

**WDS**

**ANTOLOGIA**

NOMBRE DE LA MATERIA: SALUD PÚBLICA  
COMUNITARIA

*CUATRIMESTRE: SEPTIMO*

---

## 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 – Tzitol 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.

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 – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

## **MISIÓN**

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

## **VISIÓN**

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

## VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

## ESCUDO



El escudo 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.

---

## SALUD PÚBLICA COMUNITARIA

---

### **Objetivo de la materia:**

Identificar el concepto de salud y comunidad, los factores que determinan la sociedad actual, conocer y manejar adecuadamente los elementos teóricos y metodológicos fundamentales del trabajo de la enfermería comunitaria y la aportación de ésta en los cuidados de la atención a la salud, siendo capaz de incorporarse a programas de salud debidamente sustentado en el manejo de los aspectos teóricos de la promoción de la misma en los entornos que caracterizan a nuestro estado logrando informar, educar y capacitar a la comunidad en temas de salud.

## **INDICE**

### **UNIDAD I. Enfermería comunitaria.**

- I.1. Conceptos generales
- I.2. Concepto de Salud y evolución histórica.
- I.3. Concepto de enfermedad.
- I.4. Concepto de salud pública comunitaria.
- I.5. Concepto de enfermería comunitaria.
- I.6. Aspectos didácticos y metodológicos.
- I.7. El proceso enseñanza-aprendizaje de competencias en el ámbito de la Enfermería Comunitaria.
  - I.7.1. Platicas educativas.
  - I.7.2. Actividades recreativas comunitarias.
- I.8. Acceso y manejo de la información en Salud Pública y Enfermería Comunitaria.

### **UNIDAD II. Educación comunitaria**

- 2.1. Alimentos y nutrición
- 2.2. Aptitud física y ejercicio.
- 2.3. Salud sexual y métodos anticonceptivos.
- 2.4. Embarazo en la adolescencia.
- 2.5. Sustancias psicoactivas.
- 2.6. Entorno social y familiar.
- 2.7. Bienestar y estilo de vida.
- 2.8. Desastres Naturales.
- 2.9. Salud y derechos humanos.
- 2.10. Calidad de vida: deficiencia, discapacidad, minusvalía.

### **UNIDAD III. Proceso de salud enfermedad**

- 3.1 Historia natural de la enfermedad.
- 3.2 Intervenciones a lo largo del proceso salud enfermedad.
- 3.3 La prevención, concepto y tipos de prevención. Intervenciones posibles a lo largo del proceso salud-enfermedad.
- 3.4. Técnicas de enfermería
- 3.5. Toma de signos vitales. Conceptos y valores de referencia.
- 3.5. I. Practicas de toma de signos vitales
- 3.6. Toma de glicemia capilar. Concepto y valores de referencia.
- 3.6.I. Practicas de toma de glicemia capilar.
- 3.7. Terapia intravenosa
- 3.7.I. Practicas terapia intravenosa
- 3.8. Administración de medicamentos
- 3.8.I. Practica en administración de medicamentos.
- 3.9. Medidas antropométricas.
- 3.9.I. Practicas de medidas antropométricas
- 3.10. Cuidados generales, niños, adultos, embarazados y geriátricos.

### **UNIDAD IV. Salud publica**

- 4.1 Concepto de Salud Pública, evolución histórica.
- 4.2 La nueva Salud Pública: ámbitos de actuación. Los métodos de la Salud Pública.
- 4.3 Salud Pública y Enfermería Comunitaria
  - 4.3.1. Abordaje multisectorial
  - 4.3.2 Participación comunitaria
  - 4.3.3. Modelos integrados
  - 4.3.4. Equipos multidisciplinarios

## **UNIDAD I . Enfermería comunitaria.**

### **I.1. Conceptos generales.**

La Definición de Salud Comunitaria en el Siglo XXI Durante las últimas dos décadas, los países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) han experimentado cambios demográficos, epidemiológicos y sociales importantes, incluidos aquellos que tienen que ver con la estructura de edad de la población, los cuales han sido estimulados por la mortalidad y los cambios en los niveles de fecundidad (han pasado de niveles altos a bajos niveles). En general, la mortalidad infantil en menores de cinco años y la mortalidad materna han disminuido considerablemente en la región, aunque persisten las disparidades dentro y entre los países. Hay una menor fecundidad y un aumento en la esperanza de vida. Sin embargo, mientras las personas viven más tiempo, no necesariamente están viviendo más saludables o disfrutando de una mejor calidad de vida. Los cambios rápidos en el entorno de la población de las zonas rurales a las zonas urbanas dan lugar a nuevos retos sanitarios. Las transiciones migratorias afectan a casi todas las comunidades las cuales rompen con los patrones históricos de poder, valores compartidos, normas y capital social. El surgimiento de nuevas enfermedades y problemas de salud con propagación global (como Zika, Chikungunya y la gripe aviar) existen junto con los brotes de enfermedades transmisibles (como el actual brote de fiebre amarilla en Brasil). Las enfermedades no transmisibles, las enfermedades crónicas y la salud mental están aumentando, junto con la permanencia de enfermedades infecciosas a lo largo de la vida. Simultáneamente, el crecimiento económico de la región y la innovación tecnológica, como la interconexión y las plataformas Web 2.0 (contexto generado por usuarios la comunidad virtual), incluyendo las redes sociales, ofrecen nuevas oportunidades para abordar el multiculturalismo y los cambios dinámicos que afectan a las comunidades así como la forma de trabajar y comunicamos con ellas. Como sabemos, el significado de "comunidad" ha cambiado y evolucionado con el tiempo. La definición también cambia en diferentes contextos. El trabajo comunitario es diverso, algunos lo ven como el trabajo que se realiza directamente con los hospitales, mientras que otros lo ven relacionado directamente con personas de comunidades específicas. Teniendo en cuenta estos cambios que la región está experimentando y la importante relación entre la salud de los individuos y su comunidad, FGL/HL tomó la iniciativa de iniciar un diálogo dentro de la OPS sobre la definición y el alcance de la salud comunitaria en el siglo XXI. El propósito de este diálogo fue tener un mejor conocimiento de dónde se encuentra la OPS en términos de definición de salud comunitaria y de comunidad, así como el poder recopilar información sobre los esfuerzos en curso que se están implementando en esta área de trabajo. FGL / HL logró hacerlo con éxito a través de entrevistas con más de 25 expertos sobre la naturaleza evolutiva de la "comunidad" y la "salud comunitaria". Los resultados mostraron que la mayoría de los expertos de la OPS creen que es el momento oportuno para fortalecer la salud comunitaria dentro de la Organización. Es también el momento

oportuno para actualizar nuestra definición de comunidad y aplicar nuevos principios en la manera en que abordamos la comunidad, la salud comunitaria y el trabajo comunitario, con la determinación de lograr los objetivos de la Organización dentro de la OPS - dado los cambios demográficos y epidemiológicos y sociales, así como los nuevos retos que la Región está experimentando hoy. Como paso siguiente, FGL/HL organizó una consulta de expertos de dos días y medio para discutir la definición de comunidad y de salud de la comunidad, e identificar los nuevos desafíos a los que se enfrentan los países. La reunión concluyó con la identificación de insumos concretos y próximos pasos para que la OPS / OMS tome medidas y apoye a la Región para maximizar el papel de la salud comunitaria y de la comunidad hacia el logro de metas de salud a nivel regional y nacional. Modelo de enfermería comunitaria. Hablando del resguardo de la salud comunitaria en la labor de enfermería en Nicaragua estamos dando nuestros primeros pasos, lo que hace necesario proponer un modelo de enfermería para estandarizar el lenguaje y la acción de los profesionales en cuanto a la articulación las diferentes organizaciones y grupos de individuos presentes en la comunidad en pro del resguardo de su salud y para llegar a todos los miembros de la población. Podemos definir enfermería comunitaria como el conjunto de cuidados y procedimientos orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común. El estudio es de tipo descriptivo de análisis documental, la recolección de información se realizó a través de la lectura en profundidad de las bibliografías consultadas. Se respetó el derecho de autor en todas las bibliografías citadas. El modelo de enfermería comunitaria trata que las acciones estén guiadas a alcanzar la apropiación de los conocimientos, la adopción de hábitos y conductas saludables, la culturización de la salud, la participación ciudadana y la inter/extra-institucionalización de la salud. Introducción Cuando hablamos de enfermería comunitaria muchas veces pensamos que este es un campo ya muy conocido, aplicable a priori en el quehacer diario de la profesión, otros pueden pensar que este término es únicamente responsabilidad del personal de Atención Primaria en salud y es un instrumento de poca o nula utilidad para los que trabajan en atención secundaria o terciaria. Respecto al resguardo de la salud dentro del ámbito comunitario en la labor de enfermería en Nicaragua, estamos dando nuestros primeros pasos y es determinante que sean de calidad para no dejar caer todo un prometedor manejo del sistema de salud. El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), a partir de los buenos resultados de la labor de los profesionales de la enfermería, implementa en 2007 un nuevo modelo de salud, el cual aborda y resguarda la salud en el ámbito familiar y comunitario y compromete al personal de salud a dejar de ser un profesional de escritorio y acercarse a conocer las problemáticas a nivel comunal. Este nuevo modelo de salud se basa en la aplicación del modelo de enfermería de Orem, el cual trata de conllevar a los beneficiarios del sistema sanitario a fomentar el autocuidado a través de la adquisición de hábitos saludables y prevención de las conductas de riesgo. Este primer acercamiento del MINSa con los modelos de enfermería es una ventaja única para fortalecer nuestro trabajo y ser punta de

lanza en la aplicación de las estrategias y políticas del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), pero también debe ser un impulsor en la creación de nuevo conocimiento y nuevos paradigmas en la atención de enfermería para poder dejar de consumir teorías y empezar con la producción y aplicación de modelos que surjan como resultado de las evidencias de la práctica en nuestra región. La enfermería comunitaria es entendida como la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas enfermeras y de la salud pública, además los aplica como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover y mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de esta mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, a las familias y a otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto como miembro de un equipo multidisciplinario en el marco de la planificación general de atención a salud. La necesidad principal para proponer un modelo de enfermería comunitaria es la de estandarizar el lenguaje y la acción de los profesionales en cuanto a la articulación las diferentes organizaciones y grupos de individuos presentes en la comunidad en pro del resguardo de su salud, y poder llegar a cada uno de los miembros a través de la implementación de acciones en salud dirigidas a nivel macro en la comunidad. Objetivo Proponer un modelo de atención de enfermería comunitaria acorde con las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud para garantizar el acceso y la calidad de la salud pública en Nicaragua

[https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/modelo-de-](https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/modelo-de-enfermeriacomunitaria-una-propuesta-para-el-abordaje-integral-de-la-salud-en-nicaragua/)

[enfermeriacomunitaria-una-propuesta-para-el-abordaje-integral-de-la-salud-en-nicaragua/](https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/modelo-de-enfermeriacomunitaria-una-propuesta-para-el-abordaje-integral-de-la-salud-en-nicaragua/)

Objetivos específicos: • Establecer los conceptos implícitos en el abordaje comunitario de la enfermería nicaragüense. • Interrelacionar e integrar teorías y modelos previos de enfermería para describir el metaparadigma del modelo de enfermería comunitario nicaragüense. • Describir los postulados del abordaje de la salud pública en la integración comunal para proponer un modelo de enfermería comunitaria.

