males de las epidemias como en el caso de la viruela (Small Pox), existe todavía una brecha entre el conocimiento científico y la disponibilidad de estos bienes a toda la población, la cual no ha permitido abatir problemas de salud pública básicos como las enfermedades transmisibles o infecciosas en los países no industrializados. Es en este punto de la discusión donde la ciencia económica o política pueden contribuir al esclarecimiento de las barreras o problemas asociados a la elevación de las condiciones de salud de las poblaciones en los países no industrializados.

Al término desarrollo económico se le han asignado múltiples connotaciones, algunas con objetivos o metas alcanzables y otras más como la expresión de un proceso o camino deseable a recorrer. En una definición operativa S. Kuznets define al desarrollo como: "Entendemos por desarrollo económico de un país el crecimiento sostenido en su magnitud como unidad económica. A la inversa, el estancamiento y la decadencia pueden definirse como la incapacidad sostenida de crecimiento de la magnitud económica de la nación, o su persistente disminución".

Las teorías que estudian el proceso de desarrollo económico dan diferentes versiones respecto del proceso causal que permite el desarrollo económico de un país, y de las posibles alternativas para superar las condiciones del subdesarrollo. Las principales versiones desde el punto de vista de los países desarrollados enfatizan la ausencia de niveles adecuados de ahorro e inversión, y cómo el desarrollo se daría a través de un proceso en etapas y no mediante un proceso lineal y continuo. A través del aumento sostenido del Producto Nacional Bruto (PNB) se estima que podría elevarse el bienestar general, pues los beneficios podrían diseminarse gradualmente a toda la población. A estos enfoques se contraponen las teorías desde el punto de vista de los países en desarrollo, de las cuales la de la dependencia es un buen epítome. En ella se enfatiza que la situación de atraso de los países pobres está determinada por el carácter de las relaciones de dependencia que se dan entre los países industrializados y los no industrializados, lo cual supedita el crecimiento de las economías no industrializadas al ritmo de acumulación de las economías con mayores ingresos. Cardoso

enuncia las condiciones de dependencia y subdesarrollo ".como a la estructura de un tipo de sistema económico, con predominio del sector primario, fuerte concentración de la renta, poca diferenciación del sistema productivo y, sobre todo, predominio del mercado externo sobre el interno".

El crecimiento económico y el desarrollo económico han sido utilizados como términos intercambiables, aun cuando es conveniente hacer algunas precisiones al respecto para evitar ahondar las confusiones a que da lugar el proceso de desarrollo económico. Al crecimiento se le vincula con una mayor generación de bienes y servicios o, específicamente para un país, con el aumento del PNB; generalmente no son consideradas la naturaleza del crecimiento y el carácter de sus beneficiarios. Al desarrollo económico se asocian el crecimiento y distribución del PNB, el estado de la tecnología y las condiciones institucionales que permiten el crecimiento.⁵ En palabras de A. Lewis, el desarrollo económico, a la vez que nos permite tener mayor disponibilidad de bienes, nos ofrece mayores oportunidades de elección y de ocio.

De acuerdo con esta clasificación ningún país latinoamericano se encuentra en el grupo de ingresos elevados y con excepción de Haití, todos los demás países de América Latina se ubican dentro de los de ingresos medios. Sin embargo, debe hacerse notar que el PNB per cápita de Haití es 50 veces menor que el de los Estados Unidos, el cual es al menos seis veces más elevado que el de los países con mayores ingresos de Latinoamérica. Al menor PNB per capita de los países pobres generalmente se asocian otras diferencias como el elevado peso que las actividades primarias (agropecuarias, etc.) tienen en el sistema económico, un patrón de comercio con exportaciones de bienes primarios e importaciones de bienes manufacturados, con un bajo nivel de consumo de energéticos, elevadas tasas de crecimiento poblacional, bajos niveles de escolarización y malas condiciones de salud de la población. Los países de bajos ingresos han venido afrontando dificultades mayores en su crecimiento, por el deterioro de sus relaciones de intercambio y la elevación de su endeudamiento, lo cual ha ocasionado que los gobiernos orienten sus esfuerzos a la satisfacción de las necesidades esenciales.⁹ Las nuevas estrategias de los procesos de ajuste con "human face" que han venido impulsando los organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),¹⁰ y el Banco Mundial, con el "combate a la pobreza"¹¹ buscan reducir el fuerte deterioro que la población de bajos ingresos ha sufrido con las políticas de ajuste macroeconómico. Algunos analistas, como Musgrove, afirman que

el carácter de las políticas macroeconómicas es un asunto interno de los gobiernos nacionales, por lo que la repercusión de estas políticas de ajuste en el sector salud responden a las prioridades nacionales, y no son una imposición de los organismos financieros.

El nivel de salud no está asociado exclusivamente con la disponibilidad de los servicios de salud, pues ésta es un proceso complejo al cual afectan significativamente la disponibilidad de otros elementos como la alimentación, la vivienda y el ingreso de las familias. Sin embargo, una elevación del nivel de desarrollo económico significaría tener mayores recursos para elevar los niveles de salud, así como una mayor disponibilidad de bienes y servicios para elevar la calidad de la vida.

La documentación de la asociación entre los niveles de bajos ingresos y las menores condiciones de salud de la población es un hecho claro, así como la asunción de que una forma de elevar los niveles de salud poblacionales es el aumento del PNB per cápita. La evidencia empírica es clara respecto a que los países de bajos ingresos generalmente tienen una menor oferta de servicios de salud, así como un menor nivel de salud.

Sin embargo esta asociación está lejos de ser determinística. En los niveles muy bajos de desarrollo, como en el caso de Haití, parece ser que la elevación del PNB per capita tendría un impacto directo en los niveles de salud. En una situación de pobreza absoluta, como en el caso de Haití, el abatimiento de las elevadísimas tasas de mortalidad infantil y neonatal podría conseguirse con mayor disponibilidad de bienes en general. Pero una vez superada esa etapa de pobreza absoluta, no es claro si el simple aumento del PNB podría incidir significativamente en la elevación de los niveles de salud poblacionales; la evidencia al respecto no es totalmente conclusiva. La Fundación Rockefeller llevó a cabo una investigación, con el propósito de ver las condiciones que permitirían elevar los niveles de salud poblacionales sin esperar a una fuerte elevación de los niveles del PNB per capita, y en sus conclusiones afirma que el crecimiento económico no es el determinante sine qua non para que pueda elevarse el nivel de salud de una población.

Con el propósito de evaluar la relación entre nivel de desarrollo económico y niveles de

salud en el caso de México, se realiza una comparación entre algunos países con diferentes niveles del PNB per cápita, con algunos indicadores de salud de la población, de la disponibilidad de los recursos de los servicios de salud y de la eficacia con que éstos operan.

Inglaterra y los Estados Unidos se tomaron dentro del grupo de países con economías de elevados ingresos; en el caso de Inglaterra los servicios de salud son ofrecidos en su mayoría por el gobierno, y en el caso de los Estados Unidos se ofrecen a través de un mercado privado de los servicios de salud. También se tomaron Colombia, Costa Rica y México dentro de los países de ingresos medianos; en el caso de Costa Rica, los servicios de salud tienen una cobertura casi completa a través de un esquema gubernamental; en el caso de México y Colombia coexisten sistemas de servicios de salud públicos y privados, pero con una baja cobertura de los servicios de salud en general. La información básica se tomó del Reporte Anual de 1990 del Banco Mundial y del Informe sobre la situación de la niñez en el mundo en 1990 de UNICEF.

3.1.2.- Enfoque alternativo

Cada una de las disciplinas del área de salud tiene un razonamiento diferente y desarrollan caminos epistemológicos diversos para la curación. Los alcances que cada una de ellas tienen para resolver patologías son limitadas, es decir, imposible pensar que curan todo, esto sería ingenuo. Sin embargo, un punto de partida significativo es que todas éstas, desarrollan mecanismos específicos de transmisión y aprendizaje para formar los recursos humanos que atenderán la salud de la población.

Lo que se enseña y aprende no sólo son los conocimientos básicos del bien cuidar y curar, sino también se transmiten toda una serie de creencias y concepciones sobre lo que es la salud, lo que es la enfermedad, cómo se producen éstas, cómo deben tratarse para curarlas y cada uno de estos elementos sintetizan cómo es visto el paciente, qué debe esperarse de él y cómo se debe actuar frente a él. Normas, valores y simbología en general se encuentran inmersos en la acción de curación del paciente

No hay una enseñanza sobre la diversidad cultural a la que pertenece el paciente; y en muchos de los casos ni de los que procuramos la enseñanza. Así la situación paradójica en un país como el nuestro que contiene la mayor diversidad de grupos étnicos en América Latina. El conocimiento de esta diversidad haría del trabajo de la salud una profesión con mayor sentido, el arte de cuidar a los demás realmente sería holístico porque integraría los conocimientos biológicos con las diferentes realidades, formas de ser y de sentir de los pacientes que resultan ser los sujetos principales del meta paradigma de Enfermería.

La cura y el cuidado del modelo biologicista alópata, que actualmente se realiza en las instituciones públicas de salud; debe reconocer que hay otras medicinas y otras formas a las que la población recurre para buscar resolver el problema de las enfermedades. Ya que los estilos de vida que actualmente nos rigen y la diversidad de roles por las actividades que cada persona desarrolla, hace cada vez más necesario regresar a la cultura de cada región, además de la diversidad de culturas y creencias por región, tan solo de cada estado de la república mexicana.

