

# UDS

## ANTOLOGÍA

MEDICINA SOCIAL

*LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN  
COMUNITARIA*

*9° CUATRIMESTRE*

---

## Marco Estratégico de Referencia

---

### ANTECEDENTES HISTORICOS

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 de Primaria 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 tarde.

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 septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas 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, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

## **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 de la UDS, 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.

---

## Medicina social

---

**Objetivo de la materia:** Que el alumno aprenda a conocer los cuidados y medios que se deben tener referente a la salud, para la obtención de un panorama más amplio ante la situación médica dentro de trabajo social.

---

## CONTENIDO

---

### **UNIDAD I: SALUD - ENFERMEDAD**

- I.1 Historia de los conceptos de salud y enfermedad. Salud individual y comunitaria
- I.2 Medicina social
- I.3 Salud-enfermedad
- I.4 La salud como ausencia de enfermedad: la existencia de un fenómeno patológico-capacidad de
- I.5 Clasificación de enfermedades en una categoría nosológica
- I.6 La salud y sus tres áreas distintas: física, mental y social (relación entre sí), bienestar
- I.7 Era pre microbiano, Era microbiana, Era pos microbiana: Concepto y generalidades
- I.8 Las ciencias auxiliares de la salud
- I.9 Las otras medicinas: científica, occidental, herbolaria, Homeopatía, acupuntura
- I.10 Concepto ecológico

### **UNIDAD II: MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO**

- 2.1 Sistema de atención / Niveles de atención
- 2.2 Mediciones: indicadores
- 2.3 Enfermedades transmisibles y no transmisibles
- 2.4 Brote
- 25. Endemia
- 2.6 Epidemia

2.7 pandemia

2.8 Epidemias modernas

2.9 Historia Natural de la enfermedad (periodos).

### **UNIDAD III: RESPUESTA SOCIAL A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD**

3.1 Conceptos básicos

3.2 La atención médica

3.3 Determinantes sociales

3.4 Salud y derechos humanos.

3.5 Escuela

3.6 Familia

### **UNIDAD IV: SANEAMIENTO AMBIENTAL**

4.1 Repercusión de los factores ambientales y sociales en la salud mental.

4.2 La medicina social y el trabajo social.

4.3 Factores de riesgo para la salud

4.4 Factores del ambiente de trabajo

4.5 Ley federal del trabajo

4.6 Medicina preventiva: Promoción, Protección y prevención

4.7 Participación en salud.



---

## INTRODUCCIÓN

---

En la historia de la salud pública, los conceptos revolucionarios de Fracastoro, el reconocimiento de la epidemiología de John Snow con la transmisión por agua del cólera, los conceptos de transmisión por contacto de la fiebre puerperal de Stewart Gordon, Oliver Wendell Holmes e Ignaz Semmelweis o la prevención de enfermedades infecciosas mediante vacunación de Edward Jenner y Louis Pasteur, están considerados dentro de los avances fundamentales de la medicina y son, en buena proporción, conocidos por especialistas y gente relacionada con el campo de la salud.

Un personaje de relevancia cuyo nombre no es relacionado claramente con su campo de acción o contribución específica es Johann Peter Frank, a quien se considera el padre de la salud pública y figura médica de primer orden en el desarrollo y establecimiento de la medicina social.

La salud es un asunto que atañe a todos, que depende del desarrollo social y económico de las naciones pero que es, por encima de todo, un derecho humano fundamental.

No obstante, la protección integral de la vida, la eliminación de la mortalidad evitable, la erradicación absoluta del hambre y la mejora permanente de las condiciones de salud son metas solo alcanzables si se acompañan de la desaparición de la desigualdad económica y la falta de justicia.

## UNIDAD I

### SALUD - ENFERMEDAD

#### I.1 HISTORIA DE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD. SALUD INDIVIDUAL Y COMUNITARIA

Durante la época del hombre primitivo, mucho antes de la era cristiana cuando la forma de pensamiento predominante era mágica, esta forma condicionó la conceptualización del binomio salud-enfermedad como resultado del ingreso en el cuerpo de ciertos espíritus o duendecillos malignos que producían la enfermedad.

Esta interpretación determinó los responsables del restablecimiento de la salud; esta función se les atribuyó a los curanderos o chamanes, estando el arsenal terapéutico constituido por los conjuros, las tomas y básicamente la terapia a base del aislamiento del enfermo, pues perdía su valor social al no poder producir para el soporte del grupo. Esta función social de terapeuta era transmitida de generación en generación, a individuos de la misma familia o clan, quienes eran considerados como especiales o iluminados.

Con el desarrollo de la forma de pensamiento religioso, aquí las causas de la enfermedad eran atribuidas al comportamiento humano; de modo que la aparición de la enfermedad era debido al mal comportamiento; en este sentido, la ira divina era la que, a manera de castigo, infundía la enfermedad en aquellos individuos que se apartaban del comportamiento socialmente aceptable. Esta nueva conceptualización del fenómeno enfermedad, modificó a los actores encargados de la terapéutica, por lo que trasladaron esta responsabilidad a los sacerdotes, quienes mediante exorcismos y otras ayudas espirituales, como los ritos, lograban apaciguar la ira divina y restablecer un comportamiento social aceptable, lo que traía como consecuencia la recuperación de la salud.

Con el advenimiento del Renacimiento entre los siglos XV y XVI de nuestra era, se dio una serie de descubrimientos en todos los órdenes del saber humano, pero

particularmente en la física mecánica y la química, lo cual influyó definitivamente en la concepción del proceso salud-enfermedad, expresándolo como un proceso mecánico y la enfermedad como un trastorno del mismo. (Patología Iatromecánica), basado en la teoría mecanicista propuesta por Descartes y sus seguidores. Por esta época, apareció el Vitalismo o Animismo, tesis propuesta por Paracelso, según la cual el Hombre, no era una máquina, sino un ser viviente, la enfermedad era consecuencia de la alteración morbosa o anormal de dichas fuerzas vitales.

El siglo XVII se caracterizó por un fuerte desarrollo en las Ciencias Exactas, particularmente, en las matemáticas. Durante esta época, los juegos de azar eran muy populares, de ahí que interesara conocer "la probabilidad" de ganar en las apuestas. Esta forma de actuar hizo que, a pedido de algunos señores feudales, matemáticos como Gauss, Leibniz, Poisson y otros trataran en el diseño de modelos matemáticos que permitieran conocer la probabilidad a priori de ocurrencia de un determinado evento

Esto permitió la conceptualización del proceso salud-enfermedad como un evento susceptible de ser medido matemáticamente; nacería así el concepto probabilidad de ocurrencia de una enfermedad. De esta época, son las primeras aplicaciones de las estadísticas a las enfermedades como fenómenos de masas, Y un sastre inglés, John Graunt, construyó las primeras tablas de vida, calculó tasas de natalidad, tasa de nupcialidad, las cuales correlacionó con épocas de prosperidad económica. Por ello ha sido considerado como el precursor de la Bioestadística.

En el siglo XVIII, como consecuencia de las nuevas formas de producción, Bernardo Ramazzini empezó a preocuparse por un grupo emergente de nuevas enfermedades consecuencia de las condiciones de trabajo de los obreros, lo que originó el estudio de las enfermedades ocupacionales.

En el siglo XIX, floreció otra forma de pensamiento filosófico, principalmente en Alemania conducida por Feuerbach, Hegel, Marx, Engels, Vogts y Buchner, quienes plantearon el Materialismo Histórico para el análisis de la sociedad y cómo los medios de producción y su tenencia determinaban todas las órdenes de la vida y, en consecuencia, la concepción del proceso salud-enfermedad.

A mediados de este siglo, Rudolf Virchow, después de estudiar la epidemia de fiebre recurrente que devastaba los distritos industriales de Silesia, llegó a la conclusión de que las causas de la epidemia eran tanto sociales y económicas, como físicas.

El tratamiento que propuso, por tanto, era la prosperidad económica, la educación y la libertad. Fue durante la época que Virchow manifestó que la Medicina es una ciencia social y la Política es Medicina en gran escala, lo cual obviamente, estaba influenciado por la forma de pensar de la época.

Durante el último cuarto del siglo XIX, se suceden, gracias al desarrollo de la Microbiología, una serie de descubrimientos sobre agentes microscópicos a los que se les atribuye toda la responsabilidad como causa de las enfermedades. Esta nueva forma de pensar, sustentada en la Filosofía Positivista, hace caer en el olvido todo ese cúmulo de conocimientos que había venido desarrollándose para explicar, integralmente, el proceso de producción de bienestar o malestar en una población. Cuando Louis Pasteur, en 1878, publica la Teoría de los Gérmenes y sus aplicaciones en Medicina y Cirugía, la teoría microbiana apoyada en los trabajos de Robert Koch, el mismo Pasteur y otros más condicionaría una nueva forma de concebir el proceso salud-enfermedad.

De conforme con la Organización Mundial de La salud (OMS), La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; La salud comunitaria es un campo de estudio importante dentro de las ciencias médicas y clínicas que se enfoca en el mantenimiento, protección y mejora del estado de salud de grupos de población y comunidades.

### **Evolución de concepciones y prácticas en salud**

La medicina occidental es solo uno de los cuerpos teórico – prácticos relativos a la salud – enfermedad y de hecho, es de los de más reciente desarrollo.

- Edad Antigua, que se extiende desde la aparición de la escritura (aproximadamente en el año 4000 antes de Cristo) hasta el siglo V.

- Edad Media, que tiene su desarrollo entre el siglo V y el XV: comienza con la desintegración del Imperio Romano

De Occidente en el siglo V, y finaliza con la toma de la ciudad de Constantinopla en el año 1453.

- Edad Moderna: transcurre entre el siglo XV y el siglo XVIII, desde la toma de Constantinopla en el siglo XV, hasta la Revolución Francesa del año 1789.
- Edad Contemporánea, que comienza con la revolución francesa en el siglo XVIII y se extiende hasta nuestros días.
- Edad Antigua: en esta etapa se destacan en el mundo Occidental, los desarrollos de las medicinas griega y romana. Sus desarrollos se nutrieron de antiguos conocimientos preexistentes, como los de las medicinas persas y chinas.

Conformaron un cuerpo cognitivo teórico y práctico que atravesó toda la Edad Media (desde el año 476 d.C., al 1453). Este cuerpo teórico – práctico se entroncó con elementos que provenían de las medicinas islámica y talmúdica que se difundieron en el continente europeo a través de la dominación árabe de los territorios próximos al mediterráneo.

Pese a ello, en esta etapa las explicaciones de griegos y romanos relativas a los procesos de la salud – enfermedad eran de carácter mágico – religioso. En relación al tema, se destacan tres deidades: Asclepios, Higia y Panacea.

En la Grecia antigua, los encargados de atender las cuestiones relativas a la salud eran los ASKLEPIAD, sujetos a la adoración religiosa de la deidad de Asclepios (Esculapio para los romanos) Esculapio (Asclepios para los griegos), dios griego de la medicina, responsable del restablecimiento de la salud, según los diferentes mitos es padre, hijo o amante de Higia, diosa de la salud. Para los seguidores de Esculapio, la vida humana sufría de imperfecciones, enfermedades, y el papel de los hombres era reestablecer la salud.

Para los seguidores de Higia en cambio, la salud era el estado natural de las cosas, consecuencia del gobierno juicioso de la propia vida. Higea representa la unión de la salud,

del estar bien, de la cotidianeidad plena, con la higiene, las prácticas, los valores y conocimientos que contribuyen a estar bien.

Panacea en tanto, ubicada como hermana de Higía, es la diosa que complementa a esta última: es la diosa del tratamiento, de la curación por yerbas medicinales. Hacia el Siglo V, con Hipócrates comienzan a tener lugar los primeros estudios por comprender las causas naturales de la enfermedad y la incidencia del medio sobre la salud. Se desarrolla aquí también, la “teoría de los humores”.

Hipócrates consideró que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo, como resultado de cambios en su sustrato material, y no una expresión de la voluntad o de un espíritu maligno.

Estableció que cada enfermedad tiene su causa natural, y que sin esa causa natural nada puede tener lugar. Creó la doctrina de la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad, y reconocía, además, la importancia de diversas características personales. Platón en cambio consideraba que la salud y la enfermedad se encontraban determinadas por un principio no material, el alma divina o “pneuma”, y que los procesos patológicos se producen por las modificaciones de la misma en los organismos y su influencia sobre los órganos.

La causa de la enfermedad consiste en un castigo enviado por el cielo, y por consiguiente no tienen ningún efecto sobre ella los medicamentos, sino sólo los ritos, los himnos y la música.

También en la Edad Antigua, pero en Oriente, se destacan desarrollos a considerar: en la India, en los siglos III y IV a.C., desde la medicina ayurvédica se señalaban como causales de enfermedades, ya no solo al enfado de los dioses, sino también a los cambios en el clima, cuestiones relativas a la dieta y a las reglas de higiene y factores materiales relacionados con el ambiente del hombre y su modo de vida. Como puede observarse, todos estos elementos mantienen su vigencia hasta la actualidad.

Edad Media, en esta etapa la influencia de la religión traerá como consecuencia que los conocimientos desarrollados en la Edad Antigua, en Occidente, sean considerablemente

desplazados por explicaciones sobrenaturales de la enfermedad, El saber de la época se encontraba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza escolástica, lo que hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de las enfermedades como asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios.

En tanto en el mundo árabe, que conoció en esos tiempos una gran efervescencia económica y cultural, se practicaba liberalmente la disección de cadáveres, la observación y los experimentos. Los árabes sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad, señalando que de acuerdo con el equilibrio o el desequilibrio de seis principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad.

Los principios señalados por los árabes eran: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales. Avicena, una de las figuras de la medicina en el mundo árabe, llegó a plantear (téngase presente que aún no se habían desarrollado instrumentos ópticos como el microscopio) que en el agua y en la atmósfera existían organismos minúsculos que producían enfermedades y que éstas debían explicarse según la estructura y conformación de cada individuo, su fuerza y sus facultades, los factores del medio ambiente y el esfuerzo de la naturaleza por restaurar y conservar sus funciones vitales.

Edad Moderna Tras la caída de Constantinopla, se producen importantes transformaciones culturales y económicas en Europa. Como consecuencia de dichos cambios, que incluyen el declive de la Inquisición, comienzan a abandonarse las explicaciones religiosas en relación a los procesos del enfermar, y las mismas empiezan a buscarse en el campo de la realidad concreta.

La llegada de la modernidad implicó un importante proceso cultural y científico que conocemos como “Renacimiento”, y permitió una revalorización de antiguos conocimientos de la Humanidad, entre ellos, las enseñanzas legadas por Hipócrates y Avicena. Instrumentos ópticos como el microscopio favorecieron la observación de los microorganismos y el surgimiento de la microbiología.

Los hallazgos basados en la microbiología contribuyeron a la afirmación de una interpretación materialista, pero unicausal, de la enfermedad, y también a robustecer un pensamiento biologista que en la actualidad conserva peso.

En este sentido, el modo de aproximarse a tema de la salud tuvo un importante cambio cualitativo: los desarrollos se orientaron solo hacia la enfermedad, y las concepciones higienistas grecorromanas y sus esfuerzos hacia el establecimiento de una especie de sistema de protección de salud, fueron rechazadas.

En este lapso, que se extiende desde el último cuarto del siglo XV hasta la finalización del siglo XVII, se consolida el pensamiento médico científico, organizándose alrededor de la enfermedad y la clínica.

Desde el punto de vista institucional, surge el hospital. En tal sentido y si bien el hospital existía en Europa desde la Edad Media, ese hospital (el de la Edad Media), no era, por ningún concepto, un medio de cura ni había sido concebido para curar. Con anterioridad al siglo XVIII, el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión: el pobre como tal necesitaba asistencia, y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de ellas: era peligroso.

El personaje ideal del hospital no era la del enfermo que hay que curar, sino la del pobre que ya estaba moribundo: se trata de una persona a la que hay que dar los últimos auxilios, y los últimos sacramentos: esa era la función esencial del hospital.

Por su parte el personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo, sino a conseguir su propia salvación: era un personal caritativo, religioso o laico, que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que la garantizaran la salvación eterna: por consiguiente, el hospital servía para salvar el alma del pobre al momento de la muerte, y también la del personal que lo atendía.

Éstas eran entonces las características del hospital hasta principios del siglo XVIII: en el hospital general, se yuxtaponen y mezclan enfermos, locos, prostitutas, y es una especie



de instrumento mixto de exclusión, asistencia y transformación espiritual, en el que está ausente la función médica.

Los desarrollos instrumentales y teóricos del Renacimiento, si bien constituyeron un aporte significativo al conocimiento de las causas materiales de la enfermedad, contribuyeron a la progresiva desconsideración del polo positivo del proceso salud – enfermedad.

En cuanto a la práctica médica, ninguno de los elementos que la integraban la predestinaba a ser una medicina hospitalaria.

El factor principal de la transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino simplemente la anulación de los efectos negativos del hospital: no se trató primero de medicalizar el hospital, sino de purificarlo de los efectos nocivos, del desorden que ocasionaba.

En este caso, se entiende por desorden las enfermedades que esa institución podía suscitar en las personas internadas y propagar en la ciudad en que estaba situado, así como el desorden económico y social del que era foco perpetuo. El punto de partida de la reforma hospitalaria no fue el hospital civil, sino el hospital marítimo, lo cual obedeció a que éste último era un lugar de desorden económico: a través de él se traficaban mercancías, objetos preciosos, materias raras, especies, que provenían de las colonias: el traficante fingía estar enfermo, y al desembarcar lo llevaban al hospital donde escondía los objetos y eludía así el control económico de la aduana.

Así, varios hospitales de Inglaterra y Francia eran lugares contra el que protestaban las autoridades fiscales.

De esta manera, el primer reglamento que aparece en el hospital refiere a la inspección de cofres de marineros, médicos y boticarios que se encontraban en los hospitales: este primer reglamento, es de indagación económica. Si los hospitales se convirtieron en modelo, es porque en esa época con el mercantilismo las reglamentaciones económicas se hicieron más estrictas, y también porque el precio del hombre aumentaba cada vez

más: en esa época, la formación del hombre, su capacidad y sus aptitudes empiezan a tener un precio para la sociedad.

**Edad Contemporánea** Entre los años 1600 y 1700 comienzan a desarrollarse en algunos países de Europa (Italia, Alemania y Austria), una concepción de las prácticas en salud que ubican al ser humano en su contexto social y que responsabilizan al estado por la salud de la población, dando origen a lo que se dio en llamar “sistema de policía médica”. Ramazzini, médico italiano, comienza a estudiar las relaciones entre la enfermedad y las condiciones de trabajo.

Así también se realizan estudios referidos a las relaciones entre la condición socio – económica de la población, y la salud.

Estos desarrollos científicos – técnicos se verán consolidados e incrementados por otros médicos en el siglo XIX.

En tal sentido comienza a hablarse de “medicina social”, como una nueva forma de concebir y actuar frente a los problemas de salud. Hacia el año 1830 se asiste al surgimiento en los países del norte de Europa, particularmente en Inglaterra, de la Salud Pública: tras la migración masiva del campo a la ciudad, producto de la revolución industrial, la clase trabajadora se encontraba viviendo en la extrema pobreza y en condiciones de hacinamiento.