## **1.2. Concepto de salud y evolución histórica.**

Conceptos implícitos en la salud comunitaria Salud pública Tomando de referencia la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, consideraremos a la salud pública como: “La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mental y física, y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad”. Vemos en esta definición que el término “salud pública” se refiere a las interacciones ejercidas por los individuos a nivel macro en un ambiente variante, no controlado llamado comunidad, las cuales les permiten alcanzar un estado de salud. Además, se realza la necesidad de salir del paradigma individualista, de organismos microscópicos como únicos seres que afectan la salud y de una atención meramente

curativa; a proponer una visión más amplia de los procesos de salud-enfermedad y cómo los factores y situaciones alrededor del individuo afectan la salud, pero nos indica que la forma de prevenir estas situaciones es a través de la canalización de los esfuerzos y acciones de los miembros de la comunidad hacia un mantenimiento de óptimos niveles de salud desde un enfoque biopsicosocial. Podemos entender entonces la misión de la salud pública como el fin de proteger, promover y restaurar la salud de los miembros de la comunidad a través de la realización de acciones colectivas, sostenidas y continuas que permitan la adaptación hacia los modos de vida que potencien un óptimo nivel de bienestar y el auto cuidado en el ámbito comunitario. Para poder desarrollar este concepto, más allá de una utopía, los entes responsables de la salud deben guiar sus esfuerzos mediante las siguientes funciones:

- Valorar la situación de las diferentes comunidades.
- Formular políticas, estrategias y acciones con la comunidad y sus líderes.
- Asegurar el acceso equitativo y oportuno de los servicios sanitarios y no sanitarios a todos los miembros de la comunidad (1).

En la labor de enfermería para resguardar y mantener la salud en las comunidades intervenidas, se debe tomar como pilares fundamentales de la salud pública la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la organización de las instituciones y entes comunitarios, y la responsabilidad compartida de los actores sociales y de todos los miembros de la comunidad para el acceso a altos niveles de salud. Para mayor comprensión de los conceptos implícitos dentro las acciones de la enfermería comunitaria en el cumplimiento de las políticas de la salud pública, definiremos estos pilares fundamentales a continuación.

**Promoción de la salud** La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. En la proporción de medios para un goce máximo de la salud, el Ministerio de Salud de Nicaragua ha

eliminado la brecha de acceso a la salud de nuestra población a través de intervenciones de salud gratuitas, accesibles, integrales, longitudinales y coordinadas entre los diferentes niveles de atención, esto se ha logrado con el establecimiento de políticas y el desarrollo de estrategias que mejoren la calidad de vida de las poblaciones. Sin embargo, el principal medio para garantizar altos niveles de salud continúa siendo el acceso a la información y la capacitación constante sobre los aspectos y situaciones que afectan y/o fortalecen la salud de la comunidad. El objetivo es que los miembros de la comunidad comprendan que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Además, se enfatiza en la comprensión de que los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. Este acceso oportuno a la información permite que los individuos tengan las habilidades de ejercer control sobre estos factores pudiendo modificarlos para su beneficio. La función del personal de enfermería en la promoción de la salud debe ser a través de la actuación como mediador, en cuanto a la adquisición y aprovechamiento de la información en salud y la adopción de modos de vida que potencien la salud de todos los miembros de la comunidad. El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: el gobierno, el sector sanitario y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que son individuos, familias y comunidades. La base del control de los determinantes de la salud consiste en el reforzamiento de la acción comunitaria, por tal razón es necesario que la labor del personal de enfermería dentro de la comunidad trate de unir y organizar esfuerzos de todas las organizaciones y miembros individuales de la población, para que ellos mismos tengan la posibilidad de modificar los determinantes de la salud de forma positiva. La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la identificación de problemáticas, la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y de control que

tengan sobre sus propios empeños y destinos. Prevención Es la aplicación de la tecnología y métodos científicos, a nivel ya sea de grupos o de individuos, para promover, mantener o restaurar la salud. La prevención es el establecimiento de una barrera que evite el contacto entre el individuo, con aquellos factores que lo pueden conducir a una determinada enfermedad. Si nos ubicamos en un plano longitudinal podemos decir que prevenir sería la capacidad de mantener el punto A (paciente) lo más lejos posible del punto B (enfermedad), cuanto mayor sea la efectividad de las intervenciones de enfermería mayor será la distancia entre ambos puntos. La enfermera comunitaria debe vigilar la salud en la comunidad como un todo y determinar el impacto de sus acciones sobre grupos o conjuntos de grupos servidos en relación con la comunidad total y su nivel de salud. Sirve a la comunidad por medio de acciones que conducen a la utilización de los recursos existentes y potenciales, individuales y colectivos, para la solución de problemas prioritarios de salud y del ambiente, comunes a individuos de grupos o conjuntos de grupos y que influyen en el nivel de salud de la comunidad. En asistencia de enfermería comunitaria se debe potenciar cualquier acción dirigida a prevenir la enfermedad y a favorecer la salud para evitar la necesidad de una asistencia sanitaria primaria, secundaria o terciaria. Dependiendo del momento que se realice la intervención para el mantenimiento de la salud podremos considerar: Intervención preventiva primaria (IPP): es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden causar la enfermedad. Caso bien conocido de este tipo de intervención es el destinado a inmunizar a la población en contra de ciertas enfermedades contagiosas. Intervención preventiva secundaria (IPS): está encaminada a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales. Las campañas de detección de CACU son los ejemplos más característicos de esta intervención. Intervención preventiva terciaria (IPT): es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Esta incluye la medicina curativa, la atención de personas con problemas crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente. Organización de los entes comunitarios para la provisión de cuidados de salud La organización de los servicios de salud sobre la base de un modelo de atención familiar y comunitaria requiere el

desarrollo de un sistema integrado de provisión de cuidados donde se establezca una definición clara de las responsabilidades de los diferentes prestadores de atención y de los diferentes sectores sociales involucrados en el mejoramiento de la salud. La base del acceso a altos niveles de salud comunitaria gira en torno al funcionamiento integral y complementario de las intervenciones, siendo necesario coordinar y regular las acciones de los actores sociales e instituciones para evitar un funcionamiento independiente de los esfuerzos dirigidos al mantenimiento de la salud, evitando diferencias en la accesibilidad, cantidad y calidad de los servicios, que generen brechas en la atención para los grupos más vulnerables. Para lograr la calidad de la atención con criterios de integralidad, integración y continuidad, la provisión de los servicios de salud debe organizarse en redes, con base en los niveles de atención establecidos por la Ley 42, Ley General de Salud de la República de Nicaragua. Una red de servicios de salud organizada la conforman un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados, instituciones, o, grupos civiles y actores sociales de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaz de cumplir las necesidades en salud de la comunidad. Una enorme experiencia de los recursos de enfermería en el proceso de organización de los actores sociales ha sido el establecimiento, desarrollo y acompañamiento de la red comunitaria. Esta es un tejido social organizado de forma voluntaria para la promoción de la salud y la defensa de los derechos ciudadanos. Está conformada por: líderes comunitarios, consejos, comités, redes de organizaciones, promotores, brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios (Col-Vol.), curanderos, chamanes, clubes y cualquier otra forma de organización de la comunidad.

**Responsabilidad compartida** La responsabilidad compartida se conoce como corresponsabilidad. Esto quiere decir que dicha responsabilidad es común a dos o más personas bien sean naturales o jurídicas, quienes comparten una obligación o compromiso. En el ámbito del trabajo de enfermería consiste en el grado de responsabilidad que tiene la enfermera en el resguardo o recuperación de la salud del paciente y el grado de responsabilidad del beneficiario mismo en el cumplimiento de los planes terapéuticos y en la adaptación de hábitos que potencien la salud y su auto cuidado. La balanza para definir el peso de quien tiene mayor grado de compromiso depende del estado del individuo y su capacidad para suplir sus necesidades, pero lo ideal es que el mayor grado de

responsabilidad en el cumplimiento del tratamiento y resguardo de la salud sea del beneficiario mismo. La responsabilidad compartida en las organizaciones sirve para la delegación de responsabilidades y de trabajo, para que determinadas obligaciones y deberes no recaigan sobre un solo individuo. Esta es una corresponsabilidad planeada y dirigida. Sin embargo, otras formas de corresponsabilidad surgen de forma espontánea según aparezcan eventos que afecten la salud de la población. En el ámbito institucional podemos definirla como “una acción concertada por parte de todos los actores implicados, que deberán cooperar entre sí. El concepto de "responsabilidad compartida" implica no tanto la selección de un determinado nivel en perjuicio de otro, sino, más bien, una intervención mixta de actores e instrumentos en los niveles adecuados". En salud comunitaria la responsabilidad compartida permite distribuir el grado de compromiso en las intervenciones entre las diferentes instituciones que conforman la comunidad y reparte el trabajo a realizar entre los actores sociales, para lograr que estos sean los propios artífices del desarrollo de las acciones que potencien su estado de salud. Modelo de Enfermería Comunitaria, una propuesta para el abordaje integral de la salud Con la definición de los diferentes procesos implicados en el desarrollo de políticas de salud pública para potenciar el acceso a los servicios de la población, podemos describir los aspectos fundamentales del trabajo de enfermería en el aseguramiento y resguardo de la salud de los grupos de individuos a través de la presentación del siguiente modelo de enfermería comunitaria.

### **1.3. Concepto de enfermedad.**

La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Metaparadigma.

Enfermería comunitaria: es el conjunto de cuidados y procedimientos de enfermería orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común, entendiéndoles como un todo continuo, siendo la única forma de resguardar la salud de uno solo de sus miembros, a través de la intervención como

conjunto. La acción de la enfermera en la comunidad debe ser un proceso cíclico continuo a través de la identificación de nuevas situaciones que afectan la salud y la modificación de factores para el bienestar de los individuos y los grupos que componen la comunidad, la enfermera comunitaria debe caracterizarse por su capacidad de liderazgo, organizar y coordinar los grupos de individuos y sus esfuerzos para lograr el cumplimiento de objetivos. Entendamos estos factores como el conjunto de situaciones, conflictos lugares o comportamientos que vuelven vulnerable al individuo y más propenso a enfermar, estas situaciones pueden ser de orden biológico (contaminación del manto acuífero), psicológico (baja autoestima), social (consumo de sustancias psicoactivas), o de orden espiritual (conflicto de creencias ante situaciones como el aborto), que rompen el equilibrio entre las actividades cotidianas de las personas y causan un determinado grado de estrés que asciende temporalmente y provoca el aislamiento y desorganización de los grupos, de separándolos de su objetivo/ propósito conjunto como es el mantenimiento de la salud. Paciente: unidad básica de la comunidad, ser único abierto que amerita establecer interrelaciones con otros individuos para satisfacer el cumplimiento de las necesidades. El paciente tiene la capacidad de ejercer influencias positivas o negativas en cuanto a salud sobre otros individuos, pero por su característica de ser abierto es influenciado por otros individuos o grupos de individuos que a través de la magnitud de sus interrelaciones puede modificar sus hábitos, creencias, actitudes, acciones y modos de vida. Comunidad: conjunto de dos o más individuos los cuales se encuentran unidos por características y/u objetivos en conjunto, que permiten el intercambio de información y acciones y beneficios entre sus miembros, fortaleciendo su estructura organizacional y potenciando sus capacidades para el mantenimiento de la salud. En un sentido estructural podemos ver jerárquicamente el orden en que se coordinan las acciones y el poder de su influencia a medida que asciende el nivel de su posición.