No se puede reconsiderar y vernos hacia nuestro interior como personal de salud, que también tiene su propia cultura, no sólo la que adquirió con su carrera, sino también desde su origen como seres sociales que lo hace pertenecer a un sistema de creencias, tradiciones y conocimientos. La relación con cada paciente por eso es siempre intercultural y cada cuidado otorgado es una acción intercultural, en el sentido de que se da un encuentro e interacción de conocimientos y creencias diferentes acerca de la nosología del otro ser humano, de lo que enferma, de lo que cura y de las prevenciones.

Si tan solo nos permitiéramos conocer los beneficios posibles por saber un poco más con respecto a la diversidad de medicinas alternativas, como lo es volver a la naturaleza y todas las ventajas que ésta nos proporciona, reaprenderíamos que allí tenemos todo lo que requerimos para encontrar la riqueza de la interculturalidad, que nos fue heredado por la diversidad de cultura dentro de nuestro país.

3.2.-Cadena y transición epidemiológicas

Al cambio en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte se le conoce bajo el nombre de transición epidemiológica.

A este cambio en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte en que se pasa de una mortalidad infantil elevada y epidemias infecciosas a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas se le conoce bajo el nombre de transición epidemiológica y tiene importantes implicaciones en el diseño de políticas de salud pública.

Esta transición epidemiológica es el resultado de varios factores relacionados entre sí:

- Cambios demográficos: la reducción en mortalidad infantil conlleva a una reducción en las tasas de fertilidad. Como consecuencia, un mayor porcentaje de la población llega a la edad adulta y desarrollará enfermedades típicas de adultos.
- Cambios en los factores de riesgo: esto incluye cambios en la abundancia, distribución y/o virulencia de microorganismos patógenos, factores ambientales frecuentemente causados por la actividad humana que pueden causar enfermedades, y factores sociales y culturales, como por ejemplo estilo de vida y tipo de dieta.
- Prácticas de la medicina moderna: las vacunas constituyen sin duda el mayor logro de la salud pública cada año evitan de 2 a 3 millones de muertes por enfermedades como la difteria, el tétanos y la tosferina; han permitido erradicar la viruela, y prácticamente erradicar la polio. El descubrimiento de la penicilina en el siglo 20 fue otro punto de inflexión en la medicina moderna y desde entonces los antibióticos han salvado cientos de millones de vidas.

Cómo se mide

El número de muertes no es suficiente para medir la salud de una población. También importan los años de vida saludable. Sin embargo, el número de muertes no es suficiente para medir la salud de una población. También importan los años de vida saludable. Así, los años de vida ajustados por discapacidad suman el impacto de los años perdidos por muerte prematura y de los años perdidos por discapacidad. Al aplicar esta medida, surgen algunas “sorpresas” como por ejemplo la magnitud de las enfermedades neuropsiquiátricas (encabezadas por la depresión), que no son mortales, pero sí son causa de discapacidad, y que representan más del 15% de la carga total de enfermedad en países desarrollados.

La doble carga de enfermedad

A pesar de los éxitos en salud logrados en el último siglo y las tendencias globales descritas arriba, las poblaciones más vulnerables del planeta siguen muriendo de enfermedades infecciosas prevenibles, una carga amplificadas por la desnutrición y la pobreza. Para muchos países de ingresos bajos y medios, esto significa una doble carga de enfermedad: problemas “viejos” de salud incluyendo enfermedades infecciosas y mortalidad materna e infantil elevada junto con problemas “emergentes” de salud por enfermedades crónicas asociadas a un estilo de vida occidental y al envejecimiento general de la población.

En países de ingresos bajos y medios, hay una doble carga de enfermedad: problemas “viejos” de salud incluyendo enfermedades infecciosas (...) y problemas “emergentes” por enfermedades crónicas.

Estas diferencias son evidentes al comparar países desarrollados y países en desarrollo, pero también existen dentro de un mismo país, donde la mortalidad y morbilidad debida a enfermedades infecciosas es mucho mayor en ciertas poblaciones. Irónicamente, esas mismas poblaciones, cuyo denominador común es la pobreza, también serán víctimas de obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes, mientras que los estratos sociales más acomodados que fueron los primeros en sufrirlas ya han comenzado a adoptar tratamientos y hábitos para prevenir dichas enfermedades.

A esto se une otra complejidad: la distinción entre enfermedad infecciosa y crónica no está tan claramente marcada como pensábamos. De hecho, los agentes infecciosos y los procesos inflamatorios causados por los mismos juegan un papel importante en el origen de enfermedades crónicas como el cáncer cervical (asociado al virus del papiloma humano), la úlcera gastrointestinal (asociada a la bacteria *H. pylori*) y la enfermedad cardiovascular o la diabetes (asociadas a la inflamación crónica), y se está descubriendo evidencia de inflamación en muchas otras enfermedades, incluyendo el autismo y otras enfermedades mentales.

Todo esto resalta la necesidad de pensar más allá de la transición epidemiológica para hacer frente a los retos actuales en salud global. Ello implica diseñar un conjunto de intervenciones adecuadas a los retos y riesgos de cada población. Las enfermedades infecciosas que afectan a las poblaciones más pobres se pueden combatir con intervenciones ya existentes y con un coste-beneficio elevado. La doble carga de enfermedad multiplica el número de enfermedades que potencialmente afectan a todos y las intervenciones contra las mismas deben ser más variadas e implicar a múltiples sectores y actores. Finalmente, las estrategias para reducir los riesgos asociados a la vida sedentaria y la “hipernutrición” no deberán eclipsar la amenaza real y presente de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes.

Cuando queremos hablar de la Cadena Epidemiológica nos encontramos, de nuevo, con una disyuntiva. Según la fuente que consultemos, sea un libro, un trabajo publicado en internet por un facultativo o una fuente contrastada como pudiera ser un organismo oficial. La OMS por ejemplo, aunque no en este caso- nos encontraremos con soluciones diferentes. Este tipo de situaciones ya nos las hemos encontrado antes. Basta con echar un vistazo a la entrada sobre la Epidemiología. Allí veremos como la definición de Epidemiología varía según la fuente o el autor que consultemos.

Si las estudiamos una a una nos daremos cuenta de que todas, o casi todas, coinciden en lo esencial, y que varían según las particularidades que queramos tener en cuenta. Explicar los elementos necesarios para que exista una enfermedad transmisible.

Existe un modelo tradicional denominado la **triada epidemiológica**. Es el modelo más básico sobre causalidad epidemiológica que relaciona un agente externo, un huésped susceptible y el ambiente que reúne a ambos permitiendo que aparezca la enfermedad.



TRIADA EPIDEMIOLÓGICA

Imagen 1. Blog de Laboratorio Clínico y Biomédico

También es conocida como la triada ecológica. Una vez desarrollemos la cadena epidemiológica, ésta nos invitará a pensar que se trata de una evolución de este modelo.

Se define **la cadena epidemiológica** como un conjunto de elementos necesarios para que podamos hablar de una enfermedad transmisible. Dicho de otro modo, cada eslabón de la cadena representa una secuencia de elementos que intervienen en la transmisión de un agente infeccioso a un huésped susceptible.

Ahora la cadena epidemiológica más común compuesta de 6 eslabones:

- Agente Causal

- Reservorio
- Puerta de salida
- Vía/modo de transmisión
- Puerta de entrada
- Huesped susceptible

Como podemos apreciar, hay al menos tres eslabones que son idénticos. Las diferencias residen en que la cadena de 6 eslabones simplifica el Reservorio y la Fuente (que suelen ser la misma) y desarrolla el Mecanismo de Transmisión en tres eslabones (Puerta de salida, Vía de transmisión y Puerta de Entrada).

Llegados a este punto podemos apreciar que elijamos el modelo que elijamos no fallaremos. La esencia, funcionamiento y finalidad de cada cadena es idéntica.

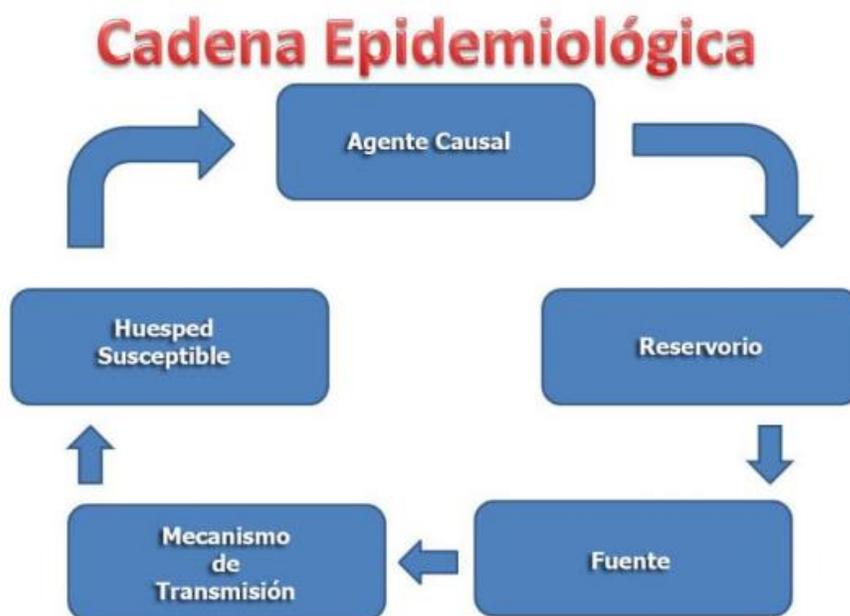


Figura 2. Blog de Laboratorio Clínico y Biomédico

Agente causal

Se denomina agente causal a todo agente biológico que pueda dar origen a una enfermedad. En este apartado se incluyen virus, bacterias, hongos y parásitos. En algunos sitios he leído definiciones en las que a estos agentes etiológicos se les calificaba como «organismos vivos». He descartado una definición de esta índole porque los virus no se consideran organismos vivos, ya que necesitan infectar una célula para poder realizar copias de sí mismos, parasitándola.