Bajo dichas condiciones, las enfermedades del hacinamiento como la tuberculosis, neumonía, sarampión, viruela y cólera, se multiplicaban rápidamente. Las reivindicaciones de los trabajadores por un lado y/o la necesidad de preservar la mano de obra por otro, da lugar al comienzo gradual de un movimiento de Salud Pública que estará orientado básicamente a la mejora de las condiciones de vivienda e higiene, y al aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros.

Hacia mediados del siglo XIX, surge la epidemiología como método científico de análisis de las epidemias, y a finales del mismo siglo termina de consolidarse el movimiento de Salud Pública iniciado en Inglaterra. En el año 1851 tiene lugar la primera Conferencia Sanitaria Internacional, primer antecedente de la OMS.

En el siglo XIX hubo otras expresiones provenientes no sólo de médicos, sino también de economistas, filósofos y políticos, que llamaron la atención en el sentido de que la presentación de las enfermedades podía tener relación con las condiciones materiales de vida o trabajo y por ende, con el contexto socio – político.

Sin embargo, al finalizar el siglo XIX estos conceptos resultaban ya opacados por el auge de la unicausalidad y el biologicismo.

En el siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad, y fueron expuestos una variedad de procesos íntimos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano o enfermo. Fueron encontrados también nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos.

Más adelante se produjeron notables aplicaciones de la genética a la interpretación y tratamiento de enfermedades e incluso para hacer manipulaciones genéticas que arrojan resultados sorprendentes.

Paralelamente existe una tendencia más racionalista que progresivamente se va imponiendo, que apunta hacia una comprensión multicausal de la salud – enfermedad: no se trata de causas que simplemente se adicionan, sino de causas que interactúan siguiendo un patrón de potencialización recíproca en el que no puede obviarse la variable temporal.

Estos puntos de vista han dado paso a una concepción mucho más amplia, que se orienta hacia una perspectiva ecológica.

Puede observarse entonces como a partir de los siglos XV al XVII, comienzan a desarrollarse dos concepciones teórico – prácticas en relación al proceso salud enfermedad, que seguirán caminos paralelos y que llegarán a hasta nuestros días:

1) Desde fines del siglo XV a la fecha, se desarrollan las ciencias de la salud centradas restrictivamente en la clínica. Se tiene por objeto de estudio y trabajo a la enfermedad y al individuo descontextuado de su medio social. Este individuo clínico se agota en su realidad biológica, psicológica, o psicobiológica.

2) A partir del siglo XVII surgen otras formas de comprender el proceso de Salud – Enfermedad, que se materializan en los desarrollos de la policía médica, el movimiento de salud pública, la medicina social y la epidemiología, los cuales convergen para dar origen, en los comienzos del siglo XX, a la moderna Salud Pública.

Este campo disciplinario es rápidamente enriquecido por la incorporación de las disciplinas emergentes en el proceso evolutivo de las ciencias sociales y la ecología humana.

## **I.2 MEDICINA SOCIAL.**

La medicina social es la rama de la ciencia médica que se ocupa de la salud de la colectividad, de las relaciones entre la salud y el modo de vida, de las medidas sociales en pro de la salud y del efecto de todo esto en el individuo y la familia.

Es necesario quitar la aureola de novedad a la medicina social. Ciertamente la sociología aproximadamente 100 años y la medicina social, desde fines de la Segunda Guerra Mundial son recientes como disciplinas estructuradas de análisis sistemático, pero un estudio histórico nos lleva a la convicción de que siempre ha existido una perspectiva social del fenómeno de la enfermedad.

Entre otros motivos para estudiar la historia, Sigerist menciona que cada situación encontrada es siempre el resultado de desarrollos y tendencias históricas definidas.

La práctica ha demostrado que lo más provechoso para entender una situación es aplicar un abordaje histórico de los problemas; así en el caso de la salud el estudio de la historia hace posible que actuemos con mayor inteligencia. La historia de los conceptos y las prácticas de salud nos permite identificar tendencias que surgen, crecen, desaparecen y luego resurgen de modo diferente.

Conlleva en Aventurarse en la tarea de reconstituir el itinerario creación y desarrollo, de la expresión medicina social es un tema fascinante.

Se originó en Francia en 1848, apareció publicada en la “Gazzette Médicale” de París; las razones de su conformación están en la historia, tiempos de pobreza y aspiraciones sociales en ese país y fue acuñada por el Dr. Jules R. Guérin (1801-1866).

Con ello manifestaba que era el eje de la medicina en Francia, la caracterizaba como la relación de la medicina con la sociedad; A partir de su creación la expresión se utilizó muy poco, no es sino hasta un siglo después cuando surgió, sin que esto quiera decir que no hubiera importantes trabajos y estudios que entrelazaran las enfermedades con las situaciones y las desigualdades sociales.

Resurgió en los treinta del siglo XX En Francia y Bélgica en la década de los años treinta del siglo XX empezó a precisarse el concepto de medicina social.

Uno de sus promotores fue René Sand (1877-1953), egresado de la Universidad Libre de Bruselas, había conocido de cerca los problemas médico-sociales de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y de la Segunda Guerra Mundial (1939- 1945), en su obra “Vers la Medicine Sociale” la definió de la siguiente manera:

“La medicina social es el arte de prevenir y curar, considerando sus bases científicas, así como sus aplicaciones individuales y colectivas, desde el punto de vista de las relaciones recíprocas que vinculan la salud de los hombres a dichas condiciones”.

R. Sand influyó profundamente en el desarrollo de la medicina social en todo el mundo, señalaba la necesidad de profundizar en el conocimiento de los lazos de la medicina con las disciplinas sociales. Al paralelo de las ideas de R. Sand,

Otro entusiasta promotor y sistematizado de la estructura y contenido de la medicina social fue el germano Alfred Grotjahn (1869-1931), que prefería hablar de patología social, en su obra “Soziale Pathologie” y manifestaba que los pobres tenían enfermedades que diferían de los problemas de salud de los ricos.

En la década de los cuarenta del siglo XX en la Universidad de Oxford el profesor titular del “sillón” de medicina social era Sir John Alfred Ryle (1889-1950), promovía el estudio de la interdependencia de los fenómenos sociales con los procesos médicos, realizó una investigación médico-social de trascendencia científica, se basó en encuestas, se tituló

“Socio-Medical Surveys”, fue publicado en la revista “Lancet” en el año de 1946; con sus trabajos apoyaba a la creación del “Estado Benefactor”, favorecido por William Henry Beveridge (1879- 1963) y John Maynard Keynes (1883-1946), que deseaban la participación de los gobiernos en el financiamiento de los servicios básicos para el desarrollo del hombre, señalaban las interrelaciones de economía, educación, seguridad social, salud y trabajo.

En México en 1940, la medicina social como cuerpo doctrinario también se manifestó entre las décadas tercera y cuarta del siglo pasado, un precursor, tanto a través de sus ideas como de sus actos, fue el Dr. José Siurob, médico universitario, general de división y político, en 1940 era Jefe del Departamento de Salubridad Pública, escribió un libro titulado: “La medicina social en México”, expresaba que la misma era una mezcla de servicios de medicina curativa, medicina preventiva y labores sociales prestadas a las comunidades, en particular las rurales.

La dependencia gubernamental que se ocupaba de dichas labores era la oficina de Higiene Rural y Medicina Social. Eran tiempos del sexenio presidencial (1934-1940) de Lázaro Cárdenas, en que se incubaba una especie de “Estado Benefactor”, que daría lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y al Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el año de 1941 el Dr. Carlos Jiménez publicó en la “Gaceta Médica de México” un artículo titulado: “A propósito de Medicina Social”, en que decía: “Para poder comprender el alcance que tiene el concepto de medicina social, es preciso hacer consideraciones sobre la estructura de la sociedad en su integración y funcionamiento, pocos años antes se había iniciado la enseñanza de la medicina social.

### **I.3 SALUD-ENFERMEDAD**

Para nuestro propósito, es necesario inicialmente precisar ciertos aspectos de la teoría funcionalista, base de las concepciones dominantes en sociología. Para el funcionalismo la sociedad es un sistema que tiende al auto preservación, lo que lleva a cabo a través del

adecuado funcionamiento de sus componentes (clases sociales, instituciones, diversos grupos y demás factores sociales).

Existe toda una serie de tareas y de "roles" o papeles a desempeñar, en interacción continua, que los individuos asumen y en tanto se ajusten a dichos perfiles de actividad no aparecerá el conflicto o disfunción.

El proyecto social para el funcionalismo es evitar o resolver la disfunción que traduce un problema generado por el conflicto entre intereses, expectativas, etc. En la concepción funcionalista no existe propiamente un devenir histórico que se manifieste en las transformaciones que sufren las sociedades sino una situación dada a la que hay que adaptarse; toda manifestación que rompa la armonía es disfuncional y deben investigarse las condiciones de tal disfunción para corregirlas y así preservar la coherencia y la estabilidad, ya sea de un sistema social, una institución, un grupo, etc. El conflicto es una manifestación de disfunción social que hay que evitar, suprimir, o solucionar.

A primera vista no parece difícil definir salud y enfermedad, son términos que usamos cotidianamente por lo que tienen un fuerte contenido de sentido común. En este aspecto relacionamos a la salud con una apreciación subjetiva de bienestar, ajustado a lo que consideramos actividades normales del individuo.

Por otra parte, asociamos la enfermedad con una sensación de malestar, en condiciones que nuestra experiencia habitual indica que no debería presentarse (las formas concretas de origen del malestar se asocian, en la gran mayoría de los casos, con dolor, angustia o incapacidad funcional; éstos son, por lo demás, los grandes motivos de consulta de los individuos cuando buscan atención médica). Sin embargo, aun con un análisis superficial encontramos problemas en las asociaciones salud-bienestar y enfermedad- malestar.

En primer lugar, la temporalidad del fenómeno: una persona puede sentirse indispuesta durante poco tiempo y no llamarle a eso enfermedad. Después, la magnitud de la sensación de malestar: la mayoría de nosotros no se atrevería a llamar enfermedad a una sensación de cansancio al final del día (aunque curiosamente lo opuesto sí es cierto: al final del día de trabajo llenos de energía, posiblemente digamos que estamos muy saludables), haríamos distinciones entre los problemas de la esfera

psíquica, donde tenderíamos a subvalorarlos y los que afectan nuestro cuerpo, a los cuales prestaríamos mayor atención, más aún, los diferenciaríamos según afectaran nuestras ocupaciones habituales.

Podemos concluir entonces, que lo subjetivo y lo irreproducible de una definición de sentido común es inaceptable para realizar un estudio científico del fenómeno salud-enfermedad.

Para analizar el concepto de salud, será necesario de inicio, confrontarlo con la teoría biológica vigente. Para tal propósito, el punto de partida será el concepto de enfermedad o de entrada puede afirmarse que la enfermedad no tiene un sólido asidero en la teoría de la evolución.

Veamos el análisis de la teoría evolutiva permite inferir, ya que esto no ha cambiado sustancialmente hasta nuestros días, que la vida es función de la especie, es decir, la cualidad de la vida se cumple y se ha cumplido desde su surgimiento, a través del conglomerado de vivientes que comparten una multitud de características y que denominamos especie.

Ahora bien, dentro de una especie y como condición de su persistencia, está el recambio vital, consistente en el nacimiento de unos y la muerte de otros.

La salud está determinada por la situación histórica de una sociedad; sin embargo, ya que se trata de una apropiación colectiva, el acceso a la salud empieza por la movilización de la colectividad en todos los órdenes (no hay movilizaciones parciales que persistan). Cualquier contenido que le asignemos a la salud será el ejercicio académico de una minoría ilustrada si no se ha iniciado la gestión colectiva de lavada social.

El advenimiento del siglo XXI plantea a la medicina social importantes interrogantes, problemas y misiones. Mientras que en los Estados Unidos en las décadas del 70 y el 80 es incuestionable la mejoría de la salud colectiva reflejada en los diferentes indicadores socio-sanitarios, investigaciones comparativas ponen de manifiesto la paradoja de que ha empeorado la percepción de la salud individual: del 61 % de los encuestados que en los años 70 estaban satisfechos con su estado de salud, en los años 80 había disminuido al 55



%. A la vez se constataba en las investigaciones comparativas, mayor cantidad de episodios (2 veces más) de enfermedad incapacitante por año por habitante, entre los años 50 y 80. Esta paradoja de la salud ha sido atribuida a 4 factores.

Los adelantos médico-sociales han contribuido a aumentar la prevalencia de los trastornos crónico-degenerativos, o sea, el factor epidemiológico. Se ha desarrollado más conciencia médica en la sociedad, lo que, junto a la preocupación y la ocupación de los individuos por la dieta, los ejercicios y la lucha contra los hábitos nocivos como el fumar, ha incrementado en flecha la preocupación de cada uno por el estado de su cuerpo, o sea, el factor psicológico.

Se ha producido una inusitada comercialización de la salud que ha generado la falsa esperanza que la atención médica todo puede resolverlo, o sea, el factor económico comercial.

Y por último, se ha extendido la medicalización de la sociedad contemporánea, lo que se refleja, por ejemplo, en los indicadores muy incrementados de consultas por habitantes en todas las regiones y países: el factor asistencial.

Por otra parte, ha variado considerablemente la dependencia entre inversiones de recursos para la salud pública y mejoramiento de los indicadores de la salud social. Se ha enlentecido considerablemente el mejoramiento de índices como la esperanza de vida, si por ejemplo, la esperanza de vida al nacer para los hombres en Suecia en 1950 era ya de 70,4 años, en los 80 sólo había aumentado a 72,8 años.

La esencia de este problema está dada en que la salud pública tradicional se sintió cada vez más inmersa en la atención de las consecuencias del problema sanitario: los enfermos; y cuando más, en la relación de causas y consecuencias, desestimando la atención del "mal en sus raíces", al decir de José Martí.

Las investigaciones modernas han evidenciado que el 50 % del mejoramiento de la salud poblacional depende del estilo de vida de las gentes, el 20 % de la genética de las poblaciones, el otro 20 % del estado del medio ambiente y sólo el 10 % de la salud pública tradicional (atención médica). Ello obliga a una reestructuración profunda de la estrategia

de salud pública, en el paso decidido a la orientación socio profiláctica, a la intensificación del proceso médico sanitario, al paso de la medicina de profundas retaguardias a la línea del frente (atención primaria de salud) y la humanización de la medicina. Tales orientaciones no tienen otras alternativas de éxito.

#### **I.4 LA SALUD COMO AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD**

Una solución adoptada hace algunas décadas simplificaba el problema de definición al proponer que salud fuera la ausencia de enfermedad.

Sólo restaba definir enfermedad, lo cual parecía más simple que definir salud como punto de partida.

Fundamentalmente, la enfermedad podría definirse si se cumplían los siguientes criterios.

- **La existencia de un fenómeno patológico**

Llamamos así a las alteraciones de la estructura o función del cuerpo, o de algunos de sus órganos o tejidos. Ya a mediados del siglo pasado, principalmente gracias a los trabajos de Rudolf Virchow, médico, antropólogo y político alemán, estaba claro que toda enfermedad implica un proceso patológico y que en sus inicios esta alteración era demostrable visualmente, ya de forma directa o con un microscopio, porque las lesiones se presentaban frecuentemente a nivel de célula o tejido.

Esta imagen visual se extendió ulteriormente a alteraciones químicas o de la personalidad, mediara o no un componente morfológico.

Por lo demás, lo inverso no es cierto, no todo proceso patológico implica una enfermedad. Por ejemplo, en la actualidad es frecuente encontrar lesiones de arterioesclerosis a edades muy tempranas, en autopsias de jóvenes que han muerto por alguna causa no relacionada, accidente. Sin embargo, la presencia de la lesión no indica que haya enfermedad. Ésta podrá presentarse o no muchos años después del comienzo de la lesión.

Para poder hablar de alteración necesitamos disponer de un criterio de lo que es normal.

A nivel de alteración patológica se entiende por normal lo más frecuente de encontrar en individuos que no tienen enfermedad, o cuya probabilidad de enfermarse corresponde a la norma general de la población. Como se advierte, no es tan fácil definir normalidad.

Actualmente, hay gran discusión en torno de lo normal, lo patológico y su delimitación. Sin embargo, en la práctica la mayoría de las lesiones químicas o morfológicas son identificables con relativa facilidad. Por el contrario, en relación con los procesos patológicos de la personalidad hay importantes diferencias de criterio.

- **Alteración manifiesta de la funcionalidad biológica o social del individuo**

Este criterio aparece como elemento clave en todas las definiciones de enfermedad. Pero al reflexionar acerca de lo que significa "alteración manifiesta", "funcionalidad biológica", o peor "funcionalidad social", nos percatamos de lo difícil que resulta llegar a acuerdos científicos. En primer lugar, ¿manifiesto para quién? Puede ser para el individuo en su conciencia personal, pero también puede ser para el grupo familiar o social del cual forma parte. Y es posible que estas dos apreciaciones no coincidan y tienda a recibir más atención la segunda.

Además, la funcionalidad dependerá de ciertos valores que la sociedad imponga como necesarios, valores variantes que no van a ser iguales en diferentes sociedades ni en distintos momentos históricos. En nuestra sociedad, por ejemplo, la productividad y capacidad de trabajo son fundamentales para definir funcionalidad, pero en la Edad Media era diferente.

Entonces, la heterocromía del iris era considerada una alteración seria, mientras que un eczema de las manos podía estimarse como un signo benigno de origen divino, igualmente, la epilepsia no se concebía como una verdadera enfermedad sino, nuevamente, como una forma de relacionarse del individuo con la divinidad.

En aquel tiempo, algo que hoy es meramente estético era disfuncional y algo que hoy es una disfuncionalidad manifiesta era una cualidad positiva, Lo que queda claro es que

existe una sanción social expresa en este criterio, lo que no niega la existencia de la funcionalidad; solamente se la define en términos específicos en diferentes sociedades.

### **I.5 CAPACIDAD PARA PODER CLASIFICAR LA ENFERMEDAD EN UNA CATEGORÍA NOSOLÓGICA DETERMINADA**

Aquí enfrentamos un criterio no siempre explícito en la definición de enfermedad, pero no por ello menos real. Si pensamos en la conducta actual de un médico ante un paciente, apreciamos que el enfermo generalmente no es considerado como tal, a menos que el médico pueda diagnosticar la enfermedad que padece (en un número insignificante de casos esto puede ser el inicio del descubrimiento de una nueva enfermedad). Diagnosticar la enfermedad significa poder agrupar las manifestaciones subjetivas y objetivas del padecimiento en un lugar específico de un sistema taxonómico. Actualmente, la lista más aceptada es la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la OMS.

Esta publicación es sometida a revisiones periódicas para adecuarla a los avances científicos y a los nuevos criterios sobre las enfermedades. Es evidente que un sistema de este tipo tiene ventajas enormes, especialmente para los estudios sobre causas de muerte que permiten comparar grupos sociales diferentes, a partir de criterios similares.

Sin embargo, la clasificación de las enfermedades enfrenta dos problemas. Primero, para muchas personas que se sienten mal, ya sea física o psíquicamente, no es posible clasificar su padecimiento en una determinada categoría o sea realizar un diagnóstico. Está comprobado que estos pacientes pueden constituir hasta el 80% de aquellos que consultan a un médico.