- Paciente.
- Familia.
- Comunidad.

A su vez, el conjunto de comunidades que interactúan y ejercen sinergia entre las mismas serán consideradas como una organización a nivel macro a la cual denominamos sociedad. Por su amplia interacción en este nivel no se pueden llevar a cabo acciones ni estrategias con efectivo poder de influencia, se tiene que considerar el establecimiento de políticas que rijan los mecanismos adecuados a las necesidades de cada grupo de comunidades y coordinen sus acciones en salud. Las comunidades presentan características únicas que las diferencian unas de otras y ejercen sinergia con los individuos que las conforman, estas características van desde las representaciones culturales, creencias, modos de vida, alimentación, rubros y actividades laborales, modos de concebir la salud y formas de ejercer influencia sobre otros individuos y otras comunidades.

Cuidados: acciones, habilidades y técnicas dirigidas a coordinar esfuerzos para organizar los diferentes entes que conforman la comunidad y llevarlos a un fin común que es el mantenimiento de la salud. Los cuidados en enfermería comunitaria tratan de fortalecer las capacidades de los grupos de individuos para adaptarse a situaciones continuamente y de adoptar conductas protectoras para sí mismas y su grupo de interrelaciones. Estas acciones deben centrar su máximo esfuerzo en identificar factores de riesgo que afecten la salud desde un enfoque biopsicosocial, y lograr hacer que los individuos reconozcan el peligro de estos y unifiquen esfuerzos y acciones conjuntas para convertirlos en factores protectores para salvaguardar la salud y el bienestar de la comunidad. El perfil de los cuidados de enfermería debe ser preventivo-curativo, siendo las intervenciones más como forma de asesoría y organización de los esfuerzos en vez de la provisión de cuidados y cumplimiento de necesidades dirigidas de forma directa a un individuo como estamos acostumbrados, se puede referir como brindar las habilidades para que el derecho del acceso a la salud sea cumplido por el mismo beneficiario, no necesite en gran medida la intervención de un tercero para obtenerlo.

Salud: es un estado dinámico de bienestar físico, psicológico, social y espiritual que experimentan los individuos durante su vida, les permite poder interactuar de forma adecuada entre sí y poder establecer redes de apoyo para la satisfacción de sus necesidades.

#### **1.4. Concepto de salud pública comunitaria**

Salud Pública: la podemos entender como el bienestar que presentan todos los miembros de un grupo de personas que les permite mantener su funcionamiento en las actividades cotidianas de forma adecuada, también podemos incluir la capacidad del grupo de afrontar positivamente la falta de cumplimiento de las necesidades de uno o varios miembros del mismo y el apoyo mutuo entre la comunidad para asumir y cumplir sus roles cotidianos.

Entorno: conjunto de elementos y circunstancias externas al individuo presentes en su alrededor que forman parte y dan identidad a la comunidad. Estas pueden ser de orden biológico, geográfico, cultural, social, organizacional, afectivo y relacionado a las creencias y acciones de los grupos de individuos, que influyen y determinan sus estilos de vida. El objetivo del trabajo de la enfermería comunitaria con el entorno es poder llevar este al máximo nivel posible de adecuación para el desarrollo de un óptimo estado de salud en la población, a través de la identificación de factores de riesgo y el trabajo en conjunto con personas claves y las diferentes instituciones, para convertirlos en factores protectores que permitan mantener un alto nivel de salud en los miembros de la comunidad.

##### **Postulados del modelo de Enfermería Comunitaria**

Para poder alcanzar el mayor grado de salud en todos los individuos que conforman la comunidad la labor de enfermería debe implementar estrategias y acciones y dirigir los esfuerzos conjuntos para alcanzar los siguientes postulados:

- **Apropiación de los conocimientos en salud:** es el proceso por el cual el individuo obtiene información relacionada a los procesos de aseguramiento y resguardo de la salud, analiza el contenido, profundiza e interioriza los conocimientos, volviéndolos propios, siendo estos una herramienta adecuada para la protección de su salud, permitiéndole adaptarse a las diferentes situaciones que afectan su ser biopsicosocial y afrontarlas positivamente, además de reforzar sus habilidades y capacidades de autocuidado. Para poder lograr la adecuada apropiación de los conocimientos en salud se debe hacer un proceso de educación constante de las situaciones que ejercen mayor impacto en la salud de los individuos y afectan la continuidad de las acciones en la comunidad, esta información debe estar guiada bajo procesos pedagógicos y androgógicos que permitan la

captación y comprensión de la información en las diferentes comunidades, pero también con procesos de evaluación constante que favorezcan el refuerzo de los puntos donde se presenten obstáculos en la apropiación de la información.

### **1.5. Concepto de enfermería comunitaria.**

La enfermería comunitaria es la parte de la enfermería que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en la salud-enfermedad. (OMS, 2002).

Adopción de hábitos y conductas saludables: es la capacidad del individuo para adoptar conductas protectoras para sí mismo y su comunidad que permita potenciar su nivel de salud y prevenir las situaciones que generen desequilibrio en su bienestar y sus interrelaciones, además este proceso incluye el abandono o abstinencia de actividades que el individuo realiza y que afecten a su salud y disminuyan su calidad de vida o sean un factor de riesgo para enfermar y ponga en riesgo a otros individuos. La adopción de hábitos y conductas saludables se logra a través de los esfuerzos conjuntos de la comunidad por modificar los modos de vida de sus miembros a través de procesos de educación, promoción y evaluación constante de situaciones relacionadas con la salud.

Culturización de la salud: característica fundamental de las políticas estratégicas y acciones dirigidas a la salud de la población para adaptar sus procesos a las particularidades y cualidades propias y únicas de la comunidad a intervenir, permitiendo que las acciones de enfermería tengan la flexibilidad de adaptarse a la cultura y modos vivendium de la población, para potenciar la fijación, aceptación y consecución de las acciones dirigidas para mantener altos niveles de salud. Cuando una intervención en salud no es flexible y adaptable a la cultura y sistema de creencias y forma de vivir de la comunidad se convierte en otra acción destinada a fracasar y no generar el impacto deseado, pues los miembros de la comunidad no logran adaptarse a esta y se convierte en una carga no deseable para los actores sociales, genera fuga de presupuestos y de energías en el personal de salud. •

Participación ciudadana: tomando como referencia la Constitución Política de la Republica de Nicaragua, en la Ley 475 de Participación Ciudadana, la definiremos como un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas

públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas, con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado. Las acciones de la enfermería comunitaria deben tener como objetivo lograr la articulación y participación protagonista de los diferentes entes presentes en la comunidad en el cumplimiento de las políticas y los procesos de salud que garanticen el bienestar de todos los miembros de la comunidad. Además, se debe fomentar la participación voluntaria, continua y organizada de cada individuo de nuestra población diana en los procesos de identificación de problemas y factores que afecten la salud, toma de decisiones y ejecución de acciones que permitan convertir estos factores de riesgo y determinantes del entorno en factores protectores para la salud de los individuos. • Inter/extra-institucionalización: consiste en que las diferentes instituciones, organizaciones, grupos civiles y personas claves que conforman la comunidad tengan su propio plan de salud que brinde respuesta a las necesidades de cada uno de los miembros de la institución y a sus beneficiarios (inter-institucionalización), pero que a la vez estas estrategias y acciones se encuentren involucradas en un plan macro que contemple todos los esfuerzos de cada uno de los entes comunitarios en una estrategia general que permita el acceso y resguardo a altos estándares de salud a toda la comunidad como conjunto (extra- institucionalización). Esta organización de los esfuerzos de los entes comunitarios les permite actuar de forma propia a cada organismo de acuerdo a su campo de función y experiencia en ejecución de acciones dirigidas a su salud, y a su vez a integrar cada esfuerzo en una estrategia conjunta que le permite compartir experiencias y conocimientos en los diferentes campos de la salud, fortaleciendo así los lazos estructurales de la comunidad.

#### **1.6. Aspectos didácticos y metodológicos.**

El enseñar/aprender individual de la Enfermería Comunitaria. Existen diversas estrategias de enseñanza, que se pueden utilizar de manera reflexiva para facilitar el aprendizaje significativo de los estudiantes en los diferentes momentos del proceso de enseñanza y aprendizaje; las metodologías individuales de trabajo ofrecen al estudiante la oportunidad de desenvolverse y desarrollar sus potencialidades personales. En las tareas y trabajos individuales el estudiante hace uso de sus habilidades de pensamiento como: la

observación, comparación, análisis, síntesis y el razonamiento. En Enfermería Comunitaria se utilizan metodologías individuales para el aprendizaje.

### **1.7. El proceso enseñanza-aprendizaje de competencias en el ámbito de la Enfermería Comunitaria.**

Así se evidencia en los discursos de los estudiantes entrevistados: En este sentido, Waldow señala que el proceso de aprender, es una actividad individual que se desarrolla en un contexto social y cultural. Es el resultado de procesos cognitivos individuales (hechos, conceptos, procedimientos, valores) con los que se construyen nuevas representaciones mentales (conocimientos), que posteriormente pueden aplicarse en situaciones diferentes a los contextos en los que aprendieron (Waldow, 2008: 184). Los docentes estudiados en el aula de clases, así como en la práctica de Enfermería Comunitaria, también manifiestan que utilizan metodologías de enseñanza individuales, que privilegian la participación del estudiante en su proceso de aprender. El empleo de una metodología de trabajo individual, es importante en su proceso de aprender, ya que el enfrentarse a una situación que le exija la resolución de una determinada tarea, puede hacer que el estudiante se motive y utilice todas sus capacidades para la resolución de dicha tarea, y por ende, contribuir a su aprendizaje. Sin embargo, en muchas ocasiones para lograr el aprendizaje, se requiere el acompañamiento o ayuda de otra persona, como puede ser, algún compañero más competente.

El enseñar/aprender, colectivo/grupal de la Enfermería Comunitaria. Las estrategias grupales o en equipo son fundamentales, principalmente cuando el alumno no logra realizar una tarea por sí mismo. El trabajo colectivo-grupal promueve no solo la construcción de conocimientos, sino el desarrollo de valores como la cooperación, la comunicación y la responsabilidad del equipo de trabajo. La cooperación en la actividad grupal consiste en trabajar juntos para alcanzar objetivos comunes. En una situación cooperativa, los individuos procuran obtener resultados que son beneficiosos para ellos mismos y para todos los miembros restantes del grupo. El aprendizaje cooperativo es el

empleo didáctico de grupos reducidos en los que los alumnos trabajan juntos para maximizar su propio aprendizaje y el de los demás (Johnson, en Díaz Barriga y Hernández, 2010:90). Los docentes entrevistados utilizan metodologías grupales en el proceso de enseñanza aprendizaje, tanto en el aula de clases como en la práctica. En este sentido Demo (2009) señala que es esencial aprender a trabajar juntos, lo que implica que cada miembro del grupo debe presentar una contribución individual elaborada. En el trabajo colectivo cada miembro del grupo debe funcionar correctamente para combinar la originalidad individual, con la exigencia de la cooperación colectiva. El proyecto colectivo debe ser la combinación de las contribuciones individuales, no de los vacíos individuales. El trabajo en equipo es fundamental en el proceso de aprender, En el trabajo grupal se da una interacción entre los miembros en donde se comparte la responsabilidad de la tarea, y con el aporte de todos se soluciona y se construye el conocimiento. Esto permite desarrollar habilidades personales y sociales en el estudiante. Para el trabajo grupal son determinantes los procesos psicológicos individuales de cada uno de los integrantes del grupo, como la atención, memoria percepción y el razonamiento, los cuales son indispensables para el desarrollo de tareas complejas.