Reservorio

Se denomina **reservorio** a todo ser animado o inanimado en el que el agente causal se reproduce. Su reproducción debe efectuarse en un ambiente natural del que dependa para su supervivencia. Si se hace referencia al suelo, se habla de reservorio adicional o de depósito. Cuando el agente pasa desde el reservorio al hombre susceptible, éste actúa como fuente, por lo que pueden ser o no coincidentes.

En definitiva, los agentes causales pueden transmitirse desde otro ser humano, desde un animal o desde el medio ambiente. Dentro de los reservorios encontramos cuatro tipos, que pueden actuar bien como reservorio o bien como fuente según sea el caso: Reservorio humano enfermo, reservorio humano portador, reservorio animal y reservorio telúrico.

Reservorio humano enfermo

El foco humano enfermo debe ser capaz de eliminar virus o microorganismos por diversas vías de salida que pueden comportarse a su vez como vías de entrada, formando parte éstas del Mecanismo de Transmisión.

- *Vía respiratoria*: gotas de Pflüger y núcleos goticulares de Wells, esputo, secreciones nasales, secreciones faríngeas... (Gripe, Tuberculosis, Catarro común...)
- *Digestiva*: vómito y heces (disentería bacilar, fiebres tifoideas, cólera...)
- *Conjuntival* (Tracoma)
- *Genitourinaria* (Gonorrea, VIH, VPH...)
- *Sanguínea* (VIH, Hepatitis B, Hepatitis C...)

- *Cutánea* (Pitiriasis Versicolor)

Otro aspecto muy a tener en cuenta es la duración de la contagiosidad, que variará en función de los tratamientos recibidos. Normalmente los tratamientos acortan dicho periodo, pero en ocasiones se puede alargar.

Reservorio humano portador

Es el individuo que, sin presentar signos o síntomas de infección, tiene un agente que puede ser eliminado por cualquiera de las vías anteriormente mencionadas. De este modo el agente causal puede ser transmitido a otros individuos. Existen diferentes tipos de portador:

- *Paradójico*: Aquel que elimina agentes no patógenos.
- *Precoz*: Aquel que elimina el agente antes de que aparezca la enfermedad que está incubando (Hepatitis, Sarampión).
- *Convaleciente*: Aquel que ha padecido una enfermedad contagiosa de la que se ha curado completamente, pero elimina al agente durante los tres meses siguientes (Fiebre Tifoidea).
- *Crónico*: Aquel que ha padecido una enfermedad contagiosa de la que se ha curado completamente, pero elimina al agente durante un periodo de entre tres meses y dos años (Salmonelosis, Hepatitis).
- *Sano*: Aquel que es colonizado pero que no sufre infección (Poliovirus, Neisseria Meningitidis).
- *Pasivo*: Aquel que ha estado en contacto con un portador y que al final del periodo de incubación puede enfermar.

Reservorio animal

Se denomina **reservorio animal** a aquel capaz de transmitir el agente causal al hombre (zoonosis). En este apartado se incluyen las infecciones y las infectaciones, pero se excluyen las agresiones y las toxinas. En la transmisión se pueden implicar uno o más huéspedes intermediarios.

La transmisión, como veremos más adelante, puede ser, en este caso, tanto directa como indirecta.

Reservorio telúrico

Normalmente se denomina reservorio telúrico al suelo, al agua y a las fómites, y tiene importancia por una serie de consideraciones:

- Los microorganismos deben presentar formas especiales de resistencia para ser viables (esporas de Clostridium Tetani).
- Precisa condiciones ambientales de humedad, temperatura y recursos necesarios y adecuados para el desarrollo de diversos microorganismos (leptospirosis).
- Una parte del ciclo evolutivo del agente causal se produce en este medio.
- Suelen ser agentes oportunistas, con facilidad para provocar infecciones cuando se producen inmunodepresiones.

Fuente

Se considera **fente de infección** a todo hombre (fuente homóloga), animal (heteróloga) o ser inanimado (heteróloga, por ejemplo: el suelo) desde donde puede pasar la infección directa o indirectamente al huésped susceptible.

Hay que recordar que en muchas ocasiones la fuente suele ser también el reservorio, pero existen casos en los que no es así. Por ejemplo el virus del Ébola, se cree que el reservorio es el murciélago de la fruta y al final el hombre acaba siendo la fuente de contagio, aunque en el caso de toparnos con el reservorio e infectarnos directamente de él, podríamos decir que el reservorio, en este caso, es considerado también como fuente de infección.

Otra consideración que debemos tener en cuenta es que el agente causal debe poder reproducirse en la fuente, de la misma manera que lo hace en el reservorio.

Mecanismo de transmisión

Se denomina Mecanismo de Transmisión al conjunto de mecanismos que utiliza el germen para ponerse en contacto con el huésped. Un Agente causal puede usar mecanismos de transmisión directa, indirecta o utilizar varios mecanismos de ambos tipos.

Mecanismo de Transmisión Directa

Se produce el paso de la enfermedad desde la fuente de infección al huésped susceptible, sin intermediarios. Existen diversos tipos de transmisión directa:

- Por contacto:
 - Sexual
 - Mucosas
 - Manos
 - Mordeduras
 - Transmisión Intrapartum
- Transplacentaria de madre a hijo
- Arañazo
- Transmisión aérea

Mecanismo de Transmisión Indirecta

El contagio se produce con separación en tiempo y espacio entre fuente y huésped susceptible. Conviene diferenciar un mecanismo de transmisión homólogo (cólera) y otro heterólogo con dos (brucelosis) o tres eslabones intermedios (peste).

Los tipos de mecanismo de transmisión indirecta son:

- Aire
- Vehículos de transmisión como el agua, los alimentos, fomites... etc.
- Suelo
- Baños (leptospirosis, hongos) y aerosoles.
- Artrópodos que actúan como vectores (Chikungunya, Zika, Dengue, Malaria).

Huésped susceptible

Llegamos al último eslabón de la cadena epidemiológica. Llamamos huésped susceptible a todo sujeto sano capaz de enfermar. El grado de susceptibilidad se ve influido por factores como la edad, el sexo, la profesión o el lugar de residencia.

Hay dos elementos que juegan un papel muy importante en el contagio del huésped susceptible:

- **La puerta de entrada:** Lugar donde penetra el agente causal. Puede servir tanto para la multiplicación como la propagación del agente dentro del organismo del huésped. Existen diferentes puertas de entrada: piel, genitales, vías urinarias, conjuntiva, aparato digestivo, faringe o inoculación por instrumentos.
- **Sistema inmunológico:** Existen muchas enfermedades que provocan inmunodepresiones (VIH, Neoplasias, Aplasias), así como muchos medicamentos (inmunosupresores para tratar enfermedades autoinmunes o para el funcionamiento correcto de los trasplantes, quimioterápicos).

El estado en el que se encuentre el sistema inmune del huésped susceptible es esencial para evitar que la cadena epidemiológica se complete y que muchos agentes oportunistas provoquen la enfermedad. Un claro ejemplo es el hongo *Aspergillus*, el cual podemos respirar con cierta tranquilidad con un sistema inmune en estado normal, pero que tiene una alta tasa de mortalidad si llega a colonizar los pulmones de un individuo inmunosuprimido.

3.3.- Enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes.

Las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son:

- las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares);
- el cáncer;

- las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma);
- y la diabetes.

Las enfermedades no transmisibles, o ENT, representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a más de 36 millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios.

3.4.- Modelos de intervención

La intervención en Salud Pública, implica dos acciones importantes: el control y la prevención. Control: tiene por finalidad limitar la propagación de un problema de salud. Prevención: busca evitar que el problema se presente. Para alcanzar este fin, tanto el control como la prevención aplican diversas medidas, a las que en forma general se denominan intervenciones. Ejemplo de intervenciones: vacuna, la aplicación de flúor en el agua, el programa nacional de control de la tuberculosis o el programa nacional de control de vectores.

Implica la introducción de un cambio, frente a una situación experimental cuyo grado de control va depender del planeamiento de la intervención. Lo ideal es que toda intervención sea cuidadosamente planeada de modo que pueda ser evaluada. Para planear una intervención es necesario conocer: La magnitud del problema. Los factores asociados a su propagación. Las medidas eficaces las características de la población afectada, son el resultado de la aplicación de ciertos modelos interpretativos del origen y naturaleza de los problemas de salud. Existen tres usos frecuentemente: la historia natural, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.

3.5.- Intervención del Trabajo Social en el proceso de salud enfermedad.

El objetivo del trabajo social en esta área es identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades. Brinda motivación a los pacientes y familiares así como facilita la información y sensibiliza sobre la realidad del paciente preparándolos para las tomas de decisiones, educación a la comunidad para el cuidado y alimentación adecuada, participa en programas que cada clínica u Hospital implementa y en los procesos de la atención, siendo su función primordial la identificación de las carencias, necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derechohabiente aplica técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud. Profesional integrante del equipo de salud que participa en los procesos de la atención y que aborda factores sociales involucrados en el proceso salud enfermedad como parte de la atención integral a la salud del individuo y su familia, siendo su función primordial la identificación de las carencias, necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derechohabiente aplica técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud. Identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades.