Por lo general, el médico se limita a actuar sobre los síntomas presentados; considera que estos pacientes son "funcionales" (término que sirve para diferenciarlos de los "realmente" enfermos: aquellos que tienen procesos patológicos con alteraciones morfológicas o químicas), o sea que, si no puede clasificarlo, no está enfermo. Esta

situación se hace especialmente crítica cuando el médico asume que el paciente es un simulador, que busca algún beneficio concreto por considerarse enfermo.

El segundo problema es más complejo y trascendente. Cuando se hace una clasificación está implícita la idea de que existe una “especie”, es decir, la unidad menor básica del sistema. Entonces, en el sistema clasificatorio de enfermedades debemos empezar por definir la “especie”, o sea una entidad nosológica o enfermedad específica. Necesitamos describirla y diferenciarla muy claramente de otras, a comienzos ante el hecho de que muchas enfermedades parecían poseer una etiología muy específica (ciertos microorganismos), este esfuerzo era prometedor. Al tener la causa (etiología) de la enfermedad, y al demostrar que diferentes enfermedades tenían diferentes causas específicas, se había logrado la definición de la unidad básica de la clasificación.

## **1.6 LA SALUD Y SUS TRES ÁREAS DISTINTAS: FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL (RELACIÓN ENTRE SÍ)**

Hablar de salud, por lo general, es interpretarlo en un ámbito enteramente físico. Esto resulta erróneo, ya que existen muchos factores y características que no son precisamente físicos pero que también afectan el bienestar del ser humano.

El equipo de profesionales de las ciencias del deporte debe conocer a fondo esto, y es por eso que se encuentran siempre en constante capacitación y búsqueda de nueva información relevante para sus carreras. Dentro de los diferentes aspectos a tener en cuenta dentro del ámbito de la salud, podríamos decir que se encuentran principalmente tres tipos: salud física, psíquica y social.

Es decir, para estar “completa”, la salud debe estar presente en tres niveles de salud: el nivel biológico o físico; el nivel psicológico o mental y el nivel social o relacional.

### **Conoce el modelo biopsicosocial: los tres niveles de salud**

Aunque esta definición es clara y lleva usándose bastante tiempo -la OMS la publicó en 1948- no ha sido una idea que siempre haya estado vigente. A lo largo de la historia, la concepción de la salud ha ido evolucionando hasta llegar a lo que entendemos hoy día.

De manera muy resumida, podría decirse que hemos pasado por varias fases. Entre algunas de ellas se encuentra el llamado reduccionismo biológico, en el que lo único a tener en cuenta para considerar si una persona estaba sana o no era su estado físico.

Más tarde pasamos al dualismo, en el que cuerpo y mente (o alma) estaban presentes e interactuaban entre sí. Finalmente, llegamos al modelo bio-psico-social que establece la OMS.

Actualmente sabemos que los tres niveles de salud interactúan entre ellos y que esa influencia mutua puede afectar al estado de bienestar de la persona.

### Salud física

Es la primera de los tres niveles de salud que nos viene a la mente cuando pensamos en salud. Examinamos cómo está nuestro cuerpo, si tenemos alguna enfermedad física, si nos duele la espalda o nos hemos resfriado.

La preocupación por el estado de nuestro cuerpo ha estado muy presente a lo largo de la historia. Con el paso de los años hemos visto cómo, cada vez más, el cuidado a nuestro cuerpo ha ido ganando importancia.

El desarrollo de la medicina ha proporcionado avances y descubrimientos que afectan a la forma en la que ahora entendemos los hábitos diarios. Por ejemplo, seguro que si preguntáis a vuestros abuelos o personas mayores, muchos de ellos dirán que empezaron a fumar cuando tenían 7 u 8 años, a modo de juego.

Sin embargo, en la actualidad en España, está prohibido fumar dentro del ambiente laboral e, incluso, en bares y restaurantes. Además, las cajetillas se llenan de imágenes desagradables sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo.

También hay que decir que se ha puesto de moda llevar hábitos de vida saludables, cada día que pasa tenemos una nueva palabra para denominar estas tendencias saludables o “healthy”, los batidos y zumos “detox”, hacer deporte y ser un “runner”, entre otras muchas.

Está genial cuidar de nuestro cuerpo, por eso que dicen que es nuestro templo, pero... ¿qué pasa con el resto de niveles?

## Salud social

A la hora de evaluar nuestra salud también se tiene muy en cuenta la importancia de tener una red social fuerte que sirva de apoyo en la vida diaria. ¿En qué consiste la salud social?

Tener buenos amigos y buenas relaciones familiares está siendo cada vez más importante. Si pensamos en cómo eran las cosas hace unos años quizá se nos vengan a la cabeza esos matrimonios que, una vez que se casaban, dejaban un lado la vida social, los amigos o la comunicación con otros familiares.

Sin embargo, a día de hoy, se promueve el mantenimiento de las amistades, se tenga pareja o no. También si eres madre o padre y quieres quedar con tus amigos: hazlo porque te va sentar muy bien. Es cierto, el apoyo social se considera uno de los factores predictores más potentes cuando se investiga sobre salud y longevidad. Por cierto, las redes sociales han ayudado mucho a esto. ¿Cuántos amigos tienes en Facebook? ¿Y seguidores en Instagram? Parece que tenemos muy en cuenta la cantidad de conocidos que tenemos, parece que está de moda ser popular y contar con una amplia red social. Qué bien que haya dos de los tres niveles de salud que estén tan de moda, aunque parece que hay uno que sigue un poco olvidado...

## Salud mental

A nivel psicológico todos sabemos que tenemos que estar bien, pero, ¿qué significa realmente estar bien a nivel mental? No significa no estar “loco”. Significa sentirse bien

con uno mismo y reconocer los pensamientos y las emociones que no nos hacen bien. Por ejemplo, estar acostumbrados a ceder constantemente a las peticiones de las personas de nuestro alrededor puede hacernos pensar que nuestra opinión no se tiene en cuenta, que no es importante y, por ende, que nosotros tenemos menos valor que el resto. Sentirnos tristes a diario o desmotivados, tampoco parece muy sano, ¿no? Recuerda que las emociones, sean agradables o desagradables, son adaptativas. La tristeza o el miedo nos ayudan en determinados momentos a sobrevivir e, incluso, a vivir mejor. Sin embargo, si estas emociones se mantienen muy presentes en nuestro día a día quizá tengamos que indagar sobre qué es lo que nos las está provocando y cambiarlo.

### ¿Qué ocurre cuando tenemos en cuenta los tres niveles de salud?

Todos los niveles son necesarios para mantener nuestra salud en equilibrio. Es importante cuidar nuestro cuerpo, nuestra red social y nuestro estado psicológico. Si uno de los niveles está débil, acabará afectando a los otros dos y nuestro estado general dejará de ser saludable.

Un ejemplo muy gráfico es el de la conocida pirámide de Maslow. En la base de la pirámide estarían las necesidades fisiológicas, las de nuestro cuerpo (alimentación, respiración, sexo...); seguida de estas, estarían las necesidades de seguridad (vivienda, empleo, protección...); a continuación, encontramos las necesidades de afiliación y después las de reconocimiento (aquí se incluyen relaciones sociales, amistad, afecto y, por otro lado, confianza, respeto...). Por último, una vez cubiertas todas las anteriores, estaría la necesidad de autorrealización (aquí hay cuestiones tan importantes como la aceptación de los hechos y la resolución de problemas).

Aunque Maslow las organiza como una pirámide y, por lo tanto, con un orden que indica que sin que se satisfagan unas no se pueden satisfacer las siguientes, la concepción de la salud en la actualidad es más dinámica.

No se trataría de ir subiendo escalones y completando fases, sino que cada una de estas fases interactúa y modifica a las otras. De esta manera, si estoy completamente sano -a



nivel físico- pero me siento solo y soy incapaz de trabajar en mi autoestima, probablemente esto afecte a mi calidad del sueño, mi vitalidad -o sea que estaría afectando a mi estado físico- pero también a cómo me relaciono con mis amistades, es decir, también afectaría a mi nivel social.

También puede ser que tenga una muy buena capacidad de aceptar las situaciones tal y como se dan, que tenga una gran red de apoyo social y sea muy buena en la resolución de problemas, pero que, a la vez, sufra alguna enfermedad que me produzca dolor crónico. Aunque esta enfermedad seguirá presente, mi estado físico mejorará y la percepción del dolor será menor si a nivel social y psicológico me encuentro bien.

Por eso, aunque nos resulte muy sencillo centrarnos en lo observable, es decir, en cómo está mi cuerpo y si tengo amigos o no, no podemos olvidarnos de lo que sentimos y pensamos y de cómo esto nos afecta.

La salud es un continuo, de hecho imagínatela como una línea recta: en un extremo estaría la enfermedad y en el otro la salud. Puede que no lo tengas todo bajo control y, aun así, te encuentres más cerca del extremo saludable. Puede que estés resfriado o te duela la cabeza, eso no significa que estés sumido en una enfermedad que abarque toda tu vida. Esto significará que, aun estando saludable, habrá en tu vida cuestiones relacionadas con la enfermedad o el malestar, ya que eso forma parte de la vida tal y como la entendemos.

Cuida cada nivel de tu salud a nivel físico, no olvides que comer sano y hacer ejercicio físico es muy importante. Disminuir o eliminar el consumo de sustancias nocivas también tiene grandes beneficios en nuestro estado físico.

Además, cuando empiezas a hacer ejercicio en un gimnasio, por ejemplo, tienes la oportunidad de conocer gente nueva y tu red social se amplía.

Por otro lado, estarás liberando sustancias químicas en tu cerebro que harán que te sientas más animada, más contenta. Como ves, cada pequeña cosa que hagas por cuidar de ti estará beneficiando otros aspectos de tu salud.

Cuida de tus redes sociales. No, no nos referimos a Facebook, nos referimos a tus amistades, pareja o familia. Aprender a relacionarnos de una manera sana y recíproca puede evitarnos muchos baches del camino. No tengas miedo de conocer a gente nueva, sea como sea estarán aportando algo a tu vida.

Cuida de tu bienestar emocional. No des por hecho que sentirse desmotivado es algo normal en estos días. No des por hecho que porque te alimentes bien y tengas amigos “no puedes quejarte”. Si no te encuentras bien a nivel emocional -o no todo lo bien que te gustaría estar- no dudes en pedir ayuda y trabajar también sobre estas cuestiones.

La terapia psicológica, el hablar con alguien sobre lo que te preocupa y pensar en ti también es un entrenamiento a largo plazo, igual que comenzar a hacer un deporte. De primeras quizá cuesta ver los cambios, pero una vez que los has alcanzado, son visibles para todos los que te rodean.

### **La salud es una carrera de fondo**

Después de revisar todos los aspectos que tenemos que cuidar y de los que tenemos que estar alerta, alcanzar un estado de salud completo suena como una tarea casi imposible. Pues bien, no se trata de conseguir tener cada uno de los aspectos presentes en los tres niveles (bio-psico-social) perfectos, eso es algo que está fuera de nuestro alcance.

Se trata de mantener un equilibrio entre varias cuestiones para que, si alguna nos falla, no caigamos en picado.

### **Definición de bienestar**

En la experiencia personal, es posible que se pueda seguir planteando preguntas similares a estas y seguramente ustedes tienen en mente más cantidad de consultas que les pueden surgir, pero es importante considerar que ‘la salud’ no solo se queda en el concepto de la OMS.

¿Cómo se define 'bienestar'? “el conjunto de las cosas necesarias para vivir bien” o también lo define como “vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad”. Con base en esto, no se puede quedar con el hecho que el sujeto no tenga afecciones o enfermedades en los diferentes ámbitos, sino que también se debe ver el entorno en donde se desarrolla la vida de un sujeto.

Por ejemplo, si un sujeto vive en una casa donde se calefacciona con carbón y que libera, producto de la combustión, agentes nocivos al medio ambiente donde el aire inspirado constantemente puede generar reacciones alérgicas o alteraciones celulares en los tejidos que conforman el aparato respiratorio aumentando así la posibilidad de desarrollar una enfermedad respiratoria.

## **1.7 ERA PRE MICROBIANO, ERA MICROBIANA, ERA POS MICROBIANA: CONCEPTO Y GENERALIDADES.**

Algunos textos antiguos nos sorprenden por su pertinencia y actualidad; se han encontrado referencias a conceptos y prácticas de salud que se remontan a cerca de veinte mil años. Desde hace muchos siglos ha quedado consignada por escrito a través de diversas épocas, una clara relación entre las condiciones de vida y el estado de salud del ser humano. En este sentido, la historia de la medicina puede dividirse en tres épocas: la pre microbiana, la microbiana y la pos- microbiana, utilizando como eje lo que se ha atribuido como causa de enfermedad.

La era pre microbiana se caracteriza por la claridad acerca del papel causal del ambiente tanto físico como social en la aparición de la enfermedad, contrastando con la ignorancia biológica y la atribución mágica o religiosa del proceso.

La era microbiana es mucho más cercana: se inicia con Pasteur, Koch y Behring y abarca un periodo de extraordinario avance científico médico que incidió efectivamente en el esclarecimiento de aspectos causales de la enfermedad y cuyos esquemas,

determinados por la estructura socioeconómica, han tenido mayor aplicación en las enfermedades infecciosas agudas.

La era pos microbiana corresponde a un periodo más reciente y consiste en un retorno a la concepción multi causal de la enfermedad. En el seno de las contradicciones de una medicina que no termina de resolver el problema de las enfermedades infecciosas agudas y apenas empieza el abordaje de las crónico degenerativas Y de las mentales, se ha hecho insostenible la concepción meramente biológica.

En términos generales esta división, siempre relativa, también coincide con la evolución social, la era pre microbiana corresponde a la etapa preindustrial o agrícola, y su estadio final al periodo industrial que aporta a la medicina los claros efectos de la mecanización en la salud de la población. La era microbiana corresponde a la etapa industrial posterior, y la pos microbiana, a la etapa pos industrial, que ha sido llamada era de la información y se caracteriza por una tecnología avanzada, capacidad de comunicación sin precedentes y un momento de crisis profunda que anuncia un futuro incierto.

### **Era pre microbiana**

Las referencias antiguas nos presentan un estado de desarrollo que parte de una sociedad agrícola y esclavista que transita hacia una industrial más avanzada y con un esclavismo más refinado. Las prácticas y, conceptos relacionados con la salud han corrido siempre parejos con la evolución misma de la sociedad, al punto que podríamos afirmar, bailan al son de la evolución social.

En una sociedad teocrática o en una sociedad que tiene al aspecto mágico o religioso como punto de apoyo importante para la interpretación de su realidad, las concepciones y prácticas vinculadas con la salud tendrán el cariz correspondiente a ese contexto .

En el Antiguo Testamento, de la Biblia principalmente en el Hexateuco- existen numerosas referencias en las que se valora la relación con el ambiente físico como un factor para controlar las enfermedades, consideradas como espirituales por

naturaleza junto con la claridad acerca de la influencia de los ambientes social y físico en el estado de salud de la población encontramos la ignorancia biológica, que se irá reduciendo al paso del tiempo, del mismo modo que lo hará el elemento mágico.

La civilización griega temprana incorpora el concepto platónico de "mente sana en cuerpo sano" a los factores ambientales, para el mantenimiento de la salud. Entre los efectos de esa concepción se cuentan el infanticidio, las dietas y los acueductos públicos.

Hace 2.500 años Hipócrates planteaba su teoría de los cuatro humores (flema, sangre, bilis negra y bilis amarilla) con un modelo de integración que implicaba para cada uno de ellos un carácter anímico y un elemento físico correspondientes. En este modelo, adoptado posteriormente por Galeno y traído por los españoles a América donde se combina con elementos de las culturas indígenas, percibimos una relación con elementos ambientales. Los cuatro humores (el medio interno, el elemento fisiológico, en términos actuales), encuentran su correlación no sólo con el temperamento del individuo flemático, ardiente, melancólico, colérico, sino con los cuatro elementos básicos de la naturaleza: aire, tierra, agua, fuego o sea el ambiente físico (susceptible a la influencia de factores sociales).

Con Hipócrates descubrimos en la medicina griega la idea del equilibrio, vinculada con lo que se entendía por "buena salud". Pero la idea del equilibrio-salud no es patrimonio de una sola cultura ni aparece en un solo momento histórico: en China el equilibrio será entre el Yin y el Yang; en la India resultarán tres los elementos que han de equilibrarse: espíritu, flema y bilis; entre los nahuas, antes de la llegada de los españoles, en ese equilibrio existen elementos con su referente orgánico en la cabeza, el corazón y el hígado, que eran respectivamente el tonati, el teyoía y el ihíyot

## La evolución del concepto de higiene

La civilización griega aporta dos figuras míticas: Higia y Esculapio. La primera, diosa de la salud, es una figura abstracta. Esculapio, dios de la curación, tiene carácter humano. En las

civilizaciones posteriores la medicina se convirtió en la ciencia de Esculapio; el predominio de éste sobre Higia es actual. Privilegiar la construcción de hospitales y la instauración de medidas curativas personales en lugar de acceso al agua, al saneamiento, al trabajo saludable, es expresión de tal predominio. La diferente suerte corrida por lo que cada uno de ellos representa tiene una posible explicación en la naturaleza misma de ambos estados: la salud y la curación.

El predominio de Esculapio sobre Higia acompaña a la naturaleza misma del hombre. Es ese mismo hombre que llega al consultorio buscando la pastilla mágica que le permita continuar con los mismos hábitos de vida que le provocaron la úlcera en el duodeno. Cuidar la salud no es siempre una empresa apasionante: más bien implica un método, una disciplina. Esculapio promete curar' y nosotros buscamos en los hechos la curación, no la salud.

El concepto de higiene de Galeno, que parte de Hipócrates, es lo que podemos llamar la higiene del sentido común. "No exagere: te vas a enfermar". Sin embargo, el concepto de higiene ha sufrido una evolución. Va a ser desarrollado en su dimensión socioeconómica: el modo de vida que enferma no es casual. En el concepto de higiene encontramos una clara muestra de la dependencia que existe entre la interpretación de la salud, la enfermedad y el estadio evolutivo de la sociedad.

Tal vez el exponente de mayor relevancia para determinar el cambio en el concepto de higiene sea Reich, quien en 1870 elabora el concepto de higiene social dentro de una disciplina de higiene que contempla además otros tres apartados, componentes de un sistema: higiene moral, higiene dietética e higiene política. Según Reich, la higiene social contiene los siguientes puntos: población, matrimonio, trabajo y pobreza (a esta última la divide en fuentes, efectos y modalidades de la pobreza, caridad y acción cooperativa).

## Era microbiana

Pasteur inicia la aceleración del movimiento inaugurado por Van Leeuwenhoei con el descubrimiento del microscopio. Los hallazgos microbianos son tan contundentes que entusiasman, La medicina se vuelca a la microbiología, en un periodo de esplendor que alienta a muchos a pensar en el próximo fin de la enfermedad. Con el enemigo mortal identificado, el siguiente paso consiste en descubrir la bala que lo mate. Nace toda una industria que al paso del tiempo crecerá en proporciones insospechadas; la industria de las balas microbiológicas ha significado un avance incuestionable y hasta inevitable. Una situación de interés se da en México; a raíz de la iniciativa del general Carlos Pacheco, ministro de Fomento, en 1888 se crea el Instituto Médico Nacional. Este instituto se desarrolla durante el Porfiriato atendiendo el fenómeno de la herbolaria Mexicana mientras el vértigo microbiológico avanza en Europa y en Estados Unidos.