### **1.8. Acceso y manejo de la información en Salud Pública y enfermería comunitaria.**

Proceso de enfermería comunitaria Para planificar los cuidados se propone un proceso cíclico, constante de solución de problemas a través del siguiente proceso de enfermería comunitaria:

- Establecimiento de la relación enfermera-comunidad: en todo proceso de la atención de enfermería el primer paso para la administración de cuidados que mejoren de forma positiva el estado de salud, es el establecimiento de una relación cálida y de calidad con nuestro paciente, que permita el intercambio de información personal y brinde seguridad, confianza y que permita conocer más a fondo la identidad de las personas. En la labor del trabajo con la comunidad este primer paso es el más importante y determinante en el futuro desarrollo de acciones y estrategias que permitan el mayor grado de salud y satisfacción de los usuarios. La relación enfermera-comunidad podemos entenderla como el primer contacto del personal de salud con la comunidad, la cual trabajará y formará

parte como líder en los procesos sanitarios, en esta etapa la enfermera debe obtener la mayor cantidad de información en cuanto a datos socio demográficos de la comunidad y sus miembros, que permitan brindarle una noción sobre el terreno a intervenir, los datos geográficos, los mapas de riesgo para identificar los puntos vulnerables y las posibles amenazas, puntos estratégicos como escuelas, iglesias, refugios, lugares de concentración de masas, datos epidemiológicos, los datos de dispensarización y familiogramas, nombres y funciones de las instituciones y organismos que trabajan en la comunidad, identificar las personas claves para su futura interrelación (estas son los líderes comunales y actores sociales). Además de buscar la mayor cantidad de información disponible sobre la comunidad, se deben programar encuentros con las instituciones y organismos presentes en la comunidad y con las personas clave, hablar de calidad y abierta con ellos, detallando los objetivos de nuestro trabajo y la necesidad de su intervención y participación en cada una de los procesos y acciones para el mantenimiento de la salud de la comunitaria. Cada encuentro debe ser un puente para adquirir confianza y redes de apoyo entre los asistentes además de tratar de establecer líneas y estrategias de acción con el involucramiento y la colaboración de todos los entes comunitarios.

Valorar del estado de salud y los factores del entorno: la valoración del estado de salud de la comunidad se realizara a través del uso de la herramientas más antigua y efectiva de la práctica de enfermería: la observación. Esta debe realizarse a través de un proceso de análisis profundo de cada uno de los elementos, factores de riesgo/protectores, situaciones y características propias del entorno comunal y cómo estas pueden afectar el mantenimiento de la salud. Este proceso solo puede lograrse a través de la visita directa a la comunidad, dejando así el antiguo paradigma de la enfermera de escritorio y estableciendo contacto directo con las situaciones que se desarrollan en la comunidad. Para realizar una valoración completa de la salud comunitaria los datos obtenidos con la observación de las situaciones y acontecimientos del entorno, debe acompañarse de los registros de la dispensarización de los pacientes, la información obtenida por los entes comunitarios y la apreciación de estos sobre la salud de la comunidad, además del uso de mapas de riesgo que permitan identificar y puntualizar los lugares de mayor riesgo y vulnerabilidad para la afectación de la salud.

- **Diagnóstico comunitario:** el procesamiento de la información obtenida previamente para poder identificar las principales afectaciones de la salud comunitaria es un proceso que debe ser llevado a cabo por la enfermera en acompañamiento con los representantes de instituciones y organizaciones presentes en la comunidad, y con las personas clave, pues estos conocen más que nadie las situaciones que afectan la salud de la comunidad y cuáles son las problemáticas que se tiene la capacidad de brindar respuesta de forma inmediata. Además, sienta un compromiso de los entes comunales en el cumplimiento y acompañamiento de las acciones y estrategias planteadas para dar respuesta a la problemática identificada. Este proceso se puede iniciar como una presentación de los datos obtenidos por el análisis de la información que realiza el personal de enfermería, que sugieran las posibles problemáticas que afectan la salud de la comunidad, no debe ser un proceso rígido y dictatorial, debe estar abierto a la opinión y crítica de los demás entes involucrados, además estos pueden sugerir otras situaciones o factores que afectan la salud, a través de un proceso de tormenta de ideas. El diagnóstico comunitario debe ser el proceso por el cual se identifiquen las principales problemáticas y factores que pongan en riesgo la salud de la comunidad y para la definición de estos podemos usar algunas herramientas pedagógicas/ organizacionales como: o Diagrama de Ishikawa o diagrama causa efecto: permitirá que el factor de riesgo pueda ser desglosado en cada una de sus partes hasta identificar cuáles han sido las situaciones que los han causado, y los posibles puntos a intervenir. La forma de usar el diagrama de Ishikawa o también llamado Espina de Pescado es ubicando el problema en la cabeza del pescado, y luego las espinas de mayor tamaño las llamaremos causas principales o primarias y estas son las que causan con mayor magnitud la presencia del problema, de estas espinas más grandes dependen unas de menor tamaño, a estas llamaremos causas secundarias y estas son aquellas situaciones de menor magnitud que colaboran a la formación del problema o producen la causa principal.

**Método Hanlon de priorización del problema:** es un método para el establecimiento de prioridades basado en la magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución, factibilidad de programa o de la intervención. El método Hanlon está basado en cuatro componentes:

1. magnitud del problema.
2. severidad del problema.
3. eficacia de la solución del problema.
4. factibilidad de programa o de la intervención.

La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se considera: Puntuación de prioridad:  $(A + B) \times C \times D$  Mediante este método es posible multiplicar la puntuación obtenida por cada componente que se juzgue como más importante por una cifra correspondiente al peso acordado a cada criterio, que se describe a continuación.

Componente A: magnitud del problema de acuerdo al número de personas afectadas por el mismo, en relación a la población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia). Su puntuación será del 1 al 10. Lo ideal es que sea medido de acuerdo a las tasas de población afectada dentro de la comunidad, pero este tipo de datos no está siempre disponible en las organizaciones que trabajaran de la mano con el sector salud, además puede ser no entendido por algunos entes comunitarios; por lo cual trabajaremos de acuerdo al porcentaje de población afectada, así si un 10% de la comunidad se ve perturbado lo tomaremos como uno, tomando como 10 la afectación del 100% de los miembros de la comunidad.

- Componente B: severidad del problema. Este componente puede definirse de diferente manera:

- Con datos subjetivos: carga social que genera el problema.
- Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad, de incapacidad y costos asociados al problema.

- Cada factor se valora del 1 al 10, dependiendo de la severidad del problema.

Componente C: eficacia de la solución. Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual; otorgando una escala de 0,5 a los problemas difíciles de solucionar y 1,5 a los que tienen una posible solución.

- Componente D: factibilidad del

problema o de la intervención. Agrupa factores que no están directamente relacionadas con la necesidad o con la eficacia, pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados. • Toma en cuenta los siguientes componentes: – P= pertinencia. – E= factibilidad económica. – R= disponibilidad de recursos. – L= legalidad. – A= aceptabilidad. Este componente determina si impide o permite la realización del programa o de la intervención, cuando se responde con un sí el valor es de 1 punto y de 0 puntos cuando la respuesta es no. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario. Para organizar los datos del método Hanlon podemos usar la siguiente matriz •

Planificación de las acciones e intervenciones con la participación de los entes comunitarios: este es un punto crítico y de vital importancia en la administración de cuidados de enfermería comunitaria, pues aquí se definirán las acciones y estrategias a desarrollar para mantener o recuperar la salud comunitaria, además debe definirse cuidadosamente qué entes comunitarios serán los responsables en el cumplimiento de cada cuidado y establecerse presupuestos alcanzables y accesibles a las capacidades de respuesta de las organizaciones y personas involucradas en este proceso. • En la definición de las acciones a desarrollar la enfermera debe servir como un monitor el cual ayuda a brindar la mejor dirección de las opciones que proponen los entes comunitarios para solucionar las problemáticas que afectan la comunidad, en el planteamiento de las acciones se debe hacer el mayor esfuerzo para promover la participación de la ciudadanía en cada uno de los procesos así se garantiza su compromiso y adaptación al resguardo de su propia salud. Se debe usar estrategias que permitan modificar los hábitos y estilos de vida de la población y que logren el mayor nivel posible de adaptación a las nuevas situaciones del entorno, que brinde habilidades y actitudes para fomentar el autocuidado en cada uno de los individuos de la comunidad. Para organizar y planificar las acciones en el plan de cuidados de enfermería comunitaria la enfermera puede utilizar la siguiente matriz:

Ejecución y monitoreo de las intervenciones enfatizando la participación ciudadana: en esta fase la enfermera adopta la tarea de brindar asesoría y acompañamiento al cumplimiento de objetivos y actividades propuestas, tratando de brindar el mayor grado de independencia y responsabilidad en desarrollo de la actividad por parte de las organizaciones, instituciones y miembros de la comunidad. • Debe estar presente en

aquellos procesos donde su rol como garante de la salud no pueda ser llevado a cabo por otro ente de la comunidad y debe priorizar aquellos problemas que pongan en mayor riesgo la comunidad para brindar asistencia directa y acompañamiento efectivo en la resolución de esta situación. • Evaluación de los resultados con los entes comunitarios: posteriormente al cumplimiento de las actividades propuestas se debe hacer una evaluación detallada de los alcances de la intervención y los resultados obtenidos en cada etapa y por cada uno de los entes participantes, esto permitirá identificar aquellos puntos que se deben fortalecer en la intervención y permite valorar la efectividad y el cumplimiento de los objetivos y qué acciones necesitan ser redireccionadas. Además, debe plantearse las fortalezas y limitantes en cada parte del proceso y compartir las experiencias e inquietudes de los participantes en la intervención. Esta evaluación no debe ser del perfil estático, más bien debe ser un proceso constante con fines de mejora para fortalecer las capacidades y experiencias de la comunidad en la protección y mantenimiento de la salud como conjunto. Diseño metodológico Unidad de análisis: documentos que hagan referencia a las directrices del desarrollo de la salud pública, bases conceptuales del MOSAFC, libros, blogs y revistas sobre los diferentes modelos de enfermería relacionados al cuidado de la comunidad. Criterios de inclusión para el uso de bibliografía: • Que tenga relación directa con el abordaje de la enfermería comunitaria. • Que sean respaldados por universidades, editoriales y organizaciones en pro del desarrollo de la salud. • Que los conceptos y datos a usar aún estén vigentes y no hayan sufrido actualizaciones recientemente. • Documentos de teoristas aceptadas por el CIE. • Última versión del Marco conceptual del MOSAFC. Variable de estudio: enfermería comunitaria. Método de recolección de datos: la recolección de la información se realizó a través de la lectura minuciosa y a profundidad de cada una de las bibliografías consultadas teniendo como dato de referencia en la búsqueda de información “enfermería comunitaria”, a los documentos que cumplían los criterios de inclusión, se tomó citas bibliográficas para hacer una explicación de los fenómenos a detallar, en algunos casos se tomó cita al no encontrar la bibliografía a la cual el autor hacía referencia en su texto. Técnica de recolección de datos: se llevó a cabo a través del uso de ficheros bibliográficas, tomando la cita de los autores y organizándola en orden según la necesidad del documento a construir, en la cita de citas se separó en un acápite a parte para hacer una

búsqueda del documento el cual refería el autor y así poder introducir la información más veraz y fidedigna en la construcción del documento.