3.6.- Salud pública y ambiente.

La salud pública y el medio ambiente están estrechamente relacionados. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculan que el 23% de la carga mundial de mortalidad se debe a factores ambientales. Asimismo, atribuyen las mismas causas al 24% de la morbilidad. Una mención importante que hace La asociación médica mundial que, si bien

en el pasado la salud pública se ocupaba principalmente de enfermedades contagiosas y de sanidad, hoy en día se analiza una gama mucho más amplia de determinantes sanitarios. Aquí podemos hacer referencia a la influencia del medio ambiente. Aunque suele tener diversas definiciones, entenderemos al medio ambiente o, mejor dicho, ambiente como el conjunto de elementos naturales y sociales que se interrelacionan y dan como resultado el espacio donde vivimos.

Salud pública y medio ambiente, ¿en qué se relacionan?

Las primeras preocupaciones nacieron de la mano de la industrialización y la urbanización.

Las personas, como su salud, están mediatizadas. Esto significa que existe un cúmulo de factores culturales, sociales y ambientales que nos rodean y que afectan de manera positiva o negativa en nuestra salud. En este sentido, la OMS subraya que en medio ambiente y salud están incluidos los “efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, como los efectos con frecuencia indirectos en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estético en general, comprendida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte. Por eso, la relación entre la salud pública y el medio ambiente requiere especial atención a nivel global y local. Es decir, fomentar un contexto más saludable intensificando la prevención, así como también adoptar políticas en todos los sectores para revisar las amenazas medioambientales a la salud.

3.7.- Saneamiento.

Por saneamiento se entiende el suministro de instalaciones y servicios que permiten eliminar sin riesgo la orina y las heces. Los sistemas de saneamiento inadecuados constituyen una causa importante de morbilidad en todo el mundo. Se ha probado que la mejora del saneamiento tiene efectos positivos significativos en la salud tanto en el ámbito de los hogares como el de las comunidades. El término saneamiento también hace referencia al mantenimiento de buenas condiciones de higiene gracias a servicios como la recogida de basura y la evacuación de aguas residuales.

3.8.- El ambiente (social y natural) y la salud.

Para una mejor comprensión de cómo el “medio ambiente” puede tener “peligros” o representar “amenazas” para la salud humana, comenzamos por definirlos: Medio ambiente: se refiere a todo lo que rodea a un objeto o a cualquier otra entidad. El hombre experimenta el medio ambiente en que vive como un conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas que difieren según el lugar geográfico, la infraestructura, la estación, el momento del día y la actividad realizada. Peligro: es el potencial que tiene un agente ambiental para afectar la salud. Los diferentes peligros ambientales pueden dividirse en “peligros tradicionales” ligados a la ausencia de desarrollo, y “peligros modernos”, dependientes de un desarrollo insostenible. Una de las diferencias entre los peligros ambientales tradicionales y los modernos es que los primeros suelen manifestarse con rapidez relativa en forma de enfermedad. Por el contrario, muchos de los peligros modernos requieren largos períodos de tiempo antes de manifestar sus efectos en la salud. En el cuadro anterior se muestran ejemplos de ambos tipos de peligros. De lo anterior, podemos deducir que la relación entre la salud humana y el medio ambiente es muy compleja, pues cada uno de los peligros tradicionales y modernos se asocia a distintos aspectos del desarrollo social y económico. Los peligros ambientales pueden producir un amplio abanico de efectos sobre la salud que varían de tipo, intensidad y magnitud según la clase de peligro, el nivel de exposición y el número de afectados. Las enfermedades más importantes suelen asociarse a más de un tipo de exposición, y para causar las enfermedades los peligros actúan junto con los factores genéticos, la nutrición, los riesgos del estilo de vida y otros factores.

3.9.- Problemas emergentes.

En las tres últimas décadas se han identificado una serie de enfermedades catalogadas como emergentes la mayoría de las cuales tienen una etiología infecciosa e incluyen enfermedades

bacterianas (enfermedad por Legionella, enfermedad de Lyme, Campilobacteriosis, Helicobacter Pylori), virales (HIV, Ebola, antiovirus, virus de de las hepatitis B y C), parasitarias (Criptosporidiosis, Ciclospora) y otras de difícil clasificación como las encefalopatías espongiiformes. Muchas de estas enfermedades son a menudo de origen zoonótico resultado de la transmisión a humanos de patógenos de otras especies animales. Este tipo de diseminación se presenta frecuentemente como consecuencia de cambios ecológicos facilitados por factores sociales o demográficos o bien como consecuencia de avances tecnológicos. En efecto cuando en una población ocurren cambios significativos en el medio ambiente o en la tecnología, hay consecuencias. Algunas de estas consecuencias pueden ser pequeñas y otras enormes. Incluso muchas de las consecuencias pueden ser inimaginables.

CAPITULO IV

FACTORES SOCIALES Y LA SALUD PÚBLICA

Objetivo de la Materia: Conocer e identificar los factores sociales en referencia la salud publica y la estrecha relación con el Trabajador Social, en la formulación de políticas públicas.

4.1.- Condiciones socioeconómicas y salud.

En las últimas décadas a nivel mundial ha existido un creciente interés por el estudio y la erradicación de las disparidades en salud. En el año 2008 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el reporte Subsanar las desigualdades en una generación, en el cual se ejemplifican las diferencias socioeconómicas entre y al interior de los diferentes países seleccionados. En la tercera recomendación general que emitió dicha comisión se establece que es necesario reconocer que conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Las desigualdades e inequidades sociales en el campo de la salud han sido consideradas improcedentes, injustas, e innecesarias (aunque no inevitables, ni irremediables), ya que agravan sistemáticamente las condiciones de las

poblaciones vulnerables, dadas las estructuras sociales subyacentes y las instituciones políticas, económicas y legales.

Es bien reconocido que entre los rasgos característicos de la sociedad mexicana se encuentra la concentración de la riqueza y que la mayoría de su población vive y ha vivido en situación de pobreza. La población en situación de pobreza de patrimonio (es decir, con insuficiencia de ingresos para cubrir necesidades de alimentación, salud, educación, vestido, vivienda y transporte) pasó de 53.1 % en 1992 a 69.0 % en 1996, para descender a 42.7 % en 2006 y tener un repunte a 51.3 % en el año 2010.³ La pobreza alimentaria (que se refiere a la insuficiencia de ingresos para cubrir necesidades de alimentación) en el 2010 era experimentada por el 18.8 % de la población, y la pobreza de capacidades (la insuficiencia de ingresos para cubrir necesidades de alimentación, salud y educación) por el 26.7 %. Esta elevada tasa de pobreza se debe en gran medida a la concentración del ingreso: el 10 % de los hogares más ricos del país concentran el 34.6 % del ingreso monetario corriente, mientras que al 60 % de los hogares más pobres les corresponde el 26.6 % del mismo.⁴ En México varios grupos de académicos iniciaron el estudio de las desigualdades sociales desde la década de los setenta; sin embargo, las aproximaciones fueron metodológicamente deficientes debido a que no utilizaron muestras representativas. en la mayoría de los casos se han realizado siguiendo protocolos adecuados de medición de las variables de interés mexicana a partir de la revisión de los estudios con representatividad nacional llevados a cabo a partir de la década de los noventa.

4.2.- Indicadores de salud.

El verbo “medir” se refiere al procedimiento de aplicar una escala patrón a una variable o un conjunto de variables, mientras que el sustantivo “medición” se refiere a la extensión, dimensión, cantidad, etc., de un atributo.

La elaboración de indicadores no puede entenderse como una finalidad en sí misma, con una perspectiva contemplativa de su distribución espacial o temporal o exclusivamente documental. El uso de indicadores en el ámbito de la salud pública tiene como objetivo

alimentar la toma de decisiones en el ámbito de la salud. La misión última es mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades injustas y evitables.

Algunos autores han hecho propuestas acerca de los usos de los indicadores de salud. Entre sus principales usos o aplicaciones se encuentran los siguientes:

Descripción. Los indicadores de salud pueden usarse para describir, por ejemplo, las necesidades de atención de salud de una población, así como la carga de enfermedad en grupos específicos de la población. La descripción de las necesidades de salud de una población puede, a su vez, dirigir la toma de decisiones en cuanto al tamaño y la naturaleza de las necesidades que deben atenderse, los insumos necesarios para enfrentar el problema, o los grupos que deben recibir mayor atención, entre otras funciones.

Predicción o pronóstico. Los indicadores de salud pueden usarse para prever resultados en relación al estado de salud de una población (predicción) o de un grupo de pacientes (pronóstico). Estos indicadores se usan para medir el riesgo y el pronóstico individuales, así como la predicción de la carga de enfermedades en grupos de la población. Asimismo, pueden predecir el riesgo de brotes de enfermedades, por lo que pueden asistir, por ejemplo, en la prevención de situaciones de epidemia o en frenar la expansión territorial de determinados problemas de salud.

Explicación. Los indicadores de salud pueden ayudar a comprender por qué algunos individuos de una población son sanos y otros no. En este caso, es posible analizar los indicadores según los determinantes sociales de la salud, como son los roles y las normas de género, la pertenencia a una etnia, y los ingresos y el apoyo social, entre otros, además de las interrelaciones entre dichos determinantes.