La salud pública encuentra su lugar dentro de la concepción microbiana de la enfermedad, se concibe como un apoyo a la lucha centrada en la infección. Las medidas de salud pública estarán así atenuadas dentro de una idea de la higiene que pone el acento en las prácticas cotidianas personales y en las medidas de saneamiento.

### Era posmicrobiana

Poco a poco el discurso oficial ha bajado su tono optimista. Primero era la erradicación de la enfermedad, luego su control, actualmente nos hemos reducido a su vigilancia. ¿Podemos de hecho pretender vencer a la enfermedad?; Es cierto que la viruela fue oficialmente erradicada por la OMS hace pocos años, pero la medicina se muestra hoy incapaz de someter totalmente a la enfermedad infecciosa aguda, ya que los factores socioeconómicos que la posibilitan y estimulan, como son el desempleo y la pobreza, todavía no son erradicados. Este modelo médico microbiológico funciona aún menos en el caso de las enfermedades crónico degenerativas y en el de las mentales.

A pesar de que oficialmente se regresa a la concepción multicausal de la enfermedad difundida por la OMS, el abordaje de la solución aún dista de ser tan accesible como

lo es la definición, ya que un diagnóstico social implica una terapéutica social. Es entonces cuando la medicina y la sociología confluyen, ya que la primera se muestra incapaz de continuar su trabajo sin revisar críticamente sus postulados asociales y la segunda ha evolucionado al paso de la sociedad que estudia.

## **I.8 LAS CIENCIAS AUXILIARES DE LA SALUD.**

Las ciencias de la salud son disciplinas que se ven relacionadas con la protección, el fomento y la restauración de la salud y de sus servicios. Además, se pueden definir como ciencias aplicadas que abordan el uso de conocimientos, de tecnologías, de la ingeniería o de las matemáticas en la prestación de asistencia sanitaria a los seres humanos. Dichas ciencias de la salud no son clasificadas como ciencias naturales ni ciencias sociales (aunque se nutren de ellas además de las matemáticas y la filosofía, y producen su propio "cuerpo de conocimientos", como lo hace la Enfermería), por tanto, su estatuto epistemológico o clasificación como ciencia es la siguiente en sentido estricto: son "Disciplinas Profesionales". La función de las ciencias de la salud es aquello que permita lograr una mejor calidad de vida, más larga, en buenas condiciones, sin incapacidades.

Las ciencias de la salud se organizan en dos vertientes:

- el estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
- la aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer, mejorar la salud y el bienestar, prevenir, tratar y erradicar enfermedades y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad).

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso clínico desconocido o para profundizar el estudio de una forma más especializada.



Las investigaciones de esta ciencia están basadas en las ciencias naturales como la biología, la química y la física, aunque también en ciencias sociales, como la sociología médica, la psicología y otras.

### **COMPONENTES:**

- Protección de la salud. Acciones destinadas a la defensa d la salud q actúan sobre el medio ambiente.
- Promoción de la salud. Acciones encaminadas a mejorar el nivel d salud d los individuos y colectivos, con el fin d q las personas dejen d tener hábitos perjudiciales y desarrollen estilos d vida saludables.
- Prevención de la enfermedad. Acciones q intentan impedir la aparición d enfermedades. Utiliza la inmunización, la educación sanitaria, etc.
- Restauración d la salud. Es realizada x los servicios d salud. Su objetivo es evitar la progresión d la enfermedad e impedir que este acabe en mortalidad o que deje secuelas. Si la enfermedad se controla en la fase temprana, es más probable que cure con mayor rapidez y completamente.

### **PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA SALUD COMUNITARIA:**

- a) Enfermeros y enfermeras especialistas en salud comunitaria.
- b) Auxiliares d enfermería que colaborarán con los anteriores.
- c) Médicos especialistas en Medicina preventiva y la salud pública.
- d) Médicos especialistas en Medicina familiar y comunitaria.

### **LA OMS CLASIFICÓ LOS INDICADORES EN 3 GRUPOS:**

- 1) Para el estudio del estado de salud de la comunidad que, a su vez, pueden ser generales o específicos.
- 2) Para el estudio de las condiciones del medio: abastecimiento de aguas y eliminación de excretas, contaminación atmosférica, alimentación, higiene de la vivienda, etc.
- 3) Para el estudio de los medios sanitarios de los que se dispone: hospitales, centros de atención primaria, personal sanitario, utilización de servicios sanitarios, etc.

El estudio de la evolución del proceso salud enfermedad ha ido incluyendo técnicas y por procesos nuevos, que permiten su mejor comprensión, así pues, que éstos se incluyen en diversas ciencias que permiten un minucioso proceso de observación.

Entre algunas de estas ciencias se encuentran:

1. **Salud Pública:** Es la disciplina encargada de la protección de la salud de la población humana. Tiene como objetivo mejorar la salud, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales. Es uno de los pilares en la formación de todo profesional de la salud.
2. **Estadística:** Esta ciencia como tal, nos permite conocer los datos numéricos sobre diferentes aspectos, desde natalidad, mortalidad, crecimiento de la población, morbilidad, entre otros, y que son indispensables y fundamentales para tener un panorama de la situación de salud, y poder llevar a cabo un análisis adecuado de la misma.
3. **Administración:** Mediante la administración, podemos conocer los recursos con que se cuenta, para poder llevar a cabo todas las acciones y programas de salud, desde los recursos humanos, que se refieren al personal, los recursos financieros,

esto es el presupuesto de que se dispone para cumplir los objetivos y finalmente los recursos materiales.

4. **Pedagogía:** Como su nombre lo indica, esta ciencia está encaminada primordialmente a la enseñanza, esto significa que el médico, tiene que asumir funciones de docente o maestro, principalmente en lo que se refiere a las acciones de educación para la salud, y por tanto deber conocer métodos y técnicas de enseñanza-aprendizaje que le permitirán desarrollar mejor su trabajo.
5. **Demografía:** El crecimiento de la población es un aspecto muy importante que constituye un apoyo para la salud pública, ya que, en base a ese crecimiento, se proyectan las demás acciones. El crecimiento por lo tanto no se refiere únicamente al número de habitantes, sino también a los aspectos de urbanización.

## 1.9 LAS OTRAS MEDICINAS

No es una la forma de entender la salud-enfermedad ni es una la manera de curar. La medicina está integrada a la cultura y cada cultura cuenta con su interpretación de lo que es el fenómeno de la enfermedad: en la diversidad de culturas reside la riqueza doctrinaria y terapéutica actual.

Al ser simultaneas las culturas, las medicinas que corresponden a esas culturas coexisten en nuestra sociedad, se divulgan y se influyen mutuamente. Así el termino medicinas paralelas, si bien es útil por cuanto implica la coexistencia de varias medicinas, no es exacto porque existe una interrelación dinámica entre las culturas.

### Medicina científica

La ciencia tiene su antecedente en la evidencia empírica. El ensayo-error es un método de discernimiento que exige la atención del científico cuyo aporte es la objetividad. La

capacidad de separarse del objeto de estudio para no ser influido por sus propias expectativas o las ajenas.

Teniendo en cuenta lo anterior y ante la coexistencia de corrientes medicas divergentes y efectivas, pretendemos que nuestra interpretación de medicina se acerque lo más posible a la corriente de pensamiento científico. Como la salud pública es un objetivo global, la ofensiva requerida debe ser también global, en el aspecto médico, solo un enfoque integrador - el de aquella medicina que teniendo como eje a la ciencia reúne las posibilidades terapéuticas y las posibilidades interpretativas útiles – puede enfrentar una necesidad colectiva tan amplia, una medicina realmente científica es una medicina integral.

Sin embargo, la formación de una medicina integral absoluta es imposible precisamente porque cada medicina pertenece a una cultura: la historia de las diversas posibilidades terapéuticas es más bien la historia de interpretaciones y culturas diversas. El enfrentamiento entre las interpretaciones ha provocado que todas las corrientes se atrincheren en el dogmatismo, incluyendo desde luego a la medicina occidental, cuyo indiscutible componente científico rivaliza dentro de ella con la "perversión mercantilista" más intensa de todas las medicinas. En México, como prácticamente en todos los países, coexisten corrientes médicas simultaneas a la medicina oficial u occidental.

### **Medicina occidental**

Existe, en primer término, la llamada "medicina oficial", aquella cuya "oficialidad" consiste en contar con la bendición del Estado, que la impulsa y autoriza mediante sus instituciones y decretos, Esta medicina, discípula predilecta del ya mencionado Esculapio, dios de la curación, es también protegida del dios del comercio, Mercharpandom, quien permite la expansión de modelos lucrativos que usufructúan la enfermedad gracias a una industria farmacéutica que resulta simultáneamente productora de algunos medicamentos de comprobada eficacia y puntal de una interpretación distorsionada de la salud y de la enfermedad.

Todo es susceptible de convertirse en mercancía la palabra paciente proviene no de su obligada o ausente paciencia sino de padeciente, de padecer, de padecimiento y nuestro padeciente fue transformado, en un acto chamanico en cliente.

## Herbolaria

La medicina tradicional mexicana es heterogénea: viene del encuentro de las culturas medicas indígenas con la cultura medica europea de la conquista y de la colonia, que incluía a su vez elementos árabes, romanos, griegos, persas... pero esa medicina tradicional resulta un término insuficiente para describir las concepciones y prácticas de las diversas clases, existentes en nuestra población.

Hoy nos encontramos frente a un proceso de disminución en el aislamiento de la etnias, frente a una urbanización creciente, frente a un bien documentado deterioro progresivo en la capacidad adquisitiva de la población, y todo esto nos obliga a revisar las ideas fijas que cambiaron en nuestro país durante décadas, que comprendieron el uso estereotipados de la categoría “medicina tradicional”, suponiendo una suerte de inmovilidad, como si la medicina o las concepciones y prácticas en torno a la salud y la enfermedad fueran ajena a la sociedad y a sus procesos; Medicina, concepciones, recursos practicas todas a históricas, adinámicas, constituyen un ejemplo de la parcelación desintegrada del conocimiento.

## Homeopatía

Al tener al hombre vivo como campo de trabajo, la-doctrina homeopática plantea la necesidad de contar con un concepto claro del hombre para entender el fenómeno del hombre enfermo, y basa su concepto de salud en el equilibrio que guarda esa vida o su fuerza vital en todo individuo; no solo la alteración de la salud la da el principio vital alterado, sino también la modalidad de los síntomas en cada persona. Centrada principalmente en la consideración terapéutica de que principios similares a la enfermedad son los indicados para tratar al enfermo y de que hay enfermos más que enfermedades.

## Acupuntura

La acupuntura forma parte de la cultura medica oriental, integrando la concepción que se tiene de la salud que corresponde al equilibrio entre el yin y el yang, es una técnica de la medicina tradicional al que tiene por fin el restablecimiento del equilibrio energético entre ambos principios.

## 1.10 CONCEPTO ECOLOGICO

El impacto de la destrucción del medio ambiente es un tema que debe interesar a todos, sin excepción. Nadie escapa en relación a la contaminación. Todos contaminamos y proporcionamos, de alguna manera, desechos al planeta. La importancia de educar al respecto es fundamental.

La preservación del medio ambiente es tarea de todos. La salud ecológica, depende de nosotros. Sin embargo, ¿por qué hacer tanto énfasis en este asunto del cuidado del planeta? Pues, la respuesta es muy sencilla. Por ejemplo, pensemos en un futuro sin alimentos naturales. En realidad, no sería posible un mundo como tal.

Las industrias, hoy en día, deben interesarse por proteger la naturaleza. Desde el sector automotriz hasta el alimenticio, deben aportar su grano de arena. ¿Cómo? Llevando a cabo campañas de saneamiento ambiental y fomentando la educación necesaria. Si a cada uno de nosotros le enseñaran el verdadero valor del cuidado, seguramente el mundo sería distinto. Por eso, es importante crear una consciencia colectiva, en la cual se propicie una salud ecológica para todos los seres vivos.

Los recursos naturales de nuestro medio ambiente ¿Son ilimitados?

En la actualidad, la gran mayoría cree que nuestros recursos naturales son perdurables e imperecederos. La verdad, lamentablemente, es que no los son. Los recursos del medio ambiente no son ilimitados. Especies en extinción lo demuestran.

Otro ejemplo, es el petróleo, un recurso significativo para la sustentabilidad de la humanidad, pero que no durará para siempre. Este es la materia prima energética más consumida en la actualidad. Y su producción, desde sus inicios, ha ocasionado un gran

impacto al planeta. Tanto que, el clima y la temperatura de la tierra han cambiado sustancialmente afectando la salud ecológica global.

Las instituciones internacionales y gubernamentales no han podido detener el deterioro del medio ambiente, a pesar de múltiples tratados ecológicos. Es necesaria la proliferación de medidas que fomenten alternativas energéticas que vayan en pro del ambiente.

Afortunadamente, en muchos países esto ya es una realidad. Es por eso que, no sólo debemos esperar a que los grandes entes internacionales hagan algo por la naturaleza. Es importante crear una consciencia propia, preparar al nuevo hombre y mujer del mañana. Evitar que este mundo que se deteriora desaparezca gradualmente. La naturaleza es el reflejo de nuestra salud ecológica. Sin ella, no hay nada.

La agricultura ¿La industria del futuro?

Aunque parezca algo insólito, es muy probable que la industria de la agricultura sea nuestra salvación. Además, es la mejor relación recíproca entre el medio ambiente y el ser humano. Es decir, la agricultura es el medio por el cual el hombre se sustenta. Además, el hombre puede regenerar la naturaleza, a través de esta práctica orgánica.

No se trata sólo de pensar en la explotación de la tierra para nuestro beneficio. Debemos pensar en una forma de hacerlo sin que esto signifique un daño. El uso de materiales orgánicos y no invasivos es la clave. Así mismo, la agricultura pensada de esta manera, sería parte de la salud ecológica del futuro.

En el presente, hay personas que apuestan por la agricultura orgánica como medio de sustento. Estas personas seguramente han recapitado ya que han visto la solución en ella. Es importante, entonces, comprender la gravedad del asunto. La contaminación ambiental es el problema más grave del presente para todos. El hombre, no termina de entender que el medio ambiente está dañándose por su inconsciente mano. En vista de todo el avance tecnológico, no podemos retroceder, pero Sí podemos concientizar.

Debemos usar la tecnología para conservar nuestra salud ecológica. Salud ecológica, medio ambiente... ¡Cambiando el futuro!

Muchos creen que debemos volver la vista hacia el pasado, pero la verdad es que esto es imposible. Vivimos en un mundo voraz e incesante, que no nos permite ver más allá. El producto de la insensibilidad del hombre es la destrucción. Si sólo pensamos en nosotros mismos y olvidamos el medio ambiente, todo será en vano.

Por esta razón es necesaria la educación en torno a este tema. El primer paso es analizar el impacto y la destrucción de la naturaleza y tomar medidas sobre ello. Por consiguiente, el ser humano debe volver a educarse. Es necesario garantizarse una salud ecológica integral a futuro.

¡Es momento de ayudar!

Dado los grandes avances tecnológicos que existen en la actualidad, es posible un cambio. Los efectos negativos sobre la naturaleza pueden revertirse. Hay mucho por hacer, pero podemos llevarlo a cabo. La tecnología nos brinda un infinito abanico de posibilidades para ello.

Reciclar es una de las opciones que tenemos a la mano. No se trata de ver al reciclaje como una obligación, sino como una responsabilidad. Como el compromiso que tenemos todos los seres humanos con nuestro medio ambiente y la salud ecológica. Debemos usar la tecnología y todo lo que esta ofrece para el beneficio del mundo y no para su destrucción.

La reutilización es otra medida que podemos tomar. El darle una segunda oportunidad a las cosas y objetos es un grano de arena más. El producir desechos en menor cantidad, también es una responsabilidad de todos por igual. Pensemos que, practicando la reutilización de las cosas podemos ayudar a conservar el medio ambiente. Reciclar y reutilizar no son difíciles y no cuestan nada. Sin embargo, ayudan en gran medida a la salud ecológica del mundo.



## UNIDAD II

### MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO

#### 2.1 LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD / NIVELES DE ATENCIÓN

##### DETERMINANTES IDEOLÓGICOS

Toda sociedad no sólo tiene problemas de salud y formas de interpretarlos; también genera respuestas específicas ante la enfermedad y la preservación de la salud, tales respuestas son muy variadas ya que dentro de cada sociedad las formas evolucionan con una rapidez que depende de la dinámica social global. Estas ideas, naturales en un sociólogo, no son compartidas por gran parte de la población y tampoco por el personal que actúa en el campo de la salud.

##### Los sistemas de atención

A partir de la Revolución, en México se han desarrollado tres grandes formas de atención médica: la privada, la institucional de asistencia y la de seguridad social. A ellas se unen las formas populares, no oficiales, de atención a la salud.

El concepto de asistencia social deriva del de la beneficencia, como forma de distribuir servicios a una población de recursos limitados. Esta necesidad de dar respuesta estatal a las demandas de salud está firmemente integrada a la Revolución Mexicana.

En el Congreso Constituyente de 1917 se habla de “la necesidad de unificar la higiene nacional para regenerar la enferma raza Mexicana”. Una evolución muy importante del sector asistencial se produjo al incorporarse a él las medidas de saneamiento ambiental y de prevención de la enfermedad. De 1920 a 1930 se generó una serie de instituciones estatales de salud, entre las que se cuenta la Escuela de Salud Pública (1925), una de las primeras de América Latina. Este crecimiento sigue en lo fundamental el destino del Estado Mexicano; en 1935 se comenta que el

servicio de salubridad, rutinario y burocrático, atendía únicamente la parte punitiva o fiscal y descuidaba los aspectos preventivos y educativos. Es durante el gobierno de Cárdenas que la estructura de atención en México se define siguiendo, por una parte, la idea asistencial preventiva y atendiendo, por otra, el importante desarrollo del capitalismo Mexicano.

Oficialmente el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, fue creado en 1942, Es interesante recordar, que la creación de esta medicina de seguridad social fue fuertemente criticada por la medicina privada, que en nuestro país ha seguido el destino de la burguesía.

A partir de 1940, los servicios médicos de las instituciones de seguridad social han tenido un crecimiento acelerado además del IMSS, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE, una extensión de los servicios del sector asistencial (Secretaría de Salubridad y Asistencia), que generó una red hospitalaria, finalmente inconclusa; un énfasis en programas de vacunación, en el conjunto de medidas posibles del campo de la medicina preventiva; y una serie de esfuerzos, siempre incompletos, por llevar servicios médicos al medio rural. recientemente, el sector oficial ha actuado en dos direcciones: para consolidar en un sistema nacional de salud las diferentes estructuras estatales de atención y prevención, y para extender la atención a la salud a quienes no han ingresado a ninguno de los sistemas vigentes, a través del Programa de Atención a Zonas Marginadas de la SSA y del Programa IMSS. Este sector lo constituyen fundamentalmente los "marginados" urbanos y el grueso de la población rural.

El primer plan nacional de salud cuenta ya con más de diez años (fue publicado en 1974) y aún estamos lejos de una integración real, aunque se habla de integraciones "normativas", aplicar inicialmente formas comunes de trabajo, principios similares, aunque se mantenga la individualidad institucional. Mejor suerte corrió el plan de extensión de cobertura de los servicios, especialmente el auspiciado por IMSS, que en su momento acentuó el fortalecimiento de la seguridad social como la estructura básica de atención a la salud en México.