## **UNIDAD II. Educación comunitaria**

### **2.1. Alimentos y nutrición**

La nutrición tiene como principal función transformar y extraer los nutrientes necesarios de los alimentos que consumimos. Se puede definir como nutrición al conjunto de procesos que se encargan de la obtención, asimilación y metabolización de los nutrientes en de los alimentos en el organismo. Por su parte, una buena alimentación es el proceso por el cual preparamos e ingerimos una variedad de alimentos que nuestro cuerpo necesita para la vida diaria.

Podemos decir que, aunque ambos procesos se encuentran ligados de manera estrecha, cada uno cuenta con sus propias características y cualidades.

Mientras que una buena alimentación consta de un proceso voluntario, la nutrición es todo lo contrario, pues los alimentos ingeridos son transformados por el cuerpo de manera involuntaria. Una buena nutrición siempre debe ser tratada con sumo cuidado y de manera profesional.

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, esta actitud aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América. Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades

transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes. La palabra higiene así como el actual juramento hipocrático encuentra su origen en la cultura griega, inspirada en la mitología, Higea "diosa de la salud" e Hipócrates "padre de la medicina". El pueblo romano aplicó sus conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública, construyendo grandes acueductos para la dotación de aguas como también para el alejamiento de las sustancias de desecho, una gran obra fue la "Cloaca Máxima", obra admirada en la actualidad. En la Edad Media, cuando aparecen las escuelas monásticas, en la Escuela de Salerno, se enseña la medicina hipocrática. Se elaboró un volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene. Este sentido higienista de la salud se ha mantenido hasta hace algunas décadas. El esplendor de la época renacentista también tiene su manifestación en el campo de la promoción de la salud, introduciéndose ideas innovadoras que motivaron grandes avances en materia de salud. El cambio conceptual más importante tuvo lugar en 1946 cuando La Organización Mundial de la salud en su Carta Magna define la salud como "Completo estado de bienestar físico, psíquico y social". Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos y considerando este concepto en un plano integrador de la sociedad y el hombre. La naturaleza múltiple del concepto de salud Resulta difícil definir la salud, al igual que los procedimientos para mantener o recuperar una buena salud, los cuales están determinados por la propia definición. El hecho de que todas las personas tengan un cierto grado de salud (Bergdolt, 1999) y que esta adquiera numerosas formas (Almeida, 2000), cambiando en cada persona y en ciertos momentos de su vida, indica también que todas esas formas podrían parecer aproximaciones parciales a un concepto único (Juárez, 2010, p. 6). Así, tanto los procedimientos de evaluación como los de intervención, cambian, según la definición adoptada. Sin embargo, la cuestión de si la salud es un concepto único o no lo es permanece. El antiguo concepto de la salud negativa, como ausencia de enfermedad, se presentaba como tal concepto único. Esta definición mantiene una gran vigencia actualmente. Esto es cierto en el ámbito de la asistencia profesional médica (Sadegh-Zadeh, 2000) y, en general, en todos los campos de la salud (Juárez, 2010, p. 8). No solo eso, sino que casi ninguna persona querrían tener un diagnóstico médico o psicopatológico, es decir no querría tener una enfermedad o trastorno, lo que da mayor

validez a este concepto en la vida cotidiana de cada individuo. Dicha definición de salud está presente en numerosas aproximaciones terapéuticas tal como el enfoque de la discapacidad (World Health Organization [WHO], 2001), el cual asume un concepto de normalidad olvidándose de la propia voluntad del individuo (Nordenfelt, 1997a), siendo la normalidad una característica de la salud como ausencia de enfermedad (Boorse, 1987). En este enfoque la enfermedad tiene una causa natural (Boorse, 1975). Igualmente, cierta perspectiva de la resiliencia, como recuperación ante eventos de alto riesgo (Hartling, 2008), también se basa en este concepto de salud, ya que la recuperación es la ausencia del daño o la superación del mismo. Sin embargo, en el concepto de salud negativa la valoración social interpreta la disfunción como perjudicial o no (Wakefield, 2007), introduciendo un enfoque social, que a menudo pasa desapercibido en la utilización de esta definición. En esta acepción de salud también existe circularidad entre algunos conceptos, por ejemplo entre lo que se considera disfunción y desorden (Houts, 2001), ya que el desorden existe porque hay una disfunción y la disfunción causa el desorden. Esto, que puede constituir un error lógico, sin embargo ocasiona una interacción entre causas y efectos observables, un fenómeno no recursivo que propicia la inestabilidad, contrariamente a la unidireccionalidad asumida desde la disfunción al desorden. Además, el concepto de enfermedad incorpora síndromes clínicos, desviaciones estructurales, funcionales o mixtas, mecanismos etiológicos y patogénicos y dificultades interpersonales (Jablensky, 2007), dando a la salud como ausencia de enfermedad, un colorido de conceptos múltiples, en los que no son lo mismo las dificultades interpersonales que las desviaciones estructurales. Es decir el concepto se aleja de esa interpretación única en la cual se basaba inicialmente y que no reflejaba la complejidad que tenía el mismo. Por otra parte, el hecho de que la ausencia de enfermedad no garantice la salud (Nordenfelt, 2000), indica que debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa, parcialmente, esta perspectiva, ya que no se centra en la enfermedad. Sin embargo, es necesario decir que una cosa es la clase de relaciones entre la salud y la enfermedad, de las cuales no me ocupare ahora, y otra cosa es en lo que se centran los diferentes enfoques, los cuales deberían hacer explícita esa relación entre la salud y la enfermedad, lo que a menudo no hacen. En la salud positiva caben dimensiones, tales como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional (O'Donnell, 1989),

propiciándose la interacción entre sus componentes (Mezzich, 2005). También pueden existir indicadores molares del estado de bienestar y de percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002), caracterizándose la salud como una propiedad del nivel de la persona, pero no de niveles inferiores, como los órganos (Nordenfelt, 1997b). Si añadimos a esto, que la salud puede consistir en el hecho mismo de tener salud, de estar saludable (Kugelmann, 2003), entonces la definición de la misma se multiplica infinitamente, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona. La unicidad del concepto de salud, también se ve amenazada cuando se señala que se podrían combinar el concepto positivo de salud, o presencia de características positivas, con el concepto negativo, o ausencia de enfermedad (Mezzich, 2005), que existe la necesidad de considerar el concepto de salud como integrador de las dos (Täljedal, 2004), que el modelo de salud positiva se complementa con el modelo del déficit (Ingram & Snyder, 2006), que el modelo de competencias se complementa con el modelo del déficit (Ward, 1999) o, finalmente, que la salud es una combinación de conceptos tales como ausencia de enfermedad y la percepción subjetiva de salud, (Post, de Witte, & Schrijvers, 1999). La propia Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 1946) señala que la salud es un completo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad, poniendo así de manifiesto la confluencia de ambas perspectivas. Igualmente, esto es lo que hace Keyes (2005), al proponer el concepto de salud mental completa, el cual incorpora tanto la ausencia de enfermedad o diagnóstico, como la presencia de características positivas. Finalmente dentro de una lógica de intervención en las comunidades se proponen múltiples relaciones entre la estructura de atención y los diferentes conceptos de salud (Lando, Williams, Williams, & Sturgis, 2006). Todas estas propuestas, en realidad inciden en la interpretación múltiple que tiene el concepto de salud, el cual abandona la seguridad que proporciona un concepto unificado. Sin embargo, se necesita una conexión teórica entre estas diferentes aproximaciones, por ejemplo se pueden unir los conceptos biológicos con la personalidad, la expectativa, la ansiedad, etc., mediante la hermenéutica y la teoría crítica (Caprara, 2003), proporcionando así una justificación epistemológica y una base teórica de reconstrucción a partir de la interpretación propia de la hermenéutica (de la Maza, 2005) con la capacidad de transformación propia de la teoría crítica (González, 2002; Osorio, 2007). Un modelo de

salud relacionado con esta perspectiva a la vez crítica a interpretativa es el de Gadamer (1996), quien propone diferentes niveles de salud en los planos epistemológico, existencial, metodológico, del ser, etc. (Šolcová, 2008). Otros modelos intentan conjugar diferentes niveles de salud en los planos intraindividual, individual y supraindividual (Almeida, 2001). Dentro de los marcos explicativos actuales se mantienen principios diferentes en cuanto a la ubicación de las causas de la salud. Marcos tales como el médico, el de salud pública, el psiquiátrico y el psicológico. (Parish & Van Dusen, 2007) centran su interés tanto en causas internas como externas o en aspectos biológicos y psicológicos. A su vez dentro de estos marcos explicativos, se pueden encontrar e integrar muy diferentes propuestas teóricas o modelos diferentes de salud. Dicha combinación es una estructura múltiple con explicaciones muy diferentes, las cuales es necesario articular, pero que ofrece una gran riqueza conceptual y teórica. El contexto de múltiple nivel o modelos, unido al carácter cambiante del estado de salud nos indica también la multiplicidad de dicho concepto. Además, los diferentes modelos de salud pueden ser numerosos, siendo todos ellos de utilidad según el momento del proceso salud enfermedad. Realizaré a continuación una descripción de algunos de ellos (para una explicación más extensa ver Juárez, 2010).

## 2.2 Enfoques teóricos relacionados con el concepto de salud.

### Concepto actual de salud

#### El modelo biopsicosocial

Este modelo fue propuesto por Engel (1977), quien afirma que el mismo se enmarca dentro de la teoría general de sistemas; así, es un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud. El modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica (Sperry, 2008) de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias (Havelka, Lučanin, & Lučanin, 2009), permitiendo la confluencia de perspectivas muy diferentes en una concepción holista integrada dentro modelo biopsicosocial, tal como ocurre con la psicología individual (Sperry, 2008). El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Si bien es cierto que carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo otorga al modelo libertad suficiente como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud.

#### El modelo salutogénico

El modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1979, 1987), dentro del marco del modelo biopsicosocial, consiste en una

evaluación integral de la salud con carácter de intervención. El modelo recoge conceptos tales como la personalidad resistente, dureza y resiliencia, con un enfoque interdisciplinar (Almedom, 2005), constituyendo un sólido fundamento teórico para la promoción de la salud (Antonovsky, 1996). Por otra parte, este modelo también tiene una gran vocación social en relación a la disponibilidad de los recursos de afrontamiento y los estresores, los cuales pueden afectar a comunidades enteras (Antonovsky, 1991). Además de estos principios, bases del modelo (Antonovski, 1979, 1987), existe un amplio marco teórico que lo sustenta y que se centra alrededor del sentido de coherencia. El concepto de sentido de coherencia consiste en una disposición generalizada de confianza en que las cosas saldrán bien y en que se puede predecir los estresores, los cuales presentan una cierta estructura. A su vez, existe la creencia de que dichos los recursos de afrontamiento estarán disponibles y merecerá la pena utilizarlos ante las demandas del medio (Antonovski, 1987). Así, el sentido de coherencia conecta el mundo interno con el externo (Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005), construyendo fundamentos para el cambio, con la suficiente flexibilidad y capacidad, según un plan que promueve la dirección y la motivación (Griffiths, 2009). El modelo también incluye el orden y claridad de la información ambiental (Comprensibilidad), la adecuación entre recursos y demandas (Getionabilidad o autosuficiencia), y el dar sentido a los acontecimientos de la vida (Sentido) (FlensburgMadsen, et al., 2005). Este modelo resulta de una gran utilidad en el abordaje de comunidades, debido a la multitud de elementos que integra. Además, a diferencia del biopsicosocial, estos elementos están bien articulados en el modelo.