Gestión de sistemas y mejoramiento de la calidad. La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden además suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores. Por ejemplo, los considerables avances en la calidad de los datos y los indicadores generados en los Estados Miembros de la OPS se deben en gran medida a la mejora de los sistemas nacionales de salud al momento de recopilar, analizar y monitorear un conjunto de indicadores básicos de salud.

En Brasil, por ejemplo, la Red Interinstitucional de Información de Salud (RIPSA) promueve la producción y el análisis de indicadores de salud, y la retroalimentación a las fuentes de datos y los sistemas de información nacionales.

Evaluación. Los indicadores de salud pueden reflejar los resultados de las intervenciones en la salud. El monitoreo de esos indicadores puede reflejar la repercusión de políticas, programas, servicios y acciones de salud. Distintos autores han analizado el nivel de adecuación (resultados compatibles con lo esperado) y plausibilidad (resultados no explicados por factores externos) de la evidencia del impacto en el ámbito de la salud, donde las tendencias y la distribución de los indicadores de salud son útiles y, en ocasiones, suficientes como evidencia para demostrar el resultado de las políticas, programas, servicios y acciones de salud pública

Promoción de la causa. Los indicadores pueden ser herramientas a favor o en contra de ciertas ideas e ideologías en diferentes contextos históricos y culturales. Un ejemplo es la elocuencia con que los políticos evocan ciertos indicadores de salud en defensa o en contra de determinadas políticas o gobiernos. El uso de indicadores de salud para la promoción de la causa es una de las estrategias más importantes para lograr progreso, puesto que puede orientar la toma de decisiones y mejorar el nivel de salud de la población.

Rendición de cuentas. El uso de indicadores de salud puede satisfacer la necesidad de información sobre riesgos, patrones de enfermedad y muerte, y tendencias temporales relacionadas con la salud para una diversidad de públicos y usuarios, como los gobiernos, los profesionales de la salud, los organismos internacionales, la sociedad civil y la comunidad en general. Ofrecer a esos públicos la posibilidad de monitorear la situación y las tendencias de salud de una población cumple un papel primordial en el control social, la evaluación y el seguimiento institucional.

Investigación. La simple observación de la distribución temporal y espacial de los indicadores de salud en grupos de la población puede facilitar el análisis y la formulación de hipótesis que expliquen las tendencias y las discrepancias observadas.

Indicadores sensibles al género. Los indicadores que toman en cuenta el género miden las brechas entre hombres y mujeres que son consecuencia de diferencias o desigualdades de los roles, normas y relaciones de género. También proporcionan evidencia sobre si la diferencia observada entre hombres y mujeres en un indicador de salud (mortalidad, morbilidad, factores de riesgo, actitud en cuanto a la búsqueda de servicios de salud) es resultado de desigualdades de género. Para la construcción de estos indicadores pueden ser necesario el desglose de los datos o el agregado de variables adicionales. Por ejemplo, al porcentaje de adolescentes que son madres se le puede añadir el porcentaje de estas madres que informaron que el padre de su hijo tiene 30 años de edad o más.

4.2.1.- Políticos

"Los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones, ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etcétera, que combinan recursos normativos, humanos, financieros, tecnológicos y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr impactos sociales, políticos y económicos" (Rose, 1984). Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detecta la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema.

Aquí podemos plantearnos un interrogante: ¿Cómo se construye una política pública? ¿Concuerda con esta afirmación? Discútalas con sus compañeros y fundamente su opinión. Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. El proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas comprende las siguientes fases:

I. Identificación y definición del problema.

2. Formulación de las alternativas de solución.
3. Adopción de una alternativa.
4. Implantación de la alternativa seleccionada.
5. Evaluación de los resultados obtenidos.

Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios

4.2.2.- Atención médica.

Es el conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas los recursos de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, de rehabilitación, de la protección médica y de la promoción de la salud.

Principios de la atención médica: de Igualdad: es al que todo ser humano tiene derecho sin ningún tipo de discriminación (racial, política, religiosa, etc.). de Calidad: la atención debe ser de máxima calidad, alcanzada por la suma de recursos y conocimientos (aparatoología y conocimiento de la misma). de Integridad: debe abarcar todos los niveles de las acciones de salud e incluir todas las áreas (preventivo, curativo, salud mental, salud materno infantil, medicina del trabajo, etc.), de Oportunidad: los recursos deben estar disponibles en el momento que se los necesita (los servicios deben funcionar las 24 horas). de Accesibilidad: los recursos deben cubrir zonas urbanas, rurales y poblaciones aisladas de difícil acceso (hospital base, hospital local, puesto sanitario, etc.).

Requisitos para la atención médica:

- 1.- Administración central con distribuciones suficientes para organizar, supervisar y controlar actividades.
- 2.- Accesos a los servicios para el mayor número de población urbana-rural, sin discriminaciones.

- 3.- Funcionamiento de una organización que asegure el aprovechamiento de todos los recursos (inter e intrainstitucional).
- 4.- Diagnóstico clínico temprano a través de un sistema que sea accesible al público.
- 5.- Tratamiento oportuno, completo y restaurador.
- 6.- Atención y asistencia organizada en servicios de internación hospitalaria, consulta externa y atención domiciliaria.
- 7.- Coordinación de las actividades de los profesionales clínicos con los sanitarios.
- 8.- Acciones individuales (clínica) para la prevención de las enfermedades.
- 9.- Docencia para el equipo de salud.
- 10.- Investigación clínica-administrativa y epidemiológica- social.
- 11.- Evaluación a los servicios.
- 12.- Atención interdisciplinaria de los pacientes.

La O.M.S. centra la preocupación de la atención médica en el individuo, pero también amplía su radio de actividades en prevención, educación para la salud y fomento, teniendo en cuenta las condiciones materiales, sociales y ecológica de cada caso y familia; de esta forma, la atención médica se transforma en asistencia médica integral.

Atención medica integral: Es la forma de actuar de carácter integral que abarca: aplicación de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, la atención de los problemas de salud físicos, psíquicos y sociales, el cuidado de todo el grupo familiar, el trabajo en equipo, la atención médica jerarquizada, progresiva y continuada, el saneamiento ambiental y la proyección hacia la comunidad, promoviendo la participación activa de la misma.

Sistema de salud “Es un conjunto de elementos interrelacionados y ordenados para lograr un estado óptimo de salud”.

Socializado: el estado es el responsable de asegurar la atención médica. Es el propietario de los establecimientos de salud y, los profesionales se desempeñan en ellos a sueldo. Los servicios son gratuitos. Ejemplo Cuba. μ Liberal: la iniciativa privada tiene un papel predominante. La atención se realiza en consultorios privados y en internación sanatorial. Los agentes de salud trabajan individualmente o agrupados libremente. El estado, solamente realiza tareas de protección de la salud (inmunizaciones, saneamiento ambiental, etc.) y atiende a los indigentes. Hay sistemas privados de prepago. Ej.: EE.UU. μ Mixto: en este

coexiste un sistema liberal para el sector económicamente más fuerte, y un sistema público para el sector económicamente débil. La administración es fundamentalmente estatal. Ej.: España, Argentina.

Demanda: “Es toda necesidad de la comunidad identificada como servicios y/o atenciones que se deben brindar”. Así existe demanda de educación, de alimentación, de atención médica, etc. Demanda de atención médica es: La existencia de un problema de salud en la comunidad y/o en el individuo que puede o no ser advertida por la comunidad, por el individuo, por el médico o las autoridades sanitarias.

Según el ente que la origina:

Según los resultados:

Satisfecha: es cuando se atienden y solucionan las necesidades de la población. Ejemplo atender y concluir con éxito el tratamiento de una cervicobraquialgia.

No Satisfecha: es cuando no se da respuesta a las necesidades de la población, ya sea por falta de recursos específicos, por limitaciones del servicio o por otro motivo. Ejemplo carencia o mal uso de la aparatología y/o excesiva demora en la atención del paciente en una cervicobraquialgia.

Crítica: es cuando la demanda supera la capacidad de la oferta. Ejemplo choque de ómnibus.

Estructura de la Demanda: Factores biológicos: la demanda depende de la edad y el sexo. Factores socioeconómicos y culturales: la demanda es directamente proporcional al ingreso. Factores geográficos: no hay la misma accesibilidad y oportunidad en grandes centros urbanos, que en las zonas rurales. Factores de la oferta: la distribución, continuidad y calidad de recursos y servicios aumenta la demanda.

Características de la demanda: Es siempre continua y creciente, debido a.- prolongación de la vida media. b.- aumento de las enfermedades crónicas. c.- incremento en la sensibilidad de la comunidad. d.- progreso en la comunicación. e.- industrialización y urbanización. f.- mejor conocimiento del hombre. g.- nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Oferta: Son los organismos efectores de atención médica: planta física, técnicamente dispuesta, provista de equipos y elementos, administrativamente organizada para el mejor desarrollo de las actividades de los profesionales y auxiliares, dirigidos a atender la salud de la población.

Clasificación: a.- Según su dependencia: * Estatal: Hospital Clínicas. * Privado: Sanatorios y Clínicas. b.- Según la edad que atiende: * Pediatría: Hospital de Niños. * Geriatria: Hospital Geriátrico. c.- Según la valencia: * Monovalente: Maternidad. * Polivalente: Hospital Misericordia. d.- Según el tipo de enfermedad que atiende: * Infeccioso: Hospital Rawson. * Mental: Hospital Neuropsiquiátrico. * General

4.2.3.- Demografía.