Por lo demás, uno de los programas afectados por la aguda crisis económica de los últimos años fue este plan, y en el momento presente ha sido parcialmente absorbido por las secretarías de salud en los Estados, en el plan general de descentralización de los servicios de salud.

### Recursos para la atención a la salud

Si hacemos un análisis no por sistema institucional sino por recurso específico necesario, podremos identificar los principales problemas del sistema de atención que debemos resolver, es preciso tener en cuenta diversos factores, tales como la distribución de la población (tanto geográficamente como por sexo y edad), los riesgos de esa población, el modelo de atención programado, etcétera. Esto hace la tarea compleja, aunque necesaria. Anteriormente se utilizaban índices mágicos, tales como un médico por cada mil habitantes, o una cama de hospital por cada 200 habitantes, etcétera. Es más correcto hacer un análisis de los factores enumerados y obtener un índice que va a ser peculiar del país, de su momento histórico y de los modelos programados. Estos índices son considerablemente menores de los que existen en países con sistemas de atención a la salud desarrollados. En algunos países el índice de habitantes por médico es aún mayor, Teniendo en cuenta las modestas tasas que se pretenden para México, las cifras de población y las cifras de recursos disponibles, podemos calcular el porcentaje con que están cubiertos los diferentes recursos.

### LOS NIVELES DE ATENCIÓN

Para clasificar los sistemas de atención a la salud es muy útil dividirlos de acuerdo con la personalización del servicio y el llamado nivel de atención.

Con el primer criterio los servicios de salud pueden ser personales o no personales. La mayor parte de los servicios no personales, tales como el control y la regulación de la contaminación, del agua potable, alimentos y bebidas, drogas y medicamentos, depende por ley, directa o indirectamente, de la SSA, si bien es

cierto que algunos aspectos no personales de salud ocupacional son manejados por la STPS. Aunque en el primero ha existido tradicionalmente una política sanitaria general, aún no se ha establecido un sistema nacional de vigilancia epidemiológica y nutricional, lo que resulta fundamental para impulsar a estos servicios personales de salud. En general, la oferta y calidad de los servicios no personales no está regulada sistemáticamente; en ella puede apreciarse falta de políticas y estrategias. Esto constituye una de las grandes fallas en los sistemas mexicanos de atención a la salud. Buena parte de la responsabilidad radica en haber adoptado un modelo medicalizado y hospitalario de atención a la salud. Estos modelos son vigentes en los países desarrollados, entre otras cosas porque las demandas sobre servicios no personales están adecuadamente satisfechas. Esta adopción nos ha llevado a un uso autoritario del conocimiento médico, a un menosprecio hacia las ambientales y psicológicas en la salud, a un rechazo de la importancia de los determinantes histórico sociales en el proceso salud-enfermedad, a una tendencia a construir grandes hospitales como herramienta básica de la atención a la salud y, finalmente, esta adopción ha convertido a la industria químico-farmacéutica de origen transnacional en una de las ramas más dinámicas de la economía en México.

La política del estado Mexicano también ha contribuido a esta situación, al responder a demandas de grupos o sectores de la población con hospitales y centros de salud, gracias a lo cual logra un importante efecto de control y consenso político, en la descripción de los servicios personales de salud en México es importante utilizar las ideas de nivel de atención aunadas a las de sistema de referencia de pacientes y regionalización.

**Los niveles de atención se clasifican en primario, secundario y terciario.**

la atención primaria es aquella que se ofrece a la población en sus lugares de vida y Trabajo, que no utiliza sistemas complejos de diagnóstico o tratamiento y en la cual la población participa activamente, de forma organizada, informada, consciente, con capacidad de controlar los procesos de atención, y donde se integran servicios personales (como consulta médica) con servicios no personales (como saneamiento ambiental).

La atención secundaria incorpora la hospitalización y el manejo de población enferma por especialistas básicos: ginecoobstetras, cirujanos, pediatras e internistas. Prototipo de segundo nivel son las clínicas-hospital rurales tipo S del IMSS.

La atención de tercer nivel es la que tiene servicios completos, con toda la gama de especialistas, y atiende a pacientes con problemas de diagnóstico o tratamiento que, por razones de costos y disponibilidad de recursos humanos, no pueden ser manejados a los niveles secundarios o primarios, el Centro Médico Nacional del IMSS y los Institutos de la SSA (Nutrición, Cardiología) son los prototipos de la atención terciaria.

## 2.2 MEDICIONES: INDICADORES

Resulta complejo medir con rigor científico el fenómeno salud-enfermedad. Estas dificultades son conceptuales y metodológicas. Las primeras indican la necesidad de una revisión de la epidemiología que nos proporcione una visión más completa del fenómeno. Fundamentalmente se ha buscado generar categorías de análisis donde los fenómenos sociales estén adecuadamente presentados, para lo cual se efectuó una integración apropiada de lo biológico en lo social, que supere los modelos multicausales en uso. En particular en México, durante los últimos diez años se ha realizado un importante esfuerzo sistemático, paralelo al realizado en otros países. Especialmente Italia, Francia, Estados Unidos y Brasil.

Milton Terris distingue cuatro tipos de indicadores que buscan documentar los efectos positivos del binomio salud-enfermedad:

1. Estudio de apreciaciones subjetivas de bienestar físico, mental y social.
2. Medidas del desempeño social de los individuos.
3. Capacidad y potencialidad de los individuos para su desempeño, que incluye evaluaciones de crecimiento y desarrollo.
4. Impedimentos que tienen las personas para su desempeño satisfactorio.

Excepto los indicadores de crecimiento y desarrollo, que proporcionan datos muy útiles para el análisis de la salud pública, ningún otro se ha traducido en técnicas que permitan su uso generalizado.

Otro grupo extraordinariamente útil de datos para la estimación de la salud pública es el que se deriva de aspectos demográficos de la población. Finalmente, el conocimiento del entorno físico, natural o constituido, genera un escenario concreto donde se presentan algunos factores importantes del proceso salud-enfermedad

### Indicadores del entorno físico

Es fundamental comprender que muchos de los daños causados por la contaminación a la salud sólo son apreciables a largo plazo y cuando el daño es ya irreversible; más aún, no son conocidos los efectos de una exposición prolongada, a los niveles presentes, de muchas sustancias antes desconocidas. Y actualmente abundantes en nuestro entorno - por ejemplo, insecticidas órgano clorado; nadie los ha estudiado adecuadamente. Se conocen bien los efectos con intoxicaciones agudas por altas dosis, pero éstos pueden ser muy diferentes de los producidos a largo plazo. Quien puede determinar el efecto cancerígeno de una sustancia luego de treinta años de exposición, si esa sustancia se ha sintetizado hace cinco años.

### Indicadores demográficos

Tres elementos constituyen la parte fundamental de la caracterización demográfica de México: el crecimiento de su población, su distribución urbano-rural y su estructura por sexo y edad.

### Indicadores de nutrición, crecimiento y desarrollo

En este sentido, los indicadores positivos de crecimiento y desarrollo (para contrastarlos con los negativos de morbilidad), son básicos en cualquier análisis de vida y salud y

ya no solo de la situación nutricional que un niño desnutrido se enferme y muera más fácilmente que uno bien nutrido está perfectamente demostrado. La auxología es la ciencia del crecimiento y desarrollo normal (peso/altura), Actualmente el niño mexicano, en promedio, mide al nacer más cerca de 45 centímetros que de 50, y en vez de crecer 36 centímetros en dos años crece 33, con lo que la talla promedio a que puede aspirar un adulto es de 156 centímetros. En países desarrollados el incremento histórico en altura es muy notable, y en muchos de ellos ya se está llegando al promedio de 176 centímetros.

### Indicadores de mortalidad

**Mortalidad general:** En esta tasa participan diversos factores, entre los que se cuentan condiciones de vida de la población, calidad y disponibilidad de la atención médica, estructura por edades de la población, etcétera.

## 2.3 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados y se vinculan con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros.

Las estimaciones indican que un grupo de enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades infecciosas desatendidas, representaron el 6% de la carga total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en todos los grupos etarios y en ambos sexos en la Región de las Américas en el 2017. Ese mismo grupo de enfermedades provocaron 7% de la mortalidad total. Si se incluye la cirrosis relacionada con las hepatitis virales y el cáncer hepático relacionados con la hepatitis y el cáncer cervicouterino, la carga de enfermedad aumenta al 9% del total de defunciones.

Además de los costos económicos, las enfermedades transmisibles imponen costos sociales intangibles a las personas, las familias y las comunidades. En síntesis, la carga que generan estas enfermedades, con sus costos económicos, sociales y de salud, impide que se alcance la salud plena y destaca la necesidad de redoblar los esfuerzos de eliminación de las enfermedades en la Región.

Retomando lo anterior, en los últimos años el problema de las enfermedades transmisibles ha vuelto a recuperar parte de la importancia que tenía en la era pre-antibiótica.

Los acontecimientos relacionados con las enfermedades infecciosas más notables de los últimos años han sido la reaparición de enfermedades que se creían en vías de extinción en los países más desarrollados (como es el caso de la tuberculosis), el aumento de la virulencia de algunos microorganismos (E. coli O157, enfermedad invasiva por el estreptococo del grupo B), la aparición de nuevas enfermedades (SIDA, nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob), y el incremento de la resistencia de algunos microorganismos a los antibióticos.

Por otro lado, el avance de los conocimientos científicos en el campo de la biología molecular, el mejor conocimiento de los ecosistemas y la epidemiología, el desarrollo de nuevas vacunas, y la amplia cobertura del programa vacunal infantil, plantean un futuro esperanzador en lo que se refiere a la eliminación o reducción de la gravedad o incidencia de muchas enfermedades.

Las enfermedades infecciosas, excluyendo el SIDA, ocupaban el décimo lugar entre las causas de mortalidad de la CAPV en el año 1998, con 281 defunciones y una tasa estandarizada de casi 10 muertes x 100.000 habitantes. Dentro de este grupo destacaban la septicemia, la tuberculosis y sus efectos tardíos, y la hepatitis. El SIDA provocó 99 defunciones en la CAPV en 1998, con una tasa global de mortalidad de 4,24 x 100.000 habitantes (7,18 en los varones).

Las principales enfermedades que pueden considerarse en la actualidad como prevenibles mediante vacunación son la gripe, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, enfermedad meningocócica por serogrupo C, hepatitis B, Haemophilus Influenza, sarampión, rubéola y



parotiditis. Número de casos y coberturas vacúnales. CAPV, 1999 \* Año 1999. Fuente: Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad. No se ha registrado ningún caso de poliomielitis en la CAPV entre los años 1985 y 2000.

No obstante, aún no se ha conseguido la erradicación de esta enfermedad, que es un objetivo de la Organización Mundial de la Salud y con el que la CAPV está comprometida. La situación de la difteria es semejante. A pesar de no haberse registrado ningún caso en las últimas décadas, los brotes ocurridos en algunos países del Este de Europa y el aumento de los viajes internacionales hacen necesario mantener la vigilancia y los niveles de vacunación.

En el caso del tétanos no es posible plantearse como objetivo la erradicación de la enfermedad, debido a la amplia difusión del *Clostridium tetani* en el medio natural y a la ausencia de inmunidad de grupo. Sin embargo, de los 21 casos de tétanos declarados en el período 1990-99 ninguno fue menor de 25 años, lo que indica la efectividad del programa de vacunación infantil.

Entre los casos de tosferina del período 1997-99, el 95% eran menores de 15 años; la tasa más alta se observó en los menores de 1 año ( $59,08 \times 100.000$  niños menores de 1 año de la CAPV).

Aunque no es posible evitar la circulación de la *Bordetella pertussis*, las altas coberturas de vacunación impedirán que se produzcan grandes brotes y las formas más graves de la enfermedad.

La introducción de la vacuna frente al *Haemophilus influenzae* tipo b en 1996 ha reducido la incidencia de la enfermedad invasiva por *Haemophilus* en menores de 5 años, pasando de 29 casos en 1993 a 2 casos en 1997.

De forma similar, el aumento de casos de meningitis por meningococo del serogrupo C en los últimos años hizo necesaria una campaña extraordinaria de vacunación en 1997 y como consecuencia de la misma la incidencia se redujo de 68 casos en 1996 a 6 en 1999. En octubre de 2000 se ha incorporado al calendario vacunal de la CAPV la nueva vacuna conjugada frente al meningococo tipo C.

Con respecto a los casos de meningitis por meningococo del serogrupo B del periodo 96-99, el 70% de los enfermos eran menores de 15 años de edad; a pesar del grave pronóstico de esta enfermedad no existe todavía una vacuna eficaz comercializada.

Poliomielitis 0 Último caso en 1985 Difteria 0 Último caso anterior a 1981 94 Tétanos 2 21 casos en el periodo 90-99 Tosferina 87 113 casos en el periodo 97-99 Haemophilus influenza - - 93 (enfermedad invasiva) Meningitis C 175 casos en el periodo 96-99 Hepatitis B 32 591 casos en el periodo 90-99 95 Sarampión 3 16 casos en el periodo 97-99 (14 < 20 años) Rubéola 7 23 casos en el periodo 97-99 (17 < 20 años) 91 Parotiditis 57 182 casos en el periodo 97-99 (144 < 20 años) Gripe 170.066 58.

La vacunación de la Hepatitis B, que ya se llevaba a cabo en adolescentes de manera universal desde el curso escolar 1993-94, se introdujo en el calendario vacunal infantil de la CAPV a partir de los 2 meses de edad en enero de 2000.

De cualquier forma, de los 591 casos registrados en el periodo 1990-99, ninguno correspondió a menores de 1 año de edad, y 49 casos tenían entre 1 y 19 años. Con relación al sarampión, la Organización Mundial de la Salud ha iniciado un programa para su erradicación en Europa en los próximos años.

Con este objetivo se realizó a partir de 2000 un cambio en el calendario vacunal infantil de la CAPV, con la recomendación de adelantar la administración rutinaria de la segunda dosis de la vacuna triple vírica, que se venía realizando a los 11 años, a los 4 años de edad. Asimismo, se realizó una campaña extraordinaria de vacunación en los centros escolares con la vacuna triple vírica a todos los niños y niñas entre 5 y 11 años de edad, con el fin de cubrir todas las edades.

La gripe es un problema de salud que tiene su mayor impacto en los grupos de población más vulnerables, como ancianos y enfermos crónicos, a los que produce una gran cantidad de complicaciones. Desde hace más de una década en la CAPV se vienen realizando campañas de vacunación en los grupos de riesgo.

En 1999 la cobertura alcanzada fue del 58%. Objetivos Se han planteado únicamente objetivos de resultado en salud. No se ha incluido ninguno relacionado con la gripe, dado que en esta enfermedad se deben plantear estrategias dirigidas a mejorar la cobertura

vacunal. \* Año 1999. 132 Objetivo 2010 Estrategias de intervención Actuaciones a nivel individual

1. La mejora de las coberturas vacúnales puede conseguirse fomentando la vacunación en el control pediátrico del niño sano.
2. En los adultos debe promoverse la vacunación del tétanos mediante intervenciones en el ámbito de la atención primaria.
3. Se debe promover la vacunación frente a la hepatitis B entre los profesionales sanitarios.
4. Se deben potenciar las estrategias para realizar quimioprofilaxis frente al meningococo del serogrupo B en todos los casos que sean necesarios, puesto que no existe en la actualidad ninguna vacuna.
5. Se debe perseguir la declaración urgente y confirmación serológica del 100 % de los casos de sarampión, así como la investigación de todos los brotes y la vacunación de todos los contactos susceptibles, además de mantener altas tasas de cobertura con la vacuna triple vírica. Actuaciones a nivel comunitario
6. Con el fin de conseguir los objetivos planteados, será necesario proseguir con las actividades de vigilancia epidemiológica, que se consideran básicas para el control de este tipo de enfermedades.
7. De la misma forma, para mantener los niveles de vacunación por encima del 95% será necesario mejorar la accesibilidad a los centros de vacunación.
8. Para favorecer la adhesión a los programas de vacunación, se deben realizar campañas de información, por ejemplo, a través de los medios de comunicación.
9. Se deben incorporar a los programas de vacunación aquellas nuevas vacunas que hayan demostrado su efectividad en nuestro medio. Actuaciones intersectoriales
10. Se debe fomentar la vacunación en los programas de salud escolar para mejorar las actuales coberturas de los programas de vacunación infantil.

11. Establecimiento de un registro nominal informatizado de vacunados. Las utilidades que se desprenden de un registro de esta naturaleza son numerosas: posibilita el aviso de fechas de vacunación, acceso a toda la historia vacunal, monitorizar la eficacia vacunal, etc.

Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año.

Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial

Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

La detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la respuesta a las ENT.

Retomando lo anterior, Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas.

Contrariamente a la opinión popular, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por ENT se dan en los países de ingresos bajos y medios. A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con las ENT podría evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costo eficaz y viable. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones -casi las dos terceras partes- se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas.

El mayor ritmo de aumento de la carga combinada de estas enfermedades corresponde a los países, poblaciones y comunidades de ingresos bajos, en los que imponen enormes costos evitables en términos humanos, sociales y económicos. Alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las ENT afecta a personas menores de 60 años.

Las ENT se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol.

Los principales efectos de estos factores de riesgo recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países, como reflejo de los determinantes socioeconómicos subyacentes. En esas poblaciones es fácil que se produzca un círculo vicioso: la pobreza expone a la gente a factores de riesgo comportamentales de las ENT y, a su vez, las ENT resultantes tienden a agravar la espiral que aboca a las familias a la pobreza. Por consiguiente, a menos que se combata enérgicamente la epidemia de ENT en los países y comunidades más gravemente

afectados, el impacto de esas enfermedades seguirá acentuándose y veremos alejarse el objetivo mundial de reducción de la pobreza. Gran parte de la reducción de la carga de ENT será el resultado de intervenciones poblacionales, que son costos eficaces y pueden incluso generar ingresos, como ocurre por ejemplo cuando se aumentan los impuestos sobre el tabaco y el alcohol.

No obstante, hay intervenciones eficaces, como las medidas de control del tabaco y la reducción del consumo de sal, que no se aplican a gran escala debido a la falta de compromiso político, a una participación insuficiente de los sectores no sanitarios, a la falta de recursos, a los intereses creados de algunas partes decisivas, y a la limitada colaboración de algunos interesados importantes.

Por ejemplo, menos del 10% de la población mundial está plenamente protegida por alguna de las medidas de reducción de la demanda de tabaco previstas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Una mejor atención sanitaria, la detección temprana y el tratamiento oportuno son una alternativa eficaz para reducir los efectos de las ENT.

Sin embargo, en muchos lugares no se proporciona una atención adecuada a las personas con ENT, y el acceso a tecnologías y medicamentos esenciales es limitado, sobre todo en países y poblaciones de ingresos bajos y medios. Muchas intervenciones sanitarias relacionadas con las ENT se consideran costos eficaces, especialmente en comparación con los costosos procedimientos que suelen requerirse cuando la detección y el tratamiento se han retrasado y el paciente llega a fases avanzadas de la enfermedad.