El modelo de salud positiva El modelo de la salud positiva ha sido abordado desde diferentes disciplinas, tal como la sociología donde la salud se entiende por algunos, como un estado óptimo de capacidades (Parsons, 1964). Igualmente se identifica con bienestar social, incorporando la noción de calidad de vida (Moreno-Altamirano, 2007). Unos de los más firmes defensores del modelo, desde la psicología positiva, son Seligman y Peterson (2003), quienes se apoyan en la tradición humanista, pero con énfasis en la perspectiva positiva. Dentro de este modelo, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) proponen, en relación al pasado, las dimensiones de bienestar, contención y satisfacción, de fluidez y felicidad, en el presente, y la esperanza y el optimismo en cuanto al futuro. Por otra parte, un aspecto importante consiste en el concepto de Flow (Fluir), el cual es la relación entre

las demandas del medio y las habilidades personales Csikszentmihalyi (1998), aunque dicho concepto ha sufrido fuertes críticas (Ellis, Voelkl, & Morris, 1994). En el modelo se plantean que algunas capacidades pueden ser innatas y que, en interacción con el medio, se favorece la expresión de las mismas o no. Debido a la estructura que presenta este modelo, recuerda en cierto modo, los planteamientos de la teoría de la conducta como modelo general. No obstante, es seguro que los desarrollos del mismo lo llevarán a una mayor fundamentación teórica propia. Este modelo proporciona un enfoque esperanzador en la intervención en salud, si bien se echa de menos su articulación con la enfermedad, es decir de qué manera la salud impacta en la enfermedad. También el modelo ha tenido muchas críticas, debido a sus contradicciones epistemológicas, a la separación artificial entre los conceptos positivos y negativos y a la falta de integración de los diferentes aspectos del individuo (Held, 2004).

El modelo holista de salud En el modelo holista de la salud, la salud y la enfermedad no son términos exclusivamente biológicos o psicológicos, sino de la totalidad de la persona y el entorno (Nordenfelt, 2006), es la persona la que enferma no el organismo (Kolcaba, 1997). De acuerdo con esto, la posición filosófica organicista u holista se relaciona con niveles y planos articulados, conectándose actualmente con las teorías de la complejidad (Albrecht, 2000). La relación mente-cuerpo se central en esta perspectiva, al igual que los aspectos de vitalidad, bienestar, complejidad, resiliencia, balance, armonía, etc. (Hamilton, Phillips, & Green, 2004). La psicoterapia, de acuerdo a este modelo, debe integrarse con la espiritualidad, la cual sigue a la intervención terapéutica, contraponiéndose dicha visión a una aproximación monista o a una elementalista (Sperry & Mansager, 2004). En su aproximación desde la medicina alternativa y complementaria, como tendencia hacia el holismo, constituye una medicina multidisciplinar con un fondo humanista (Barrett, 2001). Igualmente, la conciencia es uno de los fundamentos en los que se debe basar la medicina holista (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003a). A la conciencia se llega desde el nivel celular, atravesando la persona y terminando en la conciencia, son diferentes niveles de respuesta (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003b). Lo interesante de lo planteado por estos autores, es que cada nivel tiene un conjunto de alteraciones propias de ese nivel, por lo que no se deben confundir las alteraciones del nivel celular con las de la conciencia, por ejemplo. Otra característica molar que se identifica con una propuesta holista muy bien fundamentada es el concepto

de habilidad, o capacidad, ya que una persona saludable es la que tiene la capacidad de hacer lo que necesita hacer, dentro de un determinado estado mental y corporal y en condiciones estándar (Nordenfelt, 2006). Esta forma de holismo involucra también las posibilidades externas que permiten actuar, las cuales se unen con las capacidades internas (Nordenfelt, 1995, p.42), así como el concepto de felicidad al cual se llega mediante la salud y la obtención de metas en la vida (Nordenfelt, 1995, p. 88). El holismo es actualmente, una teoría y serie de modelos muy bien formulados, estando lejos de aquellas propuestas de carácter mágico que se le atribuyeron en numerosas ocasiones. El modelo de elección personal Este modelo, creado por Glasser (1998) se basa en que las personas satisfacen una serie de necesidades como son supervivencia, amor y pertenencia, poder, libertad y la diversión. Parish y Van Dusen (2007), lo definen como un modelo de salud mental, coincidiendo así con la propuesta de Glasser. Sin embargo, el modelo se ha aplicado a muy diferentes contextos, tales como terapia física (Uppal, 2003), organizaciones (Glasser, 1994), liderazgo (Wubbolding & Brickell, 2004) o cáncer (Weisler, 2006). El modelo se orienta también hacia la felicidad personal y al modo en que las elecciones personales moderan la influencia de otros (Parish & Van Dusen, 2007). Es uno de los pocos modelos que se centra en la situación de la persona en su momento actual y en la distancia que presenta un individuo en cuanto a la satisfacción de las necesidades, poniendo el énfasis en la toma de decisiones. El modelo además ofrece una perspectiva muy optimista de las posibilidades de los individuos en relación a su entorno.

## **2.2. Aptitud física y ejercicio.**

Es toda actividad física estructurada, organizada en un Plan de entrenamiento. **APTITUD FÍSICA:** Es la capacidad que tiene un individuo en realizar todas sus actividades cotidianas e imprevistas, con energía y vitalidad. Además nos permite prevenir enfermedades y mantener un buen estado anímico.

El modelo de salud como bienestar Uno de los significados del término bienestar es el de salud (Kahn & Juster, 2002), el bienestar es igual a salud. Pero el bienestar tiene diferentes dimensiones, por ejemplo el bienestar subjetivo se compone de: a) Satisfacción con la vida, b) Satisfacción con dominios importantes en la vida, c) Afecto positivo, y d) Bajos niveles de afecto negativo (Diener,2000). No obstante, existe una débil relación entre el bienestar obtenido evaluado con indicadores objetivos y el subjetivo (Kahn & Juster, 2002). Otros

dos tipos de bienestar son: a) como realización del potencial personal (eudaimónico) y b) como experiencia de felicidad y satisfacción (hedónico) (Ryff, Singer, & Love, 2004). Por otra parte, el bienestar es también una tendencia adaptativa (Brickman & Campbell, 1971; Kahn & Juster, 2002) y la salud puede consistir en una capacidad para el bienestar o una capacidad para cuidarse y valerse por sí mismo (Fierro, 2000). Kahneman (1999) ha desarrollado un método de muestreo experiencial o evaluación aleatoria del bienestar en los propios individuos, aunque otra alternativa, es evaluar las características o actividades que componen el mismo (Nieboer, Lindenberg, Boomsma, & Van Bruggen, 2005). El bienestar también consiste en un funcionamiento dirigido hacia el máximo potencial (Dunn, 1961), habiéndose sugerido que muchos modelos deberían orientarse hacia propuestas más psicológicas, independientemente del ámbito clínico (Hattie, Myers, & Sweeney, 2004). Nieboer, et al. (2005), consideran que todos los individuos intentan mejorar sus condiciones de vida satisfaciendo ciertas necesidades o alcanzando ciertas metas, mediante la realización de conductas inteligentes; esto les permite conceptualizar el bienestar como la consecución de ciertas metas o la satisfacción de necesidades. Sin embargo, también representa una visión utilitarista del bienestar (Shin & Johnson, 1978). Por su parte, diversos autores (ver Fredrickson, 1998; Seligman, 1991; Snowden, 2001) proponen que el bienestar, es un elemento protector contra los problemas, aunque la UNIVERSIDAD DEL SURESTE 49 otra versión es también adecuada, es decir, es el bienestar subjetivo el que impacta el entorno y no tanto el entorno sobre él (Vaillant, 2003). Así, el bienestar, por la gran cantidad de propiedades que tiene, puede ser un potente factor contribuyendo a la salud, o ser la salud misma, pero el concepto de bienestar utilizado en un caso particular depende de un análisis detenido previo de ese caso. El modelo de salud como madurez La madurez puede entenderse desde dos grandes perspectivas como son la estática, o posesión de unas determinadas características, y la dinámica o procesual, un proceso dirigido hacia algo (Bernal, 2003). En la primera de ellas, pueden estar presentes dimensiones como la biológica, la emocional y la intelectual (Isambert, 1961), o también la psicológica, social y biológica. La madurez consiste también en confianza en el propio juicio, conducta estable y mantener la calma en tiempos difíciles, características que reflejan equilibrio físico, profundidad de mente, fortaleza de carácter y autonomía y autosuficiencia, acompañada de preocupación por los otros (Isambert, 1961).

En relación con la salud mental, la madurez implica un incremento de mecanismos mentales adaptativos tales como altruismo, sublimación, supresión, humor y anticipación (Vaillant, 2000). Igualmente, la madurez emocional se compone de manejo de estrés, manejo de la ira, relaciones saludables con la autoridad, integración, autocontrol, juicio, sexualidad, actitud hacia el aprendizaje, madurez intelectual, responsabilidad, centrarse en sí mismo vs. centrarse en lo social, comunicación, seguridad emocional y equilibrio social. (Dean, 1964, 1966). También consiste en la forma de enfrentarse a ciertas etapas en la vida y los cambios que se inducen en esas etapas, lo que a su vez influye en la madurez (Frank, 1950), es una confluencia entre la historia personal y el momento en que se vive (Douvan, 1997). La propuesta de Erikson (1950), consiste en una descripción de etapas y cambios. Consiste en una síntesis de aspectos epigenéticos biopsicosociales o estadios psicosociales con fuerzas sintónicas y distónicas, con características centrales básicas y crisis psicosociales (Bordignon, 2006). Este concepto presenta grandes ventajas, tal como su integralidad, ya que atiende a la conjunción de numerosas dimensiones. Estructura unas determinadas fases, lo que favorece su análisis diferencial en esas fases y, además, forma parte del lenguaje cotidiano y creencias de los individuos en muchas sociedades, lo que le otorga una gran proximidad vivencial. El modelo de salud como inteligencia emocional Mayer, Salovey y Caruso (2000) proponen una clasificación en tres modelos sobre la inteligencia emocional, e igualmente Fernández-Berrocal y Extremera (2006) proponen tres aproximaciones teóricas al concepto de inteligencia emocional como son el modelo de habilidad, el modelo emocional y de inteligencia social, y el modelo de competencia. También se ha propuesto un modelo general mixto o de personalidad para la inteligencia emocional, dividiéndose en modelos de competencia y modelos del bienestar (AugustoLanda & Montes-Berges, 2009). Sin embargo, la inteligencia emocional presenta escasas correlaciones con la personalidad (Salovey & Grewal, 2005), por lo que la inteligencia emocional se puede entender como una habilidad de uso cognitivo y adaptativo de las emociones (Augusto-Landa, & Montes-Berges, 2009). La salud como resiliencia Ante un evento traumático se deben tener unas propiedades de resiliencia constitucional o neurobiológica, unos adecuados mecanismos internos de afrontamiento, un contexto próximo de apoyo y un contexto social de apoyo más amplio (Smith, 1999). De acuerdo con esto la resiliencia exige la presencia de un evento de alto riesgo o

traumático para poder manifestarse. Entre las reacciones a la adversidad se encuentra el recuperarse hasta el nivel de funcionamiento anterior, lo que se entiende propiamente como resiliencia (Carver, 1998), aunque, por otra parte, la resiliencia consiste también en la capacidad no solo de recuperarse sino de salir transformados y enriquecidos al atravesar por situaciones adversas (Fiorentino, 2008). Así, la resiliencia, se refiere a tener un resultado positivo en circunstancias de alto riesgo psicosocial (Rutter, 1999). La resiliencia comprende factores internos (temperamento y actitud) y factores externos (el bienestar de la comunidad) (Greene, Galambos, & Lee., 2003), pudiendo estar formada por un proceso que conduce a un resultado favorable e involucrando un rango de mecanismos que operan antes, durante y después del encuentro con la situación adversa (Rutter, 1999).