Según la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la demografía sería la "ciencia cuyo objeto es el estudio de las poblaciones humanas con respecto a su dimensión, estructura, evolución y características generales, consideradas principalmente desde el punto de vista cuantitativo". En el ámbito sanitario se ha definido la demografía como "ciencia que estudia las poblaciones, especialmente en lo referente a su tamaño y densidad, fertilidad, mortalidad, crecimiento, distribución de edades, fenómenos migratorios y estadísticas vitales; así como la interacción de estos factores con las condiciones sociales, culturales y económicas de la población".

Tanto la Demografía como la Salud Pública tienen como objeto de estudio la población. La Salud Pública tiene interés por los problemas de salud y enfermedad de la población, mientras que la Demografía estudia la dimensión, estructura y dinámica de las poblaciones. Cambios en los problemas de salud/enfermedad de una población pueden tener repercusiones demográficas, es decir en la dimensión y/o estructura y/o dinámica de la población y

viceversa. Por ejemplo, el SIDA en la población Africana, donde la mortalidad por esta causa es elevada, ha tenido repercusión en la dimensión y dinámica de la población en África.

Por otro lado, cambios en la estructura, dimensión y dinámica de la población pueden tener repercusiones en la salud de la población. Fuentes de información demográficas que se utilizan en la Salud Pública:

- **Elaboración de indicadores sanitarios** Para la elaboración de indicadores sanitarios, como tasas de mortalidad o incidencia, generalmente se utilizan fuentes de información demográfica (censo, padrón) para obtener el denominador, es decir la población. Además, las defunciones ocurridas en una población se obtienen, al menos en los países desarrollados, de las Estadísticas de Mortalidad (fuente de información demográfica)
- **Estudios epidemiológicos** En estudios epidemiológicos descriptivos se utilizan fuentes de información demográfica para definir la población de referencias (censo, padrón). Por ejemplo, si se quiere identificar los municipios de Aragón con mayor riesgo de cáncer de pulmón, no sólo hay que conocer el número de nuevos casos diagnosticados de cáncer de pulmón en el periodo de estudio (casos incidentes) en cada municipio, sino que se necesita conocer la población de referencia de cada uno ellos. Además, el padrón municipal también puede ser útil para la extracción de muestras representativas de la población de un municipio para la realización de encuestas de salud. En los estudios analíticos también pueden ser útiles las fuentes de información demográfica. Por ejemplo, en un estudio caso-control poblacional sobre cáncer de cuello de útero llevado a cabo en Zaragoza los controles de obtuvieron del padrón municipal.
- **Planificación y programación de acciones de salud** El conocer el tamaño y estructura de la población es útil para la asignación de recursos sanitarios. Por ejemplo, una población envejecida requerirá más servicios geriátricos y de dependencia que una población más joven donde se necesitarán más servicios pediátricos. Otro ejemplo de la utilidad de la Demografía en Salud Pública sería la necesidad de conocer la distribución por edad de la población infantil, la tasa de natalidad y la mortalidad infantil para hacer la previsión de las vacunas necesarias en una población.

Fuentes de Información Demográfica

Definición: Las fuentes de información demográfica son un instrumento institucional u organizativo mediante el cual se recogen los datos de interés demográfico. Hay diversas fuentes de información demográficas, pero las más importantes desde el punto de vista de Salud Pública son el Censo y el Padrón que se tratarán más detalladamente a continuación. En Aragón es importante también la información procedente de la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Salud, aunque no sea específicamente demográfica.

Censo El Censo se define como un conjunto de operaciones que consisten en recoger, analizar y publicar los datos de carácter físico, cultural, económico y social de todos los habitantes del país y de sus divisiones administrativas referidas a un momento dado. El censo se caracteriza por ser:

- Una operación de contabilización individual, es decir que la información se recoge para cada miembro del hogar.
- Universal, incluye a todos los habitantes de un país, es decir, en el censo se incluyen las personas de cualquier nacionalidad que tienen fijada su residencia habitual en el territorio nacional.
- Simultáneo, es decir que, aunque las encuestas se realicen durante un periodo de tiempo, las respuestas se refieren a un momento dado (fecha censal). En el censo de 2001 y 2011 esta fecha fue el 1 de noviembre.
- Complimentación obligatoria
- Contenido secreto. Es Censo es un documento estadístico y por tanto no se puede obtener información individualizado del mismo. Por tanto, el Censo no puede ser utilizado como fuente de información para la extracción de una muestra de población a la que posteriormente se le vaya hacer una encuesta.
- Periodicidad definida. Esta última característica no es un requisito esencial, aunque sí deseable. Actualmente se realiza cada 10 años.

Padrón. El padrón es un documento administrativo. Existe obligación de inscribirse en el municipio de residencia. Hasta 1996, el padrón era una relación de residentes y transeúntes

en cada municipio, incluyendo información sobre datos personales. El padrón municipal recogía gran cantidad de información, pero a partir de una sentencia del Tribunal Supremo en 1988, la información contenida en el padrón es: nombre y apellidos, sexo, nacionalidad, lugar y fecha de nacimiento y residencia. La renovación del padrón se realizaba cada 5 años hasta la aprobación de la Ley 4/1996. Por esta ley se reforma la Ley de Bases de Régimen Local en materia de Padrón municipal y se suprime las renovaciones quinquenales, pasándose al Padrón continuo. El Padrón tiene algunas características comunes con el Censo como son:

- La información se recoge de forma individualizada (en 2011 muestral en censo)
- Cumplimentación obligatoria
- Universal en su ámbito (municipio). Sin embargo se diferencia del Censo en que es un documento administrativo que tiene determinado carácter público y no es un documento estadístico como es el censo. Además, la responsabilidad del padrón recae en el Municipio, mientras que la responsabilidad del censo es del Estado a través del INE. Las cifras oficiales de población son las que se derivan del procedimiento de gestión de los padrones municipales, y que se publican anualmente, con referencia al 1 de enero, mediante Real Decreto a propuesta de la Presidencia del INE.

Base de Datos de Usuarios del Salud Se puede obtener de ella datos tan importantes como las características edad y sexo de la población asignada agrupada por zonas de salud y sectores sanitarios.

Registro Civil Recoge información de acontecimientos vitales como nacimientos, defunciones, abortos, matrimonios, divorcios, adopciones, anulaciones y separaciones legales.

Otras fuentes de información demográfica serían:

- Registros de Población
- Movimiento Natural de la Población
- Migraciones (publicación anual del INE, elaborada a partir de la información generada en la gestión de los cambios de residencia en los padrones municipales de habitantes)

- Encuesta de migraciones que se realiza conjuntamente con la Encuesta de Población Activa (EPA).
- Encuesta de fecundidad.

4.2.4.- Aspectos sociales (Vivienda, servicios, nutrición, cultura, educación y fuentes de trabajo).

El concepto de los determinantes sociales de la salud incorpora un amplio conjunto de determinantes que no se limitan al ámbito de los que son sociales por naturaleza. Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen:

- a) el contexto socioeconómico y político,
- b) los determinantes estructurales,
- c) los determinantes intermediarios.

En la figura I se describen algunos de los principales aspectos sociales, económicos, culturales y medioambientales que influyen en los resultados en materia de salud. En combinación con el comportamiento individual, los factores genéticos y el acceso a la atención de salud de buena calidad, se cree que estos factores determinan todos o prácticamente todos los resultados en materia de salud.

Es fundamental distinguir entre los factores que mitigan el riesgo respecto de la medida en que son modificables (en otras palabras, si las diferencias en los resultados en materia de salud que estos factores causan representan inequidades o desigualdades) y considerar la relación posible entre estos factores y las políticas destinadas a influir en ellos. Al considerar el valor, la eficacia y la idoneidad de las políticas a este respecto, los determinantes sociales de la salud brindan la oportunidad de posicionar la salud como un bien público, es decir, que aporta beneficios para toda la sociedad que no se limitan a los beneficios marginales para la salud de una persona sino que, de hecho, pueden tener efectos positivos de manera exponencial sobre la salud de otras personas.