Es preciso seguir fortaleciendo los sistemas de salud para ofrecer un conjunto eficaz, realista y asequible de intervenciones y servicios para las personas afectadas por ENT. Ante la aceleración de la epidemia de estas enfermedades, los Estados Miembros son cada vez más conscientes de la acuciante necesidad de articular respuestas internacionales y nacionales más enérgicas y focalizadas.

En las últimas tres décadas hemos aprendido mucho sobre las causas, la prevención y el tratamiento de las ENT: se ha logrado reducir considerablemente la mortalidad en numerosos países de ingresos altos, la base de evidencia para la adopción de medidas

aumenta constantemente, y la atención mundial dedicada a la epidemia de ENT se está intensificando.

El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles ofrece la primera descripción detallada de la carga mundial de ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y subraya las oportunidades inmediatas al alcance para hacer frente a la epidemia en todos los entornos mediante un enfoque amplio que abarque la vigilancia de las ENT, la prevención poblacional y el fortalecimiento de la atención de salud y de la capacidad de los países para responder a la epidemia. El informe y sus futuras ediciones está dirigido a los formuladores de políticas sanitarias y de desarrollo, los funcionarios de salud y otros interesados clave, para que puedan compartir sus experiencias y enseñanzas en lo que atañe a la reducción de los principales factores de riesgo de las ENT y la mejora de la atención sanitaria para las personas ya afectadas por esas dolencias.

La base de este informe es una visión común y un marco sólidos orientados a invertir la tendencia de la epidemia: la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2000. Lo que se requiere ahora es una acción intensiva en cada uno de los tres objetivos de la estrategia: la cartografía de la epidemia de ENT y de sus causas, la reducción de los principales factores de riesgo mediante actividades de promoción de la salud y de prevención primaria, y el fortalecimiento de la atención sanitaria para las personas ya afectadas por ENT.

La década transcurrida desde la aprobación de la estrategia ha sido testigo de importantes avances de política e iniciativas estratégicas que suponen un apoyo adicional para los Estados Miembros en su lucha contra la epidemia de ENT. Los hitos más destacables son los siguientes:

- la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003.
- La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004

- El Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008.
- La Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010
- La resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobada en 2010. En ella se hace un llamamiento para que la Asamblea General celebre en septiembre de 2011 una reunión de alto nivel, con la participación de Jefes de Estado y de Gobierno, sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

El Plan de Acción 2008-2013 fue elaborado por la OMS y los Estados Miembros para traducir la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en medidas concretas.

El Plan pone de relieve seis objetivos clave, para cada uno de los cuales se esbozan tres tipos de medidas que deben aplicar los Estados Miembros, la OMS y otros asociados internacionales. Esos objetivos son los siguientes:

- elevar la prioridad acordada a las enfermedades no transmisibles en el marco de las actividades de desarrollo en los planos mundial y nacional, e integrar la prevención y el control de esas enfermedades en las políticas de todos los departamentos gubernamentales;
- establecer y fortalecer las políticas y planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles; fomentar intervenciones que reduzcan los principales factores de riesgo comunes modificables: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol;
- fomentar las investigaciones en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;



- fomentar alianzas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; y
- realizar un seguimiento de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes y evaluar los progresos en los ámbitos nacional, regional y mundial.

Pese a la abundante evidencia disponible, algunos formuladores de políticas siguen sin considerar las ENT como una prioridad de salud mundial o nacional. Una escasa comprensión del problema y la persistencia de algunas ideas erróneas siguen obstaculizando la acción.

Aunque la mayoría de las defunciones causadas por ENT, en particular muertes prematuras, se producen en los países de ingresos bajos y medios, se sigue creyendo que las ENT afectan principalmente a los ricos. Otro obstáculo es la consideración de estas enfermedades como problemas atribuibles únicamente a conductas y modos de vida individuales nocivos, perspectiva que lleva a menudo a “culpar” a la víctima por sus problemas.

### Factores de riesgo comportamentales modificables

- Los comportamientos modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de ENT.
- El tabaco se cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.
- Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio.
- Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer.
- Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.

## Factores de riesgo metabólicos

Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ENT:

- el aumento de la tensión arterial;
- el sobrepeso y la obesidad;
- la hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre); y
- la hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

### 2.4 BROTE

### 2.5 ENDEMIAS

### 2.6 EPIDEMIA

### 2.7 PANDEMIA.

La declaración de pandemia, según la OMS, hace referencia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Para llegar a esta situación se tienen que cumplir una serie de criterios y superar la fase epidémica.

**BROTE:** Un brote epidémico es una clasificación usada en la epidemiología para denominar la aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico y en un momento determinado. El ejemplo más claro de esta situación es cuando se produce una intoxicación alimentaria provocando que aparezcan casos durante dos o tres días. Otro ejemplo son los brotes de meningitis o sarampión que pueden llegar a extenderse dos o tres meses.

**EPIDEMIA:** Por su parte, se cataloga como epidemia cuando una enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y se mantiene en el tiempo. De esta forma, aumenta el número de casos en un área geográfica concreta.

**PANDEMIA:** Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria.

**ENDEMIAS:** Se define como la aparición constante de una enfermedad en un área geográfica o grupo de población, aunque también puede referirse a una alta prevalencia crónica de una enfermedad en dicha área o grupo. Para ello, deben cumplirse simultáneamente dos criterios: permanencia de la enfermedad en el tiempo y afectación de una región o grupo de población claramente definidos.

## 2.8 EPIDEMIAS MODERNAS

Las enfermedades de animales que infectan a los humanos son una de las amenazas más serias que enfrenta la salud humana. A través de los siglos, la zoonosis -como se conoce a la transmisión de enfermedades de animales a humanos- ha generado epidemias que han causado estragos existenciales, económicos y sociales a extensas comunidades. Desde la llamada influenza española, pasando por las más modernas epidemias como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), las gripes aviar y porcina, hasta la actual pandemia de coronavirus, todas tienen un origen común: un virus exclusivo de poblaciones animales que muta, invade un humano y de ahí se propaga como patógeno nuevo humano.

En 2004, tras algunos de los brotes más severos conocidos hasta esa fecha de males como el SARS, gripe aviar y enfermedad de las vacas locas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que el creciente peligro de enfermedades animales que pueden infectar a seres humanos.

"Una de las conclusiones es que las enfermedades animales que se pueden transmitir a personas están surgiendo como una grave amenaza regional y mundial, cuya magnitud es muy probable que aumente", señaló el entonces coordinador para el control de zoonosis de la OMS, François Meslin.

**Influenza:** Es muy posible que una de las primeras pandemias de influenza se dio en China, alrededor de 6000 a.C., aunque también Hipócrates, el "padre" de la medicina de antigua Grecia, describió sus síntomas, hace unos 2.400 años. Pero la pandemia de influenza más conocida y letal ocurrió en 1918.

La mal llamada "gripe española" fue causada por una cepa del virus H1N1 y fue una verdadera pandemia global que se extendió por todos los continentes -incluyendo el Ártico y remotas islas en el Pacífico. Infectó a unos 500 millones de personas y se estima que causó entre 17 millones y 50 millones de muertes, muchas de estas entre jóvenes. Algunos cálculos afirman que el número de fatalidades llegó hasta 100 millones.

Se cree que el precursor fue un virus aviar que mutó y migró al ámbito porcino y de allí saltó a los humanos. Decenas de miles de soldados que regresaban de la Primera Guerra Mundial habían entrado en contacto con los animales.

**El VIH:** Como otros agentes causantes de enfermedades infecciosas emergentes, el VIH pasó a los seres humanos por zoonosis. El VIH es sumamente parecido a un virus que ataca a otros primates. Se trata del virus de la inmunodeficiencia de los simios (VIS), del cual hay varias cepas que se transmiten por vía sexual, Sin embargo, el virus de los primates no causa inmunodeficiencia en los organismos que lo hospedan, salvo en el caso del salto de una especie a otra.

Aunque se observó clínicamente en Estados Unidos en 1981, se cree que el salto de especies ocurrió en tres ocasiones diferentes en el siglo XX, creando tres cepas diferentes. Se estima que se originó entre primates no humanos en el centro de África occidental.

Se tiene evidencia de que el virus simio estuvo presente entre los que consumían y vendían carne de monos y chimpancés, pero el sistema inmunitario humano generalmente podía combatir esta infección con eficacia.

Sin embargo, la frecuencia de la infección produjo la mutación del virus letal VIH que ha infectado 75 millones de personas desde los años 80 y cobrado la vida de más de 30 millones.

**Enfermedad de las vacas locas:** A pesar de lo indecoroso del nombre popular de esta enfermedad, describe los síntomas bastante bien: el ganado vacuno afectado manifiesta un andar errático, falta de coordinación muscular y un comportamiento anormal que incluye ansiedad, nerviosismo, frenesí y agresión. Conocida también por el nombre científico de encefalopatíaespongiforme bovina (EEB), el desorden neurológico es el resultado de una infección por un agente de transmisión poco común llamado prion que contiene una proteína replicante, cuya naturaleza no está entendida completamente.

El período de incubación de la enfermedad es de entre cuatro y cinco años y hay hipótesis que una forma espontánea de EEB ha existido ocasionalmente durante siglos entre el ganado. Sin embargo, el brote crítico se dio en Reino unido a finales de la década de 1980.

Se cree que el ganado fue infectado al ser alimentado con productos que contenían restos animales, como huesos y carne de otras criaturas que habían desarrollado espontáneamente la enfermedad. Otro producto que pudo estar presente en el alimento vacuno es la carne de corderos afectados con tembladera.

**SARS:** El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés) es considerada la primera pandemia del siglo XXI. Se originó en China, en 2002, y sorprendió al mundo por la rapidez con que se propagaba de continente en continente.

Laboratorios en Hong Kong, Alemania y Estados Unidos, simultáneamente aislaron el virus y lo identificaron como una nueva cepa de coronavirus, generalmente encontrado en pequeños mamíferos, que había mutado permitiendo la infección entre humanos.

Se cree que el reservorio del virus fueron los gatos de algalia o civetas, a su vez infectadas por murciélagos de herradura que viven en cuevas.

**Ébola:** Antes de la conmoción causada por la actual pandemia de coronavirus, el mundo nuevamente entró en crisis por la enfermedad causada por el virus de ébola (EVE), conocida también como fiebre hemorrágica del ébola.

Todavía no se ha confirmado cuál es el reservorio principal del ébola, aunque el candidato más probable es un murciélago de fruta. Tampoco se sabe a ciencia cierta cómo ocurre el traspaso del virus de animales a humanos, aunque se piensa que se debe al contacto

directo con animales salvajes que se alimentan de las frutas parcialmente consumidas por los murciélagos contaminados con el virus. Además de los murciélagos, entre otros animales que pueden estar infectados con el virus de ébola hay varias especies de monos, chimpancés, gorilas, babuinos y una especie de antílope. Un estudio científico en Gabón sobre casos humanos del ébola lo encontró en una muestra de perros salvajes que posiblemente se alimentaron de animales infectados.

## 2.9 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD (PERIODOS).

La historia natural de la enfermedad es la evolución de un proceso patológico sin intervención médica. La medicina ha desarrollado diferentes actuaciones sanitarias para diagnosticar, prevenir, tratar y rehabilitar el curso natural de las enfermedades, cambiando artificialmente su evolución con el objetivo de curar, mitigar las secuelas e intentar evitar la muerte del paciente. Cuanto antes se apliquen las medidas de intervención mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas.

La aplicación de la prevención de la enfermedad permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. Existe una relación entre prevención y etapas de la historia natural de la enfermedad. Esta relación nos permite identificar los 3 niveles de actuación de la prevención, según etapa, logrando determinar cuál es el ámbito de acción de cada nivel y las estrategias a utilizar.

**a. Un periodo pre patogénico** en el cual el sujeto está expuesto a factores de riesgo o agentes causales de la enfermedad. No hay cambios fisiopatológicos, anatómicos o manifestaciones clínicas que se puedan identificar con la enfermedad.

Todas las intervenciones que se aplican en este periodo se denominan prevención primaria.

**b. El periodo patogénico** es detectable desde el punto de vista anatómo-fisiopatológico. Se identifican 2 periodos: pre sintomático y sintomático, cuando la persona presenta síntomas o signos clínicos.

Las intervenciones realizadas en este periodo serán prevención secundaria. No disminuyen la incidencia de la enfermedad. Sin embargo, iniciar un tratamiento en sus fases iniciales conlleva una mejor evolución de la enfermedad, pudiendo llegar a reducir la prevalencia.

**c. Periodo de resultados o secuelas** si el proceso patológico siguiera evolucionando de manera espontánea, sin intervención médica, tendría un desenlace que podría ser la curación, cronicidad, incapacidad o muerte de la persona.

Las intervenciones a este nivel serán prevención terciaria.

## UNIDAD III

### RESPUESTA SOCIAL A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD

#### 2.1 CONCEPTOS BÁSICOS

La respuesta social a los problemas de salud es aquella que se produce en forma: 1) Directa: dirigida a los problemas de salud, mediante acciones preventivas o recuperativas a los enfermos o a las poblaciones en riesgo de enfermarse, generalmente a través de instituciones o servicios de salud, que producen efectos en la disminución de enfermedades específicas. 2) Indirecta: dirigida a los factores condicionantes, mediante acciones generales que redundan en bienestar y mejoría de las condiciones de vida de un amplio sector de la población, que producen efectos en la disminución generalizada de enfermedades.

Por ende la Respuesta Social es conceptualizada como el modo de actuación de la sociedad ante el problema de la salud- enfermedad, la forma de concebir, organizar y controlar la actividad de atención y prevención de las enfermedades; la educación y la promoción de la salud; el accionar de las instituciones que propician otros servicios de sostenimiento en la sociedad y además, el accionar de la población en el sentido más general.

Como se demuestra, respuesta social no solo se refiere a la población, al ámbito de la subjetividad de los diversos actores sociales, entiéndase, grupos sociales, familia,



comunidades; tiene además un carácter institucional relacionado al concepto de Sistema de Salud y sus componentes, a través de los organismos del Estado, la política de salud, mediante la cual se organizan, planifican y ejecutan acciones y programas de salud. También la respuesta social abarca la participación de otros elementos institucionalizados de la sociedad, entiéndase, de otros sectores de los servicios sociales.

El perfil epidemiológico mexicano está cargado hacia enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En 2015, las tres principales causas de muerte fueron enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, concentrando 47% de las muertes totales en el país.

Quienes mueren por estas causas, pasan varios años de su vida manejando su padecimiento, por lo que reducen la calidad de vida, no sólo para el paciente sino también para sus familiares. En 2015, ocho de las 10 principales causas de discapacidad fueron ECNT (ver Gráfica 1).

Más aún, de acuerdo con datos del Global Burden of Disease 2016, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por enfermedades catastróficas crecieron 33% entre 1990 y 2016 mientras que aquellos por el resto de las causas cayeron 38%. Y el peso de las enfermedades catastróficas (incluyendo diabetes, neoplasias, hepatitis y enfermedades cardiovasculares) pasó de 18% en 1990 a 33% en 2016. Parte de este perfil epidemiológico se debe al envejecimiento de la población. En 1990, la edad mediana de la población era menos de 20 años mientras que en 2015 fue 27, y se espera que en 2050 ascienda a 38.5. Esto, aunado a los factores de riesgo que se observan entre la población más joven, podrían aumentar tanto los costos como las prevalencias de las ECNT.

En 2016, más de 70% de la población de 20 años o más presentó algún grado de sobrepeso mientras que sólo una quinta parte de los niños y niñas de 10 a 14 años se consideraron activos (con base en los parámetros de la Organización Mundial de la Salud - OMS).<sup>6</sup> El sedentarismo y la obesidad se asocian con el desarrollo de diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otros padecimientos. Gráfica 1. Las 10 principales causas de muerte y discapacidad en México en 2015 (miles de AVAD por 100 mil) Fuente:

IMCO/CAD con datos del Global Burden of Disease 2015, publicado en 2016. AVAD se refiere a años de vida ajustados por discapacidad.

Un sistema de salud fragmentada y limitada El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema mixto y fragmentado, en donde interactúan instituciones públicas y privadas (Figura 1). Del lado público del sector, se encuentran las instituciones de seguridad social y los servicios que provee la Secretaría de Salud. Las principales instituciones de seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con casi 62 millones de afiliados (51% de la población) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con casi 13 millones (11% de la población).

Históricamente en México, el acceso a la seguridad social ha dependido del estatus laboral de los trabajadores y es exclusivo de quienes trabajan en el sector formal (40% de la población económicamente activa en 2015<sup>8</sup>) y sus familiares. Con miras a la universalización de los servicios de salud, en 2003 se reformó la Ley General de Salud y se creó el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular, que a junio 2017 registró poco más de 53 millones de afiliados. El Seguro Popular financia casi 350 servicios de salud definidos en dos catálogos.

Además, existe IMSS-Prospera con poco más de 12 millones de afiliados, que proporciona el componente de salud de los afiliados al programa de 6 transferencias Prospera y a aquellas personas que carecen de seguridad social y que viven en zonas rurales y urbanas marginadas. A pesar de estos dos últimos programas, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2016 encontró que poco más de 13% de los encuestados carecen de protección en salud. Lado privado del SNS se encuentra una serie de prestadores de servicios en consultorios, hospitales privados y farmacias. A estos servicios acceden pacientes que están cubiertos por aseguradoras privadas, que equivalen a cerca de 7% de la población o aquellos que pueden pagar por los servicios directamente. Vale destacar que la dispersión de esta parte del sistema de salud es considerable<sup>12</sup>, por lo que la calidad y seguridad de los servicios es heterogénea. Los consultorios médicos adyacentes a farmacia (CAF) son un fenómeno que llama la atención. Éstos se han expandido en todo el territorio nacional a raíz de la regulación para la prescripción de antibióticos. Según

Cofepris, su crecimiento entre 2010 y 2014 fue de 250% para ubicarse alrededor de 15 mil unidades en 2015.

Si bien este fenómeno ha contribuido a satisfacer una demanda insatisfecha de la población, también refleja un déficit en la prestación de servicios públicos de salud, incluyendo el diferimiento y listas de espera, así como la falta de medicamentos que acompañan al tratamiento.<sup>14</sup> Según la Ensanut 2012, una de cada siete consultas ambulatorias se atendió en dicho tipo de consultorios. Además de su alto nivel de fragmentación, el SNS en México es uno de los sistemas de salud con más deficiencias de financiamiento en el mundo. En 2016, el gasto total en salud fue equivalente a 5.8% del PIB, lo que colocó a nuestro país como el tercero de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con menor gasto en salud, después de Turquía y Letonia.<sup>15</sup> Asimismo, México destacó por haber destinado el menor monto de recursos públicos a este rubro (3% del PIB).

Dado que la mayoría de los mexicanos están afiliados a algún sistema de salud, el bajo gasto público implica racionamiento de los servicios.<sup>16</sup> Esto, aunado a una percepción de mala calidad en los servicios públicos, orilla a los hogares a buscar atención médica en el sector privado. Por ello, en 2016, 48% del gasto total en salud fue privado<sup>17</sup>, del cual 91% corresponde a gasto de bolsillo.<sup>18</sup> En el último reporte de la OCDE sobre salud, se menciona que hay expertos que piensan que el problema de México no es solo la escasez de presupuesto, sino la falta de eficiencia. Esto se explica en parte porque el gasto en salud ha crecido a una tasa promedio anual de 1.12% desde el año 2000, pero no se ha traducido en mejores resultados en salud.