### 2.3 Los factores determinantes de la salud: medio ambiente, estilos de vida, biología humana, los sistemas de salud. Importancia relativa de cada determinante para la salud colectiva

Factores determinantes de la salud R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. Determinantes: variables, condiciones que determinan el nivel de salud de una comunidad. Este concepto se ha ido modificando a través del tiempo: de la concepción biologicista se pasó a un modelo ecológico y finalmente se planteó el concepto de Campo de Salud. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. El Honorable Marc Lalonde (1929 - ), es un destacado abogado que sirvió en su país, Canadá, como Ministro de Salud y Bienestar Social y que en la actualidad es miembro de la Asamblea Legislativa de Ontario representando el Partido de Liberales de Ontario. En 1972 presentó las propuestas para una gran reforma del sistema de seguridad social canadiense. Su labor liderando estas políticas públicas en su país, ha tenido una fuerte influencia en todo el hemisferio. En 1974 publicó "Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses," documento que se conoce como "The Lalonde Report. Partió de la base de que la salud y/o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico. El informe fue aclamado internacionalmente por su enfoque orientado a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Esta idea ya había sido

expuesta por otros autores como el mismísimo Hipócrates. Lalonde llega a la conclusión de que la situación de salud individual y colectiva está muy poco influenciada por las intervenciones biomédicas (servicios médicos, avances farmacéuticos, hospitales). También hace un análisis de cuál es el impacto, sobre la salud real, de las medidas sanitarias/inversión sanitaria llevadas a cabo en Canadá. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales y económicas que influyen en el estado de salud de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local.(1) Según la comisión de Determinantes Sociales de la Salud que forma parte de la OMS, la accesibilidad a la atención de la salud es esencial para una salud equitativa. Los determinantes de la salud se clasifican en torno a cuatro grandes categorías: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y servicios de atención.

**Medio Ambiente.** Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por si solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, los cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación de aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

**Estilo de Vida.** El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su propia salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ello.

**Biología Humana.** Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, dada la

complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, como por ejemplo las enfermedades crónicas, los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y costos altísimos para su tratamiento. Servicio de Atención. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, las ambulancias y otros servicios sanitarios. Este componente se define como Sistema de atención en salud. Habitualmente se gastan grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que desde un principio podrían haberse prevenido. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. Las principales causas de los problemas son socioeconómicos, mientras que las políticas de salud se centran en el tratamiento de las enfermedades sin incorporar intervenciones sobre el entorno social donde se encuentran las “causas de las causas”. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994.

UNIVERSIDAD DEL SURESTE 55 2.4 Salud y derechos humanos La salud es un derecho humano fundamental «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». Casi 70 años después de que se adoptara la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, esas palabras resuenan con más fuerza y pertinencia que nunca. Desde el primer día, el derecho a la salud ha sido un aspecto fundamental de la identidad y el mandato de la OMS, y también es el elemento primordial de mi máxima prioridad: la cobertura sanitaria universal. El derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades

financieras. Nadie debería enfermar o morir solo porque sea pobre o porque no pueda acceder a los servicios de salud que necesita. Es evidente que la salud también se ve condicionada por otros derechos humanos fundamentales, como el acceso a agua potable y saneamiento, a alimentos nutritivos, a una vivienda digna, a la educación y a condiciones de trabajo seguras. El derecho a la salud también hace referencia al derecho que debe tener toda persona a ser dueña de su salud y su cuerpo, y a tener acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser objeto de violencia y discriminación. Toda persona tiene derecho a la intimidad y a ser tratada con respeto y dignidad. Nadie debe ser sometido a experimentación médica, a exámenes médicos contra su voluntad o a tratamiento sin consentimiento informado. Por ello la OMS defiende la idea de la atención centrada en la persona, que es la materialización de los derechos humanos en la práctica clínica. La marginación, la estigmatización y la discriminación tienen consecuencias nefastas para la salud física y mental del individuo. La discriminación en el contexto de la atención de salud es inaceptable y constituye un obstáculo importante para el desarrollo. Ahora bien, cuando a una persona se le ofrece la posibilidad de participar activamente en la asistencia que recibe, en lugar de tratarla como un mero receptor pasivo, se respetan sus derechos humanos, se obtienen mejores resultados y los sistemas de salud son más eficaces.

### 2.3. Salud sexual y métodos anticonceptivos.

La salud sexual consiste en el bienestar, y no meramente en la ausencia de enfermedad. La salud sexual implica el respeto, la seguridad y la libertad frente a la discriminación y la violencia. La salud sexual depende de goce de determinados derechos humanos

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; a través de la creación de leyes, reglamentos, instituciones. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y tratados a plenitud".<sup>1</sup> Según la misma OMS, "requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así que nos permitan tener una adecuada calidad de vida y la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia".

Los métodos anticonceptivos, son sustancias, objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada. Permiten tener el control de la natalidad, ayudando a las parejas a decidir si desean o no tener hijos hasta el momento en que estén preparadas para ello.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos existentes?

Hormonales:

- Orales
- Inyectables
- Implante Subdérmico
- Parches

Naturales:

- Ritmo o Calendario
- Temperatura basal
- Moco cervical
- Coito interrumpido

De Barrera:

- Condón (masculino y femenino)
- Espermicidas
- Dispositivo Intrauterino (DIU)

Definitivos:

- Vasectomía (tradicional y sin bisturí)
- OTB (Oclusión Tubárica Bilateral) o Salpingoclasti

Tenemos un largo camino por recorrer hasta que todo el mundo, con independencia de quien sea, donde viva o cuales sean sus recursos económicos, goce de esos derechos humanos fundamentales. Introducción 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.

Respuesta de la OMS La OMS se ha comprometido a incorporar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud, tanto en los ámbitos nacional como regional, para lo cual tendrá en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y los derechos humanos. Además, la OMS ha reforzado activamente su papel de liderazgo técnico, intelectual y político en lo concerniente al derecho a la salud, lo que supone:

- fortalecer la capacidad de la OMS y de sus Estados Miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos;
- promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales;
- promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud.

La salud es un derecho humano Los derechos humanos Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de

residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Además de los principios de universalidad y no discriminación, los derechos humanos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles; es decir, no se pueden respetar unos sí y otros no, aleatoriamente, porque unos influyen en el disfrute de otros. Es importante subrayar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos no es plenamente vinculante para los Estados, dado que se trata de una mera resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas y su aplicación puede verse limitada por dos factores. Primero, porque dicha resolución no establece medidas concretas para su puesta en práctica. Segundo, porque, ante la presión de diferentes Estados, se incluyó una disposición según la cual todos los derechos y actividades contemplados en la declaración debían ejercitarse en el marco del derecho interno de cada país, lo que suponía una seria limitación para el disfrute de los derechos. Este escollo se superó mediante dos pactos internacionales que desarrollaron los instrumentos de protección y garantía de los derechos: uno recoge y regula los derechos civiles y políticos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y otro incluye los derechos económicos sociales y culturales, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Ambos pactos obligan a los Estados parte a respetar, proteger y garantizar tanto los derechos civiles y políticos, como los derechos económicos, sociales y culturales porque todos los derechos humanos están interrelacionados y son indivisibles. La diferencia esencial entre uno y otro pacto radica en las obligaciones que asumen los Estados al ratificarlos, como consecuencia de la diferente naturaleza de los derechos civiles y políticos, por un lado, y de los derechos económicos, sociales y culturales, por otro. Las obligaciones que resultan del PIDCP son obligaciones de carácter inmediato, es decir, desde el momento en que un Estado ratifica dicho tratado internacional tiene la obligación de respetar y promover todos los derechos reconocidos en él. En cambio, las obligaciones que emanan del PIDESC son de carácter gradual y progresivo, es decir, los Estados tienen que poner todos los medios a su disposición para, progresivamente, permitir el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales. Otros tratados, como por ejemplo el Tratado sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial, la Convención de los Derechos del Niño o el Tratado para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, han complementado la protección de

algunos derechos. La salud como derecho humano La salud es mucho más que ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante entender la salud del modo más amplio posible. La Organización Mundial de la Salud estableció como definición de salud el “estado de completo bienestar físico, mental y social”. A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional. Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un enfoque médico-biológico hasta un concepto global e integral que incorpora el paradigma socio-ecológico (Frutos y Royo, 2006). El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” Como vemos en el artículo 25, son muchos los componentes necesarios para lograr el bienestar. En el derecho a la salud, como en otros derechos humanos, se observa la interdependencia entre los derechos, por lo tanto, en una sociedad en la que no se respeten los derechos fundamentales no puede haber bienestar físico, mental y social, o lo que es lo mismo, vida saludable para las personas que son las titulares del derecho. El derecho a la salud está desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 establece que los Estados partes en el pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y en el segundo párrafo describe algunas de las medidas que se deberán adoptar para garantizarlo. El problema es que la obligación de adoptar medidas es laxa, es decir, se deberán “adoptar medidas” creando condiciones para facilitar la promoción de esos derechos de “forma progresiva” y “en la medida de los recursos disponibles”. El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

## 2.10 Calidad de vida

Deficiencia, discapacidad, minusvalía. Deficiencia, discapacidad y minusvalía El concepto de discapacidad tiende a confundirse o mezclarse con los conceptos de deficiencia y minusvalía. Actualmente existen 650 millones de personas con discapacidad en el mundo. Estas personas con discapacidades pueden verse limitadas en situaciones del día a día. Es por ello, que debemos conocer los conceptos de discapacidad, deficiencia y minusvalía, para poder saber en qué se diferencian. Teniendo claro estos conceptos podemos intervenir sobre ellos y satisfacer las necesidades específicas de las personas que presentan este tipo de limitaciones y favorecer su integración en la sociedad.

Deficiencia Es, según la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (Organización Mundial de la Salud), toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que se produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas (afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas), sensoriales (afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje) o psíquicas (afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down). En ocasiones la misma persona puede padecer simultáneamente dos o más deficiencias. Según la citada clasificación de la OMS, discapacidad es “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La discapacidad se tiene. La persona “no es” discapacitada, sino que “está” discapacitada. Las discapacidades se pueden aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación. En la actualidad, se está redefiniendo el término discapacidad, como falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que como una consecuencia de la deficiencia de las personas. Minusvalía es

“la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y los factores sociales y culturales”. Una persona es minusválida cuando se le niegan las oportunidades de que se dispone en general en la comunidad y que son necesarios para los elementos fundamentales de la vida. La minusvalía incluye tres factores:

- La existencia de una desviación respecto a la norma.
- Su importancia depende de las normas culturales. No se valora igual en todas las culturas.
- Suele suponer una desventaja que puede ser de independencia física, de movilidad, de ocupación y de integración social.