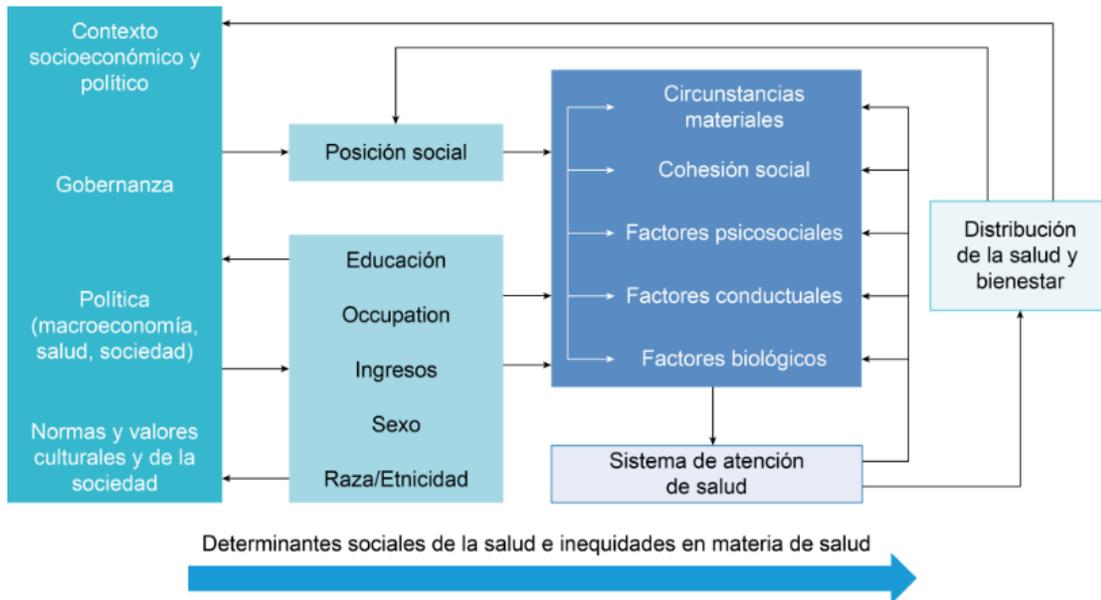


Figura 1. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud
Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas

Se considera en general que el enfoque de los determinantes sociales de la salud es una manera sumamente eficaz de abordar las inequidades en materia de salud dado que promueve medidas con respecto a una variedad de factores que influyen en los resultados individuales y poblacionales en materia de salud, muchos de los cuales están fuera del alcance del sector de la salud. Este enfoque ha avanzado considerablemente en los últimos años, de la mano de dos llamamientos a la acción centrales. En el 2005, la Organización Mundial de la Salud creó una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y le asignó la responsabilidad de recopilar pruebas sobre las inequidades, como una manera de

comprender los determinantes sociales de la salud y su repercusión sobre la equidad en la salud y de formular recomendaciones para la acción.

La Declaración subraya la necesidad de un enfoque de los determinantes sociales de la salud y sirvió de llamamiento a la acción con respecto a los principios interrelacionados para abordar los determinantes sociales de la salud, así como con respecto a algunos conceptos conexos más amplios, entre ellos la equidad y el desarrollo humano.

Al abordar los determinantes sociales de salud se ha hecho claramente hincapié en la importancia de la acción multisectorial la inaceptabilidad de las marcadas inequidades en materia de salud y la salud como derecho humano. Para actuar con respecto a los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas sobre la base de la equidad, es necesario reconocer las causas complejas y a menudo duraderas de la mala salud y la inequidad en materia de salud mediante la investigación desde las ciencias sociales y la epidemiología. Un cúmulo cada vez mayor de pruebas ha dado lugar a la acción intensificada en todo el espectro mundial de salud con una participación notable a nivel nacional en la Región de las Américas. Al abordar las «causas de las causas» que son fundamentales para la buena y la mala salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en la salud y resolver algunos de los problemas de salud de más difícil solución en la Región que están estrechamente vinculados con las dimensiones de la inequidad, y apoyar así la transición progresiva hacia la salud universal.

4.3.- La intervención del trabajador social a través de los indicadores de salud

En México, las políticas y programas sociales suponen la asistencia a grupos vulnerables, marginados o excluidos a través de la práctica profesional del trabajo social. En el área de la salud, la gestión y promoción son ámbitos de intervención del trabajo social; es decir, a medida que el Estado incentiva el desarrollo humano en sus esferas de salud, educación y empleo incide en las estrategias institucionales de prevención y tratamiento de enfermedades.

Sin embargo, la maquinaria político-institucional del sector salud requiere de talentos comprometidos con grupos sociales de escasos recursos, ya que entre éstos se formarán las redes para el desarrollo local (Barranco, Delgado, Melin y Quintana, 2010). Por ello, resulta relevante estudiar los indicadores de compromiso laboral en profesionistas vinculados con los programas de asistencia social. Un diagnóstico de las áreas de oportunidad y las virtudes del sistema de gestión y promoción de la salud permitirá discutir la emergencia de nuevos paradigmas de asistencia social centrados en los promotores de desarrollo humano (Melano, 2007).

No obstante que las instituciones públicas están circunscritas a un Plan de Desarrollo Nacional, el ejercicio profesional del trabajo social a menudo está condicionado por situaciones locales, institucionales, o bien por el clima laboral, el salario o el estrés que implica la atención personalizada (Ocampo, 2008). En este sentido, es menester establecer las dimensiones del compromiso organizacional de los profesionales del trabajo social, ya que un alto grado de compromiso sugiere un nivel de atención eficiente que podría traducirse en una evaluación favorable de las políticas sociales y los programas institucionales.

En el caso del sector salud, el compromiso laboral al estar asociado con la gestión y promoción de la salud está configurado por indicadores que se encargan de enaltecer las estructuras y políticas institucionales para predecir acciones personales (Ruiz, 2010). Así, el compromiso laboral ha sido un transmisor de las relaciones y conflictos al interior de una institución que inhibe o potencializa la satisfacción laboral. A medida que el compromiso profesional transfiere valores organizacionales de interrelación colaborativa, incide asimismo en las expectativas de los miembros de una organización (Santarsierro, 2012). Tal proceso supone la coexistencia entre indicadores del compromiso laboral que por su naturaleza son complementarios y opuestos; es decir, el compromiso organizacional contiene dos procesos de socialización: de primer orden alusivo a principios que ubican al individuo en un contexto y de segundo orden relativo a principios que lo identifican en una estructura de relaciones de poder; ambas pueden ser complementarias u opuestas.

En el ámbito del trabajo social, las instituciones fungen como estructuras de socialización de segundo orden para incidir en las percepciones, creencias, actitudes, decisiones y acciones de

sus empleados. En principio, las instituciones son un escenario de racionalidad política en la que el Estado esgrime programas de asistencia social que los profesionales del trabajo social deben seguir y, en todo caso, perfeccionar dicho sistema para lograr la evaluación favorable de las políticas públicas y los programas sociales; cabe señalar que dicho proceso de racionalidad política puede ser complementario o antagónico a los principios que guían el compromiso personal, interpersonal, familiar o colaborativo en los empleados de una institución pública (Pastor, 2012). Por ello, es preciso esclarecer las dimensiones del compromiso organizacional a partir de la complejidad que implica el ejercicio profesional del trabajo social.

En ese sentido, este trabajo busca establecer las dimensiones del compromiso laboral considerando niveles de complejidad institucional que enmarcarían el desencuentro con indicadores de un compromiso derivado de la socialización primaria. Ante tales elementos surge una interrogante que, de una manera u otra, vendrá a guiar las diversas reflexiones que se plantean: ¿Cuáles son las dimensiones del compromiso laboral en profesionales del trabajo social que laboran en instituciones públicas, pero han tenido una formación crítica en torno al ejercicio de su profesión y han sido socializados bajo principios colectivistas en donde los intereses de la mayoría prevalecen sobre los objetivos personales o institucionales?

La respuesta a tal cuestión está confinada a los estudios psicológicos organizacionales relativos al compromiso laboral. Se trata de cuatro dimensiones en las que el compromiso está indicado por el apoyo, el reconocimiento, el aprendizaje y la valoración, en otras palabras, el compromiso laboral puede ser observado a partir del apoyo que la organización le otorga al individuo para su desarrollo personal, familiar y laboral (hipótesis 1). Así, los líderes de la organización que reconocen acciones específicas al individuo incentivan el reconocimiento de los grupos laborales, familiares o interpersonales en los que está inserto el individuo (hipótesis 2). De este modo, una acción concreta que implica un reconocimiento puntual supone un aprendizaje específico como síntoma de compromiso laboral (hipótesis 3). Por último, las organizaciones con compromiso social y que transfieren estos valores a los individuos generan una serie de valores personales que pueden ser observados como síntomas de su compromiso laboral

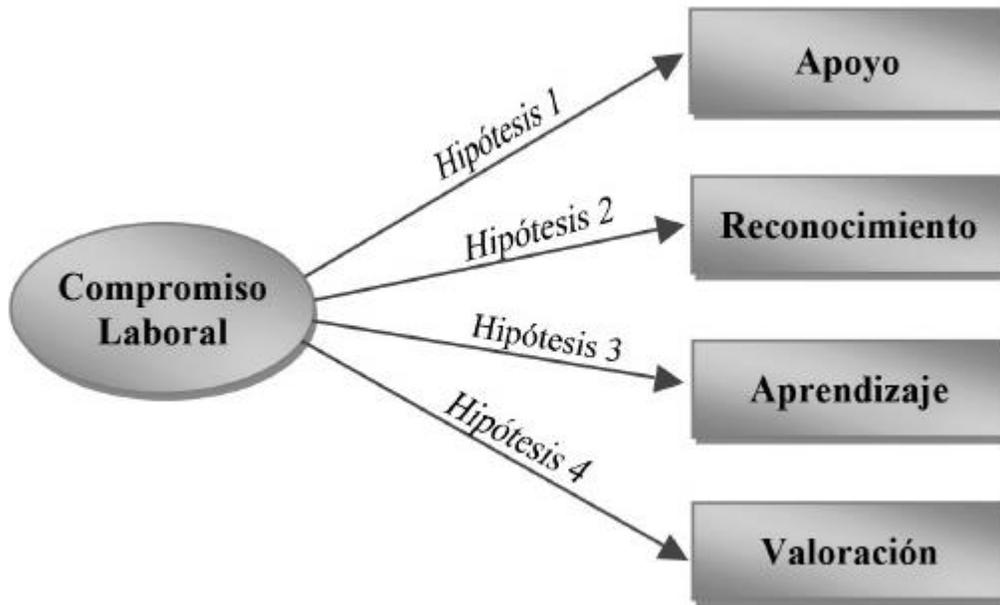


Figura 1. Hipótesis del compromiso laboral

Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud

4.4.- La participación social en los programas de salud.