México tiene una esperanza de vida seis años menor que el promedio de la OCDE. En 2013 el país registró la mayor mortalidad materno-infantil, así como tasas elevadas de muertes por enfermedades crónicas.<sup>19</sup> Sin embargo, México no tiene indicadores de calidad en servicios de salud que sean comparables a lo largo de todo el sector (ver sección de Análisis Cualitativo). Si bien los retos del sistema nacional de salud son considerables tanto en el sector privado como en el público, también es cierto que la naturaleza de estos retos es muy diferente en cada sector. Sin embargo, el gasto de bolsillo afecta directamente el bienestar de las familias y los servicios que se adquieren a

través de este tipo de pago se han estudiado menos debido a la escasez de información pública. Por ello, como se expuso en la introducción, este estudio se acotó al lado privado del sistema de salud para profundizar en las causas y efectos del gasto de bolsillo.

De acuerdo a la SSM la estadística reporta los siguientes problemas en salud pública.

- **DIABETES MELLITUS:** En México, cada año mueren 74 mil personas a consecuencia de la diabetes mellitus y sus complicaciones. En Morelos, los ssm atienden a más de 14 mil personas diabéticas en sus unidades de salud, de las cuales, el 35 por ciento corresponden al grupo de 60 años y más. Aunque en Morelos se realizan alrededor de 250 mil pruebas de detección cada año, se sabe que puede haber muchas más personas diabéticas que no han sido detectadas, por lo que a través de las rutas de la salud se pretende incrementar el número de pruebas para detección de diabetes en grupos de riesgo
- **Sobrepeso y obesidad:** Hoy en día, el 68 por ciento de la población mayor de 20 años tiene sobrepeso y obesidad y estos dos factores constituyen un grave riesgo para desarrollar diabetes, padecimiento que se mantiene como primera causa de muerte a nivel nacional.
- **Hipertensión arterial sistémica:** También conocida como el “asesino silencioso”, la hipertensión arterial sistémica es de las enfermedades que mayor número de casos presenta a nivel mundial. En México, más de 15 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años se conocen hipertensos, mientras que en los hombres mayores de 60 años, la hipertensión arterial se llega a presentar hasta en un 50% de ellos. En Morelos, el 30 por ciento de la población mayor de 20 años padece hipertensión.
- **Cáncer servicio uterino:** A nivel nacional es cáncer cérvico uterino se ubica como la primera causa de muerte entre las mujeres. En Morelos, en el 2007, fallecieron 83 mujeres por esta causa, por lo que durante la presente administración se han reforzado las estrategias para detectar oportunamente en cáncer cérvico uterino, realizando únicamente en el 2009 más de 52 mil 700 citologías.

- **Virus del papiloma humano:** Este virus es precursor del cáncer cérvico uterino y se puede detectar oportunamente a través de una prueba de captura de híbridos. En el 2008, los ssm realizaron 123 mil 830 pruebas para detección de vph y ahora a través de “rutas de la salud” continuaremos realizando estas pruebas.
- **Cáncer de mama:** Gracias a las más de 11 mil mastografías que los ssm han realizado a igual número de mujeres morelenses para detección de cáncer de mama, 131 mujeres pudieron ser detectadas a tiempo e iniciar el tratamiento y seguimiento correspondiente. El cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres por neoplasias malignas, por lo que ahora, con las “rutas de la salud” se incrementará de manera muy importante el número de mastografías a cargo de los ss, pues ya se cuenta con un mastógrafo móvil de la más alta tecnología, que llegará a todos los rincones del estado para que ninguna mujer se quede sin recibir este beneficio.
- **Tuberculosis:** En el estado de Morelos, actualmente se contabilizan 164 pacientes con tuberculosis, de los cuales el 100 por ciento recibe el tratamiento adecuado correspondiente, tratamiento acertado, estrictamente supervisado (taes). A través de las “rutas de la salud” se podrán reforzar las acciones de detección de este padecimiento.
- **Dengue:** El estado de Morelos se encuentra en una región endémica para la proliferación del mosquito transmisor del dengue, además de que colinda con entidades con alta incidencia del padecimiento como guerrero. En lo que va del 2010, Morelos registra un total de 132 casos de dengue (111 fd y 21 fdh). Con las “rutas de la salud” se llevará a todos los rincones del estado acciones de prevención y promoción para que la ciudadanía participe en el autocuidado de su salud.
- **Influenza:** Morelos no baja la guardia y mantiene las acciones de promoción y prevención de la influenza ahInI. Este año, se han registrado 54 casos y en materia de vacunación, superamos la meta de 279 mil 920 dosis al aplicar 283 mil 400 dosis a los grupos blanco.

## 2.1 LA ATENCIÓN MÉDICA

**La atención de la salud en México** está dividida entre grupos: el Sector Social que cubre aproximadamente el 53% de la población y que está financiado por la fuerza laboral, el Estado y el empleador; un Sector Público o Abierto que cubre el 33% de la población y que es financiado con fondos federales y estatales; y un Sector Privado que cubre el 5% de la población y que posee dos categorías: la de los hospitales sin ánimo de lucro y la de las instituciones con ánimo de lucro.

La mayoría de los médicos pueden trabajar en cualquiera de los 3 grupos, o en combinación. El 9% de la población mexicana, por extrema ignorancia, pobreza y aislamiento no posee acceso alguno, o sólo lo tiene mínimo, a la atención médica. México posee 58 facultades de medicina, las cuales gradúan alrededor de 7,800 nuevos médicos anualmente, a quienes se les expide el título de médico cirujano.

## 2.1 DETERMINANTES SOCIALES

La determinación en salud es el proceso porque se producen las diversas formas de enfermar o morir de la población. Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

Lalonde (Lalonde y Laframboise, 1974) estableció la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública y definió un marco conceptual integral para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Él propuso como factores condicionantes de la salud en la población un modelo de cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas “campos de la salud” que son la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud.

## 2.1 SALUD Y DERECHOS HUMANOS.

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos.

**Entre las libertades** se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).

**Los derechos** incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona.

### **Poblaciones desfavorecidas y derecho a la salud**

Los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud. Tres de las enfermedades transmisibles más mortíferas (paludismo, VIH/sida y tuberculosis) afectan desproporcionadamente a las poblaciones más pobres del mundo e imponen una carga tremenda a las economías de los países en desarrollo. Por otra parte, la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, que

con frecuencia se piensa que afectan a países de altos ingresos, está aumentando desproporcionadamente en los países y las poblaciones de bajos ingresos.

En los países, algunos grupos de población, por ejemplo las comunidades indígenas, están expuestos a mayores tasas de enfermedad y afrontan dificultades importantes para acceder a una atención sanitaria de calidad y asequible. Estos grupos registran tasas de mortalidad y morbilidad sustancialmente más altas que la población en general, a consecuencia de enfermedades no transmisibles tales como el cáncer, las cardiopatías y las enfermedades respiratorias crónicas. Las personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH, incluidas las mujeres jóvenes, los hombres homosexuales y los consumidores de drogas inyectables, suelen pertenecer a grupos desfavorecidos y discriminados social y económicamente. Esos grupos vulnerables pueden ser víctimas de leyes y políticas que agravan la marginación y dificultan más aún el acceso a servicios de prevención y atención.

### **Violaciones de los derechos humanos en el ámbito de la salud**

Las violaciones o la inobservancia de los derechos humanos pueden conllevar graves consecuencias sanitarias. La discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales. Muchas personas con trastornos de salud mental permanecen en centros para enfermos mentales contra su voluntad, a pesar de que tienen la capacidad para tomar decisiones sobre su futuro. Por otra parte, cuando faltan camas de hospital, se suele dar de alta prematuramente a personas de esos grupos, lo que puede dar lugar a altas tasas de readmisión, y en ocasiones incluso a defunciones, y constituye también una violación de sus derechos a recibir tratamiento.

Asimismo, se suele denegar a las mujeres el acceso a servicios y atención de salud sexual y reproductiva, tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. Esta violación de los derechos humanos está profundamente arraigada en valores sociales relativos a la



sexualidad de las mujeres. Además de la denegación de la atención, en algunas sociedades se suele someter a las mujeres a intervenciones tales como esterilización, abortos o exámenes de virginidad.

### Enfoques basados en los derechos humanos

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. **Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen:**

**No discriminación:** el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

**Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

**Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas.

**Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.

**Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

**Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.

**Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Las políticas y los programas se han concebido para satisfacer las necesidades de la población, como resultado de los mecanismos de rendición de cuentas establecidos. Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos, y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos.

## 2.1 ESCUELA

La educación basada en derecho de la infancia incluye la intervención en los ambientes de aprendizaje de los niños, niñas y adolescentes para que puedan ser capaces de ponerlos en práctica en la vida cotidiana. Por ello es fundamental incidir en los factores que favorecen un buen clima de aula y todos los miembros de la comunidad educativa deben saber cómo poder hacerlo. Es básico el conocimiento de la definición y componentes del clima escolar pero también lo es conocer propuestas prácticas que se pueden plantear para mejorarlo.

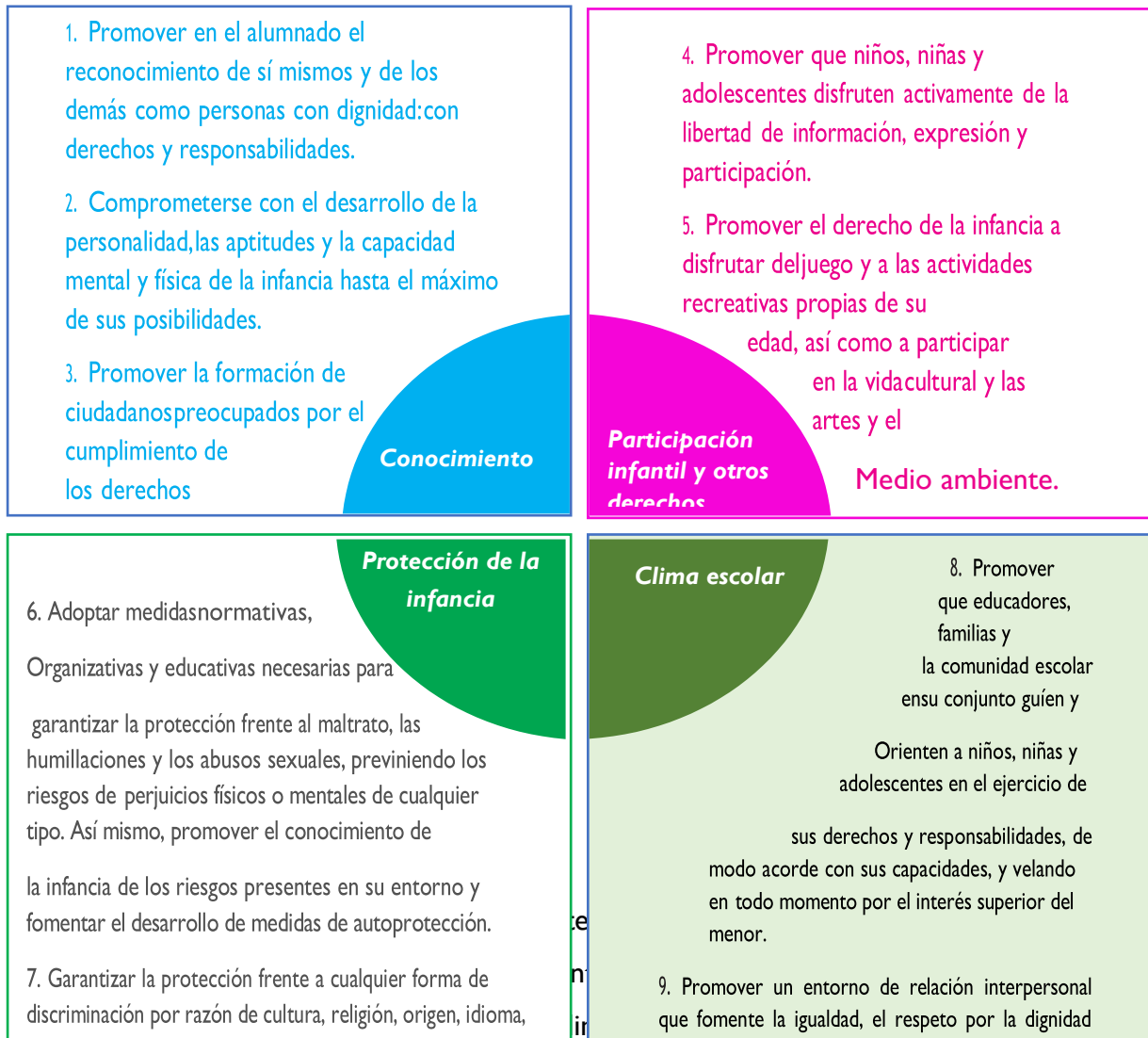
**Todo ello nos lleva a plantearnos cuestiones como:**

- *¿Qué medidas se pueden tomar un centro para conseguir crear una ambiente saludable para todos los miembros de la comunidad educativa?*
- *¿Qué individuos o grupos pueden o deben implicarse en la generación de un clima escolar propicio para favorecer los cambios y mejoras en el centro?*
- *¿Qué factores pueden permitir crear un ambiente positivo de aprendizaje?*
- *¿Cómo podemos mejorar la gestión del aula?*

### ■ EL AMBITO DE PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

El programa de educación en derechos de infancia y ciudadanía global se basa en nueve principios que informan de la finalidad última de nuestras acciones y se orientan

en cuatro ámbitos interdependientes: el conocimiento de los derechos de la infancia y la ciudadanía global, la protección, la participación infantil y el clima escolar.



innovación y de cambio estructural en las escuelas.

Se vincula al conjunto de decisiones y actuaciones que hacen que centros educativos puedan funcionar adecuadamente. Es decir, a la labor de los responsables de las escuelas y de las diferentes administraciones públicas educativas para favorecer las condiciones (organizativas, culturales, de convivencia, de salud y de gestión) que posibilitan unas relaciones personales acogedoras donde todo el alumnado puede encontrar su lugar para aprender, así como a la existencia de unas condiciones de trabajo favorables para ello.

En este sentido, el clima escolar se convierte en un factor influyente de los comportamientos los miembros de la comunidad educativa, tanto dentro como fuera de la escuela, emergiendo de las relaciones interpersonales percibidas y experimentadas. Por tanto, se trata del ambiente global de un centro educativo, presente en todos los factores físicos, elementos estructurales, personales, funcionales y culturales de la institución que, integrados interactivamente en un proceso dinámico específico, confieren un estilo propio a la institución, lo que a su vez condiciona distintos productos educativos. En definitiva, hablamos de las percepciones que tienen los actores educativos acerca de las relaciones interpersonales que se establecen en la institución escolar y del marco en el cual estas relaciones se genera.

## 2.1 FAMILIA

### ■ Relación Familia-Escuela

Para mejorar los procesos y resultados educativos, es primordial tener una relación colaborativa entre la familia y la escuela. Para ello, es muy importante que las familias o tutores legales entiendan su participación en el centro como un derecho y como un deber que permite conseguir la mejor educación de sus hijos e hijas.

Existen numerosos estudios científicos que indican que los centros que cuentan con familias implicadas, que participan activamente en la vida escolar de sus hijos e hijas, son escuelas con mayores éxitos en el rendimiento escolar y con un mejor clima escolar. Pueden establecerse un conjunto de rasgos comunes que caracterizan las experiencias de éxito en programas de colaboración-escuela.

#### ➤ Destacamos los siguientes:

- **La escuela mantiene un papel proactivo en la colaboración:**

Los centros trabajan para conseguir la implicación de las familias y de las personas, grupo u organizaciones del entorno que pueden ayudar a los estudiantes a tener éxito.

- **El centro promueve acciones para conseguir la implicación de todas las familias:** Ello supone que es necesario trabajar específicamente con algunas familias, atendiendo a sus particulares circunstancias.
- **Se busca la colaboración de los familiares de los estudiantes de todos los niveles:** Debe evitarse que únicamente se impliquen los padres y madres de los más pequeños, diseñando fórmulas de cooperación adaptadas a las distintas etapas educativas.
- **Dedican tiempo y esfuerzo a motivar y a formar a todos los implicados.** Las familias, el equipo directivo, los docentes, el alumnado y el resto de la comunidad educativa entienden la necesidad y la utilidad de la colaboración, conocen sus beneficios y encuentran sentido a la misma. Además, todos ellos reciben la formación necesaria para que la colaboración sea eficaz.
- **Plantean la colaboración con las familias** más como una cuestión de calidad que de cantidad, por lo que no tratan de llevar a cabo un amplio conjunto de actividades inconexas, sino que realizan una planificación estratégica dirigida a profundizar en formas de colaboración realista y flexibles, así como susceptibles de adaptarse al cambio para perdurar en el tiempo.

Además, con la materialización del derecho de la participación infantil en los centros educativos podemos favorecer una mayor implicación por parte de los familiares del alumnado, si como crear una cultura democrática e inclusiva que promueva el sentido de pertenencia a la institución.

Teniendo en cuenta el análisis anterior sobre los conceptos de escuela y familia se integra temas relacionados al área de docencia e investigación en la cual el trabajador social ejerce su función y participación para el desarrollo de estrategias en el área de aprendizaje (alumnado) y de integración (familia) en los centros educativos.

## ■ Área de docencia e Investigación

El trabajador/a social como un miembro más del equipo de atención primaria debe realizar y participar en actividades incluidas en esta área, ya que tanto con el trabajo de investigador como con la docencia se obtendrán beneficios en formación, prestigio científico y mejora de la práctica profesional.

La formación es un reto en toda profesión, es necesario desarrollar una actividad formativa continuada debido a distintos factores como el olvido de conceptos del conocimiento, la rápida evolución de la sociedad y los cambios en las necesidades y demandas sociales.

**La formación continua** es el conjunto de actividades dirigidas a incrementar la competencia y cualificación, con la finalidad de promover el desarrollo personal y profesional.

**La investigación** se entiende como un proceso sistemático, organizado y objetivo, destinado a responder una pregunta.

En la práctica asistencia del TS en APS (atención primaria a la salud), es donde se generan ideas para la investigación: clínica, epidemiológica, de organización de servicios y evolución del impacto de determinadas intervenciones sobre el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad. Además hay que tener en cuenta entre otros, los criterios de pertenencia, viabilidad y eficiencia, junto con los éticos, que ayudan a definir la utilidad social.

## MÉTODO

En formación continuada las etapas del proceso que se identifican son:

1. Identificar el problema o la necesidad de formación
2. Determinar los objetivos de dicha formación
3. Organizar y ejecutar las actividades
4. Evaluar los resultados obtenidos



En el área de Docencia se concreta en las siguientes acciones, en las que participará el Trabajador Social junto con el resto del EAP:

- Determinar el responsable de docencia del EAP
- Identificar las necesidades formativas de los profesionales y/o alumnos.
- Organizar las actividades formativas y docentes: sesiones bibliográficas, sesiones clínicas, cursos, seminarios, conferencias
- Formar parte de manera activa tanto en actividades docentes a otros profesionales, como en las actividades formativas (autoformación y/o formación continua dentro del EAP).