Pondremos ahora unos ejemplos de salud que aclaran con claridad estos 3 conceptos:

- Una persona sin piernas por un problema al nacer (deficiencia motora) tiene problemas para andar (discapacidad motora), y por tanto puede tener problemas de independencia física (minusvalía)
- Una persona con una enfermedad mental como la esquizofrenia (deficiencia psíquica) tiene problemas en su conducta (discapacidad psíquica), y por tanto puede tener problemas de integración social (minusvalía).

Aunque no siempre estos 3 conceptos tienen que estar relacionados. Veamos un ejemplo: Una persona sufre una miopía (deficiencia) pero con el uso de gafas no le impide realizar ninguna actividad en su vida cotidiana. Por lo tanto, esta persona no tiene ninguna minusvalía. Una persona sufre una miopía pero a pesar de llevar gafas, le impide ver con normalidad: esto representa una discapacidad. Se puede considerar que esta persona tiene una minusvalía sólo en caso de que su posibilidad de integración social se vea afectada. Así, vemos que no todas las personas con una deficiencia sufren una discapacidad ni todas las que tienen una discapacidad tienen una minusvalía. Podemos decir que la calificación legal de minusvalía es el documento oficial que acredita que una persona precisa de más apoyos que la mayoría. No significa que esa persona valga menos que los demás sino que se trata del documento administrativo que facilita el acceso a determinados derechos y beneficios reservados a la persona con discapacidad. Por lo tanto, pese a los prejuicios de orden lingüístico que podamos tener, siempre es beneficioso obtener la calificación de minusvalía, que no limita en nada a la persona sino que le proporciona apoyos.

Unidad 3. Proceso de salud enfermedad

### **3.1 Historia Natural de la Enfermedad. Concepto**

Para poder alcanzar el mayor grado de salud en todos los individuos que conforman la comunidad la labor de enfermería debe implementar estrategias y acciones y dirigir los esfuerzos conjuntos para alcanzar los siguientes postulados:

- **Apropiación de los conocimientos en salud:** es el proceso por el cual el individuo obtiene información relacionada a los procesos de aseguramiento y resguardo de la salud, analiza el contenido, profundiza e interioriza los conocimientos, volviéndolos propios, siendo estos una herramienta adecuada para la protección de su salud, permitiéndole adaptarse a las diferentes situaciones que afectan su ser biopsicosocial y afrontarlas positivamente, además de reforzar sus habilidades y capacidades de autocuidado.
- **Para poder lograr la adecuada apropiación de los conocimientos en salud se debe hacer un proceso de educación constante de las situaciones que ejercen mayor impacto en la salud de los individuos y afectan la continuidad de las acciones en la comunidad, esta información debe estar guiada bajo procesos pedagógicos y androgógicos que permitan la captación y comprensión de la información en las diferentes comunidades, pero también con procesos de evaluación constante que favorezcan el refuerzo de los puntos donde se presenten obstáculos en la apropiación de la información.**
- **Adopción de hábitos y conductas saludables:** es la capacidad del individuo para adoptar conductas protectoras para sí mismo y su comunidad que permita potenciar su nivel de salud y prevenir las situaciones que generen desequilibrio en su bienestar y sus interrelaciones, además este proceso incluye el abandono o abstinencia de actividades que el individuo realiza y que afecten a su salud y disminuyan su calidad de vida o sean un factor de riesgo para enfermar y ponga en riesgo a otros individuos.
- **La adopción de hábitos y conductas saludables se logra a través de los esfuerzos conjuntos de la comunidad por modificar los modos de vida de sus miembros a través de procesos de educación, promoción y evaluación constante de situaciones relacionadas con la salud.**
- **Culturización de la salud:** característica fundamental de las políticas estratégicas y acciones dirigidas a la salud de la población para adaptar sus procesos a las particularidades y cualidades propias y únicas de la comunidad a intervenir, permitiendo que las acciones de enfermería tengan la flexibilidad de adaptarse a la cultura y modos vivendum de la población, para potenciar la fijación, aceptación y consecución de las acciones dirigidas para mantener altos niveles de salud. Cuando una intervención en

salud no es flexible y adaptable a la cultura y sistema de creencias y forma de vivir de la comunidad se convierte en otra acción destinada a fracasar y no generar el impacto deseado, pues los miembros de la comunidad no logran adaptarse a esta y se convierte en una carga no deseable para los actores sociales, genera fuga de presupuestos y de energías en el personal de salud.

- Participación ciudadana: tomando como referencia la Constitución Política de la República de Nicaragua, en la Ley 475 de Participación Ciudadana, la definiremos como un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas, con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado (6). Las acciones de la enfermería comunitaria deben tener como objetivo lograr la articulación y participación protagonista de los diferentes entes presentes en la comunidad en el cumplimiento de las políticas y los procesos de salud que garanticen el bienestar de todos los miembros de la comunidad. Además, se debe fomentar la participación voluntaria, continua y organizada de cada individuo de nuestra población diana en los procesos de identificación de problemas y factores que afecten la salud, toma de decisiones y ejecución de acciones que permitan convertir estos factores de riesgo y determinantes del entorno en factores protectores para la salud de los individuos.
- Inter/extra-institucionalización: consiste en que las diferentes instituciones, organizaciones, grupos civiles y personas claves que conforman la comunidad tengan su propio plan de salud que brinde respuesta a las necesidades de cada uno de los miembros de la institución y a sus beneficiarios (inter-institucionalización), pero que a la vez estas estrategias y acciones se encuentren involucradas en un plan macro que contemple todos los esfuerzos de cada uno de los entes comunitarios en una estrategia general que permita el acceso y resguardo a altos estándares de salud a toda la comunidad como conjunto (extra-institucionalización). Esta organización de los esfuerzos de los entes comunitarios les permite actuar de forma propia a cada organismo de acuerdo a su campo de función y experiencia en ejecución de acciones dirigidas a su salud, y a su vez a integrar cada esfuerzo en una estrategia conjunta que le permite compartir experiencias y conocimientos en los diferentes campos de la salud, fortaleciendo así los lazos estructurales de la comunidad. El proceso enseñanza –

aprendizaje de competencias en el ámbito de la enfermería comunitaria. El enseñar/aprender individual de la Enfermería Comunitaria. Existen diversas estrategias de enseñanza, que se pueden utilizar de manera reflexiva para facilitar el aprendizaje significativo de los estudiantes en los diferentes momentos del proceso de enseñanza y aprendizaje; las metodologías individuales de trabajo ofrecen al estudiante la oportunidad de desenvolverse y desarrollar sus potencialidades personales. En las tareas y trabajos individuales el estudiante hace uso de sus habilidades de pensamiento como: la observación, comparación, análisis, síntesis y el razonamiento. En Enfermería Comunitaria se utilizan metodologías individuales para el aprendizaje. Así se evidencia en los discursos de los estudiantes entrevistados: En este sentido, Waldow señala que el proceso de aprender, es una actividad individual que se desarrolla en un contexto social y cultural. Es el resultado de procesos cognitivos individuales (hechos, conceptos, procedimientos, valores) con los que se construyen nuevas representaciones mentales (conocimientos), que posteriormente pueden aplicarse en situaciones diferentes a los contextos en los que aprendieron (Waldow, 2008: 184). Los docentes estudiados en el aula de clases, así como en la práctica de Enfermería Comunitaria, también manifiestan que utilizan metodologías de enseñanza individuales, que privilegian la participación del estudiante en su proceso de aprender. El empleo de una metodología de trabajo individual, es importante en su proceso de aprender, ya que el enfrentarse a una situación que le exija la resolución de una determinada tarea, puede hacer que el estudiante se motive y utilice todas sus capacidades para la resolución de dicha tarea, y por ende, contribuir a su aprendizaje. Sin embargo, en muchas ocasiones para lograr el aprendizaje, se requiere el acompañamiento o ayuda de otra persona, como puede ser, algún compañero más competente. El enseñar/aprender, colectivo/grupal de la Enfermería Comunitaria. Las estrategias grupales o en equipo son fundamentales, principalmente cuando el alumno no logra realizar una tarea por sí mismo. El trabajo colectivo-grupal promueve no solo la construcción de conocimientos, sino el desarrollo de valores como la cooperación, la comunicación y la responsabilidad del equipo de trabajo. La cooperación en la actividad grupal consiste en trabajar juntos para alcanzar objetivos comunes. En una situación cooperativa, los individuos procuran obtener resultados que son beneficiosos para ellos mismos y para todos los miembros restantes del grupo. El aprendizaje cooperativo es el empleo didáctico

de grupos reducidos en los que los alumnos trabajan juntos para maximizar su propio aprendizaje y el de los demás (Johnson, en Díaz Barriga y Hernández, 2010:90). Los docentes entrevistados utilizan metodologías grupales en el proceso de enseñanza aprendizaje, tanto en el aula de clases como en la práctica. En este sentido Demo (2009) señala que es esencial aprender a trabajar juntos, lo que implica que cada miembro del grupo debe presentar una contribución individual elaborada. En el trabajo colectivo cada miembro del grupo debe funcionar correctamente para combinar la originalidad individual, con la exigencia de la cooperación colectiva. El proyecto colectivo debe ser la combinación de las contribuciones individuales, no de los vacíos individuales. El trabajo en equipo es fundamental en el proceso de aprender, En el trabajo grupal se da una interacción entre los miembros en donde se comparte la responsabilidad de la tarea, y con el aporte de todos se soluciona y se construye el conocimiento. Esto permite desarrollar habilidades personales y sociales en el estudiante. UNIVERSIDAD Para el trabajo grupal son determinantes los procesos psicológicos individuales de cada uno de los integrantes del grupo, como la atención, memoria percepción y el razonamiento, los cuales son indispensables para el desarrollo de tareas complejas.

### 1.3 Acceso y manejo de la información en Salud Publica y enfermería comunitaria

Proceso de enfermería comunitaria

Para planificar los cuidados se propone un proceso cíclico, constante de solución de problemas a través del siguiente proceso de enfermería comunitaria:

- Establecimiento de la relación enfermera-comunidad: en todo proceso de la atención de enfermería el primer paso para la administración de cuidados que mejoren de forma positiva el estado de salud, es el establecimiento de una relación cálida y de calidad con nuestro paciente, que permita el intercambio de información personal y brinde seguridad, confianza y que permita conocer más a fondo la identidad de las personas. En la labor del trabajo con la comunidad este primer paso es el más importante y determinante en el futuro desarrollo de acciones y estrategias que permitan el mayor grado de salud y satisfacción de los usuarios. La relación enfermera-comunidad podemos entenderla como el primer contacto del personal de salud con la comunidad, la cual trabajará y formará parte como líder en los procesos sanitarios, en esta etapa la enfermera debe obtener la mayor cantidad de información en cuanto a datos sociodemográficos de la comunidad y sus miembros, que permitan brindarle una noción sobre el terreno a intervenir, los datos geográficos, los mapas de

riesgo para identificar los puntos vulnerables y las posibles amenazas, puntos estratégicos como escuelas, iglesias, refugios, lugares de concentración de masas, datos epidemiológicos, los datos de dispensarización y familiogramas, nombres y funciones de las instituciones y organismos que trabajan en la comunidad, identificar las personas claves para su futura interrelación (estas son los líderes comunales y actores sociales). Además de buscar la mayor cantidad de información disponible sobre la comunidad, se deben programar encuentros con las instituciones y organismos presentes en la comunidad y con las personas clave, hablar de calidad y abierta con ellos, detallando los objetivos de nuestro trabajo y la necesidad de su intervención