La participación social está ligada a procesos de transformación sociopolítica, a formas de organización social, a diseño de políticas públicas y a implementación de programas. Según sea quién la defina y con qué objetivos es empleada, asume diferentes características (Menéndez, 1998; Montero, 2004).

En el sector salud, la participación social está referida al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, tuvo una incorporación relativamente tardía y llegó amalgamada con otros programas de desarrollo rural integrado (Levav, 1992). La participación social en salud (PSS) está cargada de presupuestos ideológico-técnicos generalmente no explicitados, que sin embargo orientan su uso. Ésta encuentra su origen en las ciencias sociales y posteriormente es apropiada por las ciencias de la salud sin un análisis crítico del proceso de producción y aplicación previa, lo que genera una distorsión en su significado (Menéndez, 1998: 65-66).

El hito que marca la inclusión de propuestas participativas en salud es la conferencia de Alma Ata en 1978: “El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud” (OMS y UNICEF, 1978). El énfasis que se hizo en el autocuidado individual, familiar y colectivo respondió a dos posiciones ideológicas: una posición conservadora que tiende a reducir el papel del sector público y a hacer responsables a las poblaciones de su salud (programas de APS selectiva); y otra vertiente que asigna al Estado la responsabilidad de proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y de educar para la salud (propuestas de APS integral) (Ugalde, 1999, Grodos y Bethume, 1988).

Para la OPS (1988), la PSS puede entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y la observación de obligaciones derivadas del desempeño de la facultad decisoria.

Los tres grandes enfoques en que el sector salud ha encarado la PSS son los siguientes:

- 1) como aporte de trabajo voluntario de la comunidad en programas específicos de APS;
- 2) como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios, incluyendo la capacitación de promotores comunitarios; y
- 3) como promoción de las acciones para fortalecer los SILOS –Sistemas Locales de Salud– impulsada por la OMS y OPS (Cerqueira y Mato, 1998).

Montero (2004: 292) define la participación como un “proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales”.

La participación social está ligada a procesos de transformación sociopolítica, a formas de organización social, a diseño de políticas públicas y a implementación de programas. Según

sea quién la defina y con qué objetivos es empleada, asume diferentes características (Menéndez, 1998; Montero, 2004).

En el sector salud, la participación social está referida al proceso de salud enfermedad atención-cuidado, tuvo una incorporación relativamente tardía y llegó amalgamada con otros programas de desarrollo rural integrado (Levav, 1992). La participación social en salud (PSS) está cargada de presupuestos ideológico-técnicos generalmente no explicitados, que sin embargo orientan su uso. Ésta encuentra su origen en las ciencias sociales y posteriormente es apropiada por las ciencias de la salud sin un análisis crítico del proceso de producción y aplicación previa, lo que genera una distorsión en su significado (Menéndez, 1998: 65-66).

El hito que marca la inclusión de propuestas participativas en salud es la conferencia de Alma Ata en 1978: “El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud” (OMS y UNICEF, 1978). El énfasis que se hizo en el autocuidado individual, familiar y colectivo respondió a dos posiciones ideológicas: una posición conservadora que tiende a reducir el papel del sector público y a hacer responsables a las poblaciones de su salud (programas de APS selectiva); y otra vertiente que asigna al Estado la responsabilidad de proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y de educar para la salud (propuestas de APS integral) (Ugalde, 1999, Grodos y Bethume, 1988).

La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. La participación comunitaria, como componente esencial de la participación social de salud, se expresa como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidad en cuanto a su salud y el bienestar propios y de la colectividad. Mediante esta investigación vamos a ver como este proceso mejora la capacidad de contribuir al propio desarrollo económico y comunitario; facilitan conocer mejor las

situaciones y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Mediante la participación los miembros de la comunidad pasan a ser agentes de su propio desarrollo en vez de beneficiarios pasivos. Hay que tener algo muy claro que, sin la participación de las personas, es imposible enfrentarse a los nuevos retos de salud colectiva.

Uno de los objetivos principales para empeñarse en estimular y perfeccionar la participación social, es lograr estabilizar el grado de protagonismo de los diferentes actores sociales en las tareas inherentes a la producción social de la salud, ya que en ese sentido prevalecen desequilibrios que en algunos casos son resultado de la iniquidad en la salud y en otros conducen a ella. El desbalance en la posibilidad de participar es un signo de iniquidad en el escenario social, que afecta también el compromiso y la realización de acciones que en última instancia beneficien integralmente al ser humano y por ende su salud. ¿Cómo se puede llevar a la práctica la participación social en salud? Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular? Por ello, para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, éste ha de proporcionar una serie de facilidades para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar. En primer lugar, deben existir puertas de entrada a los sistemas de salud, es decir, que se creen mecanismos por los que el ciudadano de manera individual o colectiva pueda implicarse con los servicios. En el contexto de la reforma de los sistemas de salud, se ha procurado fortalecer las estructuras del nivel local que permitan a los ciudadanos expresar sus opiniones sobre los servicios de salud. Algunos de estos mecanismos tienen por objetivo la participación colectiva: los consejos municipales de salud (donde suelen participar los representantes de los servicios de salud, autoridades locales y la población), la introducción de representantes de la comunidad en las juntas directivas de hospitales y centros de salud o en los comités de calidad. Una limitación a estos mecanismos es la representatividad de los miembros de la comunidad que están presentes, ya que no suelen existir formas que la garanticen como, por ejemplo, elecciones comunitarias a representantes en el consejo de salud. Otros mecanismos que se pueden implementar, como los sistemas de quejas y sugerencias, favorecen la participación individual. Otro elemento clave para la participación en el contexto de las reformas de salud es el acceso a la

información. La población debe conocer los servicios que se le ofrecen, sus derechos en cuanto a servicios de salud, los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema, los precios y la calidad de los servicios ofrecidos (en los sistemas que favorecen la competencia entre múltiples proveedores) y los paquetes que se ofrecen y su precio relativo (en las situaciones de competencia entre aseguradoras). Es necesario que se facilite información suficiente al individuo y la colectividad sobre la actuación de los servicios de salud y las posibles acciones para poder determinar cuándo, cómo y quién ha de actuar. Las instituciones, además de estar abiertas a la participación, deben garantizar que exista una respuesta de los servicios a estas acciones.

La participación conlleva una redistribución de poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones de salud. Es decir, si se abren espacios para la participación social, las instituciones y el personal de salud pierden su absoluto monopolio en la toma de decisiones, que habrán de ser consensuadas entre los diversos agentes sociales. Esto significa, por tanto, un cambio de actitud en el personal de salud, no siempre fácil de conseguir. Los procesos reales de participación social en salud deberán acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población. de representación de los usuarios. Adicionalmente, deberá existir la posibilidad de una cierta elección y sistema de

Participación ciudadana: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para lograr la conservación de su salud, la de su familia y la de la comunidad, aportando a la planeación, gestión, evaluación en los servicios de salud.

Participación comunitaria: Son procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de experiencias mediante las cuales las comunidades se organizan, realizan sus intereses, establecen sus necesidades y prioridades e intervienen sobre la realidad para alcanzar el bienestar. La comunidad forma parte de un proceso de:

- **Información:** conocimiento de sus necesidades
- **Planeación:** de las acciones a tomar en cuantos a sus necesidades
- **Realización:** es cuando se aplican las acciones

- Evaluación: de las metas trazadas. Se aplica el modelo intercultural: Donde la institución proporciona la información de tal manera que la comunidad pueda entenderla y utilizarla en provecho propio. Y también la institución se retroalimenta y amplía su visión de la problemática de la comunidad y se compromete con acciones concretas. La comunidad amplía su visión de su problemática en salud, prioriza y diseña su plan de acción. De igual forma la comunidad presenta su visión de la problemática y solicita la colaboración de la institución con acciones concretas. Los atributos de una comunidad organizada son:

- Que es una comunidad activa.
- Consiente de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en su comunidad
- Organizada
- Sostenida
- Integral Limitaciones de la participación social Se plantean de la siguiente forma: Por medio de los profesionales de la salud

Bibliografía

Salud Pública, Colección Medicina de Excelencia, Instituto Mexicano de Seguro Social, Comité Editorial.

*Educación para la Salud, Manual sobre la Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud.
Organización Mundial de la Salud.*

Fundamentos de Salud Pública, Maso Adriana, La Plata.

Bibliografía Complementario

*Indicadores de Salud, Aspectos Conceptuales y Operativo, Washington 2018. Organización
Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud.*

Salud Pública, Medicina Social, Rojas Ochoa Francisco. Ciencias Médicas.

Introducción a la Salud Pública, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas.

Linkografía

El Trabajo Social y su relación con la Salud: una Relación Histórica. Consejo General del Trabajo Social
<http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

El Universo de la Nueva Salud Publica

http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_10.htm

Guías para el debate, mas allá de la salud un camino al desarrollo

<http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/gped-es-saludpublica.pdf>

Ley del Seguro Social

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_040619.pdf

Sistema Nacional de Salud, Disposiciones Comunes

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t2.htm>

La Salud y la Enfermedad: Aspectos Bilógicos y Sociales.

<http://www.cucaicor.com.ar/datos/kornblit-ana-lia-y-mendes-diz-ana-el-proceso-salud-enfermedad.pdf>

Ambiente y Salud

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Sanemiento-Capitulo1.pdf>