➤ **Funciones del Trabajador/a Social en el área de docencia e investigación**

1. Formarse/autoformarse según las necesidades, expectativas, posibilidades y medios, tomando la forma de curso, seminarios, consultas bibliográficas
2. Participar en la formación continuada del equipo, tanto aportando conocimiento específicos de Trabajo Social, como integrándose en las actividades de formación.
3. Participar en las actividades de docencia, aportando en todo caso, el abordaje de los **problemas de salud** desde el profesional de Trabajo Social de Atención Primaria.
4. Identificar las necesidades formativas.
5. Colaborar en la planificación de las actividades docentes del centro; facilitar apoyo y/o asesoramiento al responsable de docencia en torno a los temas de la competencia de este profesional.
6. Realizar las actividades formativas a grupos de profesionales de la Zona Básica o Área de Salud.
7. **Participar en las sesiones clínicas.**
8. Realizar y/o colaborar en la elaboración de ponencias, comunicaciones, publicaciones etc.

En el área de la salud, El Trabajador Social tiene un rol fundamental al momento de desarrollar y ejecutar procesos de intervención de manera individual, grupal dentro de las comunidades escolares y áreas de salud en la que es necesario identificar necesidades y problemáticas sociales que interfieren o son causantes de afectaciones en la salud y la integración de las personas a los distintos grupos sociales. La salud desde un concepto integral del ser humano, se determina por distintos factores que pueden ser: social, familiar, económico, ambiental y cultural en los que participa el individuo. El Trabajador social puede identificar los factores de riesgo y factores protectores del individuo, familia y comunidades en las que se involucra de manera profesional para la prevención y control de enfermedades que impiden la integración de manera positiva.

## **UNIDAD IV**

### **SANEAMIENTO AMBIENTAL**

#### **4.1 REPERCUSIÓN DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y SOCIALES EN LA SALUD MENTAL.**

Dentro de los llamados factores determinantes claves de la salud se encuentran los llamados factores ambientales o del entorno, y más concretamente los factores físicos y



los factores sociales. Se plantea por numerosos autores y expertos en el tema que los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud; y que los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos, también constituyen influencias importantes.

Por otro lado, se plantea que el conjunto de valores y normas de una sociedad determina de diferentes maneras, la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones; la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas, proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios internacionales han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Los factores ambientales tienen gran repercusión sobre la salud del hombre. Pueden ser clasificados como biológicos (bacterias, virus, protozoarios, toxinas, hongos, alérgenos), químicos orgánicos e inorgánicos (metales pesados, plaguicidas, fertilizantes, poli clorados y dioxinas), físicos no mecánicos (ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes y no ionizantes, calor, iluminación, microclima) o mecánicos (lesiones intencionales, no intencionales y auto infligidas), y psicosociales (estrés, tabaquismo, alcoholismo, conductas sexuales riesgosas, drogadicción y violencia).

Nuestro entorno es una combinación de factores físicos como dónde vives y las personas que te rodean. Otros factores ambientales que pueden tener también un impacto significativo en tu salud mental incluyen: la pobreza, el crimen y el racismo.

Como adultos, pasamos la mayor parte de nuestro tiempo en el trabajo. Es por eso que el ambiente en el trabajo también juega un papel importante en nuestra salud mental. Elementos como la raza y la falta de apoyo social, pueden tener una profunda influencia en la capacidad de las personas para hacerle frente al estrés, lo que también termina afectando su salud mental. Incluso lo que vemos, escuchamos y respiramos puede afectar nuestro estado de ánimo, y aumentar o reducir los niveles de estrés. En fin, la salud

mental puede verse afectada por cualquier cosa en nuestro entorno, pero los más notables incluyen:

**Estética:** Los espacios desordenados pueden crear sentimientos de abruma y ansiedad, mientras que los espacios ordenados pueden invocar una sensación de calma.

**Sensorial:** La iluminación, la temperatura, los sonidos, los olores y la paleta de colores de un entorno son muy importantes para que puedas sentirte cómodo(a), relajado(a) y seguro(a). Por ejemplo, la iluminación y los ruidos excesivos pueden provocarte ansiedad o agitación, mientras que los espacios demasiados oscuros y fríos pueden llevarte a sentirte desmotivado(a).

**Personas:** La comunicación indirecta o inconsistente, los conflictos o las personas poco confiables en tu medio ambiente pueden ser muy estresantes de manejar. Sin embargo, compartir un espacio con alguien en quien confías, como una pareja o conyugue, amigo o ser querido, puede crear una sensación de calma.

**Cultura y Valores:** Es importante que las personas se conecten con otras personas que compartan su cultura y valores y se entiendan a un nivel más profundo. De lo contrario, pueden surgir sentimientos de aislamiento y depresión.

**Familiaridad:** Si algo en tu medio ambiente, como una relación difícil o desorganización en tu espacio, te recuerda a momentos difíciles, puedes sentirte desencadenado por sentimientos viejos como la ansiedad. Sin embargo, las asociaciones positivas en el entorno, como un recuerdo familiar, fotos u objetos familiares, pueden aumentar el estado de ánimo y el sentido de conexión.

## 4.2 LA MEDICINA SOCIAL Y EL TRABAJO SOCIAL.

El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y se remonta a finales del siglo XIX, manteniendo desde entonces una estrecha relación con ella. Desde un principio, el Trabajo Social Sanitario se caracterizó por facilitar una asistencia directa basándose en el

contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasaban por un proceso de enfermedad y a sus familiares, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias personales y familiares debido a los cambios sufridos, consecuencia de la enfermedad o la muerte. En la década de los 50, aparecen los Servicios de Asistencia Social en los hospitales y poco después se inician los esfuerzos del colectivo profesional para constituir las primeras Asociaciones Profesionales de Asistentes Sociales, que desembocarían, años más tarde, en los Colegios Profesionales actuales. Ya el extinto Instituto Nacional de Previsión, en la circular 28/1977, definía cuales eran las funciones de los Trabajadores Sociales en los hospitales.

Es así de habitual, desde hace casi un siglo, la presencia de Diplomados en Trabajo Social en equipos multiprofesionales que actúan en el ámbito de la salud, como lo demuestra el hecho de existir dentro de la propia Historia Clínica de los pacientes una Historia Social, en muchos servicios informatizadas e integradas mutuamente.

En 1969, la Asamblea General de Naciones Unidas aprueba la "Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social", que va a ser un referente claro de los principios y de la ética del Trabajo Social.

El Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.

### **4.3 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD**

Los factores de riesgo son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad, en este caso hablaremos de las enfermedades cardiovasculares.

Los factores de riesgo favorecen la aparición de enfermedades que se caracterizan porque las arterias se estrechan y/o, la sangre no circula libremente, originando así trastornos circulatorios que llevan a enfermedades cardiovasculares.

La Organización Mundial para la Salud habla de cinco factores de riesgo principales para el desarrollo y el control de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer) estos son: tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, alimentación no saludable, inactividad física y la contaminación del aire.

#### **4.4 FACTORES DEL AMBIENTE DE TRABAJO**

Dentro del campo de la salud pública, los daños a la salud provocados por las condiciones de trabajo ocupan un lugar central. Sin embargo, son poco conocidos y reconocidos. El trabajo es la actividad fundamental del hombre, el origen de su cultura y de su desarrollo social.

En función del trabajo el hombre y la mujer organizan gran parte de su existencia: la ciudad en que viven, la gente con quien se relacionan; sus intereses y aspiraciones son influidos directamente por el tipo de trabajo que realizan. De las 24 horas del día, la tercera parte se dedica al trabajo.

El abordaje del problema de la salud afectada por el trabajo que se lleva a cabo en condiciones insalubres o peligrosas está obstaculizado por la realidad del domino objetivo de una clase sobre otras. Si el trabajo realizado en condiciones peligrosas o insalubres rinde mayores beneficios a la empresa y en la dirección de ésta no participan los trabajadores, es lógico que la salud alterada del empleado pase a ser asunto de consideración secundaria para quienes detentan el poder económico o político.

Existe en el medio de trabajo la posibilidad de accidentarse o de enfermarse; los factores que permiten esa posibilidad se llaman factores de riesgo y varían de acuerdo con las condiciones y el tipo de trabajo que se realiza.

**Los factores de riesgo para la salud de las personas trabajadoras pueden ser:**

- I. Los correspondientes a su ambiente externo de trabajo.

2. Los que implican su sobrecarga física.
3. Los que implican su sobrecarga mental.
4. Los factores de inseguridad.

Los factores del ambiente de trabajo pueden ser:

- a) Los del local de trabajo (calidad de la construcción, limpieza y mantenimiento, disponibilidad de vestidores baños, agua potable, etc.).
- b) Los riesgos físicos (temperatura, humedad, iluminación, ruido, vibraciones, radiaciones, electricidad, etc.).
- c) Los riesgos físico mecánicos (herramientas, motores, maquinarias, grúas, mecanismos de transmisión, etc.).
- d) Los riesgos químicos (productos orgánicos, algodón, bagazo de caña, polvos y humos metálicos -plomo, mercurio, cromo, arsénico, gases, monóxido de carbono, acetileno, amoniaco, solventes, la gasolina, pesticidas, etc.).
- e) Los riesgos biológicos (bacterias, virus, hongos, parásitos, insectos, etc.).

Los factores de inseguridad implican la ausencia o insuficiencia en la protección directa al trabajador contra la eventualidad de un accidente y también las zonas de trabajo inseguras y los riesgos de incendio y explosiones.

#### 4.5 LEY FEDERAL DEL TRABAJO

La Ley Federal del Trabajo surgió durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio. Es la ley rectora del derecho laboral en México, por encima de ella sólo se encuentra lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos, donde se consagra el derecho al trabajo en el artículo 123. La Ley Federal del Trabajo nació para regular las leyes establecidas en el ámbito laboral entre patrones y colaboradores. Por ello, en sus

artículos se estipula de manera detallada todos los derechos y obligaciones de ambas partes. La ley federal del Trabajo ayuda a proteger en gran parte a los trabajadores.

#### 4.6 MEDICINA PREVENTIVA

El objetivo de la medicina preventiva es el control de los problemas de salud a nivel individual, en general mediante prácticas que se llevan a cabo en el curso de una entrevista personal con un profesional clínico, como el médico, la enfermera, el farmacéutico, el nutricionista, el fisioterapeuta, etc.

Según el Diccionario de Epidemiología de Last (2001) la prevención está definida por acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad.

El concepto de prevención se define mejor en el contexto de niveles, tradicionalmente llamados prevención primaria, secundaria y terciaria. Niveles de prevención: primaria Vacunas, medidas para hacer el aire más limpio, prohibir la utilización de algunas sustancias con efecto tóxico en la agricultura, estimular el desarrollo de estilos de vida saludables; todo esto son ejemplos de prevención primaria de enfermedades.

Dentro de los niveles de prevención, el primario está definido por acciones que se implementan antes de que surja una enfermedad, con el objetivo, precisamente, de evitar que ocurra.

Esta prevención puede alcanzarse no solo mediante la protección específica ante diversos patógenos, sino además con medidas de promoción de salud, un término que se confunde frecuentemente con el de prevención de enfermedades.

Niveles de prevención: secundaria Si antes nos referíamos a evitar el desarrollo de una enfermedad, desde los niveles de prevención secundaria las acciones van encaminadas a limitar el impacto de una enfermedad que ya existe en el individuo. Desde este nivel de prevención se persigue impedir el progreso de la enfermedad y prevenir el surgimiento de posibles complicaciones.

Ejemplos de prevención primaria son las analíticas rutinarias en los centros de salud, las mamografías para detectar el cáncer de mamas y los tratamientos en las primeras fases de la enfermedad, preferiblemente cuando esté asintomática.

En algunos casos la prevención secundaria deriva en prevención primaria, por ejemplo, cuando aislamos a individuos con infecciones del resto de la población.

**Prevención terciaria de enfermedades** Si los niveles de prevención anteriores no impidieron que la enfermedad surgiese, tampoco se pudo frenar en las primeras fases y evitar daños mayores, entonces se activan medidas de prevención terciaria.

Este nivel implica que ya la enfermedad ha provocado daños irreversibles y que hay que intentar llevar el impacto de estos en la vida del enfermo a su mínima expresión. Desde los niveles de prevención terciaria se desarrollan acciones encaminadas a limitar el grado de discapacidad y hacer que el individuo se ajuste de forma funcional a las nuevas condiciones. Ejemplos de escenarios en los que hay que aplicar medidas de prevención terciaria son las enfermedades crónicas, como la diabetes, o en pacientes con secuelas neurofuncionales debido a un ictus. Estamos haciendo prevención terciaria cuando se aplican programas de rehabilitación o programas para el manejo de enfermedades crónicas.

Las acciones que se realizan en los diferentes niveles de prevención están cambiando significativamente gracias al impacto de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, un tema que desarrollamos con anterioridad y que te invitamos a leer. Las próximas décadas serán testigos de cómo el hombre fuerza el límite de su esperanza de vida y de cómo la capacidad funcional de personas con discapacidades físicas, puede llegar a superar a la de individuos sanos.

**NIVELES DE PREVENCIÓN** La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles: Prevención Primaria Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978). “Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978) El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

Prevención Secundaria Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (Pruebas de Screening). “En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad”<sup>6</sup> (OMS, 1998, Colimón, 1978). Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.



Prevencción Terciaria Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura

**ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)** Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población.

La APS fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción. Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. Refiere la estrategia como líneas de acción para su implementación las siguientes: reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional,

centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional.

Desde 1978 han existido importantes cambios en el contexto mundial, así como en la conceptualización y práctica de la APS. En tal sentido, a partir del año 2005, se elaboró en Montevideo un documento aprobado posteriormente por la OPS/OMS de Renovación de la APS II. En éste la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores. Distingue entre valores, principios y elementos. Los valores son los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad, como, por ejemplo, el derecho al mayor nivel de salud y la equidad. Los principios son los fundamentos, leyes, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos. Por ejemplo, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, con orientación hacia la calidad.

Los elementos son parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial, por ejemplo; atención integral e integrada, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención.

La participación “convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza.

A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad”

## Prevención primaria

Son el conjunto de actividades sanitarias dirigidas principalmente a la población general, encaminadas a evitar el inicio o la aparición de una dolencia. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad.

Se orienta a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud.

La prevención primaria engloba las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud:

- La promoción de la salud es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad. No están dirigidas a un padecimiento en particular, sino que sirven al bienestar y la salud en general. Como por ejemplo las campañas antitabaco para prevenir el cáncer de pulmón.
- La protección específica de la salud, como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria.
- La quimiopprofilaxis, que consiste en la administración de fármacos para prevenir enfermedades. Como por ejemplo la administración de estrógenos en mujeres menopáusicas para prevenir la osteoporosis.

Según la Organización Mundial de la Salud, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Como, por ejemplo: no fumar, adoptar estilos de vida saludables como una dieta sana, realizar ejercicio físico diario, etc.

## Prevención secundaria

Las medidas de prevención secundaria están destinadas al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente, sin manifestaciones clínicas. Significa la búsqueda de enfermedades en sujetos aparentemente sanos para detectarlas con la mayor precocidad posible. Principalmente representadas por las acciones de rastreo o detección de la enfermedad, también denominada diagnóstico precoz, cribado, tamizaje o screening.

En la prevención secundaria el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad. Por ello, la relevancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afecta para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no es avanzado y, donde aún no se manifiestan síntomas.

Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación universal o a grupos seleccionados con una mayor probabilidad de padecer una enfermedad en particular, para detectar una enfermedad grave en fase inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo.

Para poder llevar a cabo un cribado poblacional han de darse unas condiciones predeterminadas, definidas en 1975 por Frame y Carlson para justificar el screening de una patología.

- Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.
- Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.
- Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado inicial.
- Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.

- Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.
- Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.

La detección de personas sanas como enfermas (falsos positivos) es la principal desventaja de los métodos de cribado, al exponer a personas sanas a pruebas complementarias que confirmen o descarten el diagnóstico. Pero no podemos obviar el malestar y/o riesgos del test realizado, el sobre diagnóstico.

### **Prevención terciaria**

Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Las acciones de prevención terciaria están enfocadas a la recuperación de la enfermedad, la rehabilitación física, psicológica y social; con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y acelerar la reinserción familiar, social y laboral de las mismas.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo: la realización de fisioterapia después de retirar un yeso por fractura.

La prevención terciaria busca reducir el grado de invalidez, las secuelas y la muerte prematura, en el caso de que no se haya logrado una recuperación del estado previo a la enfermedad.

### **PREVENCIÓN CUATERNARIA**

Todo acto médico es capaz de generar daño. Algunos de estos daños son inevitables y se toleran ya que son sobrepasados por los beneficios generados por el mismo acto, como por ejemplo algunos efectos adversos leves de muchos medicamentos. Sin embargo, existe otro tipo de daño que debemos evitar, ya que no existe un beneficio que lo justifique.

Se denomina prevención cuaternaria al conjunto de actividades sanitarias que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por las intervenciones médicas innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

Aunque todas las actuaciones clínicas buscan un beneficio, ninguna está exenta de riesgo. Es necesario que los profesionales médicos sean conscientes del potencial dañino que tiene nuestra práctica: actividades preventivas, pruebas diagnósticas, medicamentos prescritos o métodos rehabilitadores pueden desencadenar un perjuicio.

No se trata de pretender una práctica médica perfecta y exenta de errores, sino de prevenir aquellos perjuicios que sean evitables y podamos tener siempre presente el principio fundamental del accionar médico: Ante todo, no dañar.

Se evita el daño obviando actividades innecesarias, por ejemplo: suprimiendo dosis redundantes de revacunación antitetánica.

Se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación, por ejemplo: empleando protectores tiroideos al hacer radiografías dentales. Se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica, por ejemplo: pautando el abandono progresivo de benzodiazepinas en una adicción consecuente al tratamiento del insomnio.

En el caso de la participación social en salud se asume la definición expresada por la Organización Panamericana de la Salud en 1994:2

#### ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES FINALES

1. La estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel.
2. La APS, en consecuencia, no es sinónimo de primer nivel de atención.
3. La prevención primaria se desarrolla en todos los Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud 14 Arch Med Interna 2011; XXXIII les de atención, ya sea en un programa de prevención primaria, como, por ejemplo, de inmunizaciones en el primer

nivel, hasta la prevención de escaras (prevención terciaria) en un CTI (tercer nivel de atención).

4. Prevención Primaria y Primer Nivel de Atención no son sinónimos

5. En cada nivel de atención, primero, segundo y tercero se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo en el primer nivel se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, tal es el caso de la prevención terciaria en cuanto a acciones de rehabilitación en el primer nivel de atención.

6. La APS no es sinónimo de prevención primaria, ya que la estrategia desarrolla todos los niveles de prevención.

7. En suma: no son sinónimos: primer nivel de atención, prevención primaria y atención primaria de la salud.

#### **4.7 PARTICIPACIÓN EN SALUD**

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.

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.

**BIBLIOGRAFIA:**

- Introducción a la medicina social y salud pública, Fernando mora carrasco y Paul Hersch Martínez, editorial trillas, 2009
- Manual-prevención, Dr Juan Bayo Calero, Editorial Seom, 2017.
- <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria>
- Artículo, Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social, Alfaro-Alfaro N. 2014.
- Aldereguía Henriques, J. Problemas de higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1990.
- Facultad de Medicina, UNAM. MG Historia y filosofía de la medicina 257 edigraphic.com
- Rol profesional de Trabajo Social en la atención primaria de la salud
- Guía para la mejora del clima escolar en los centros educativos. UNICEF. Edición 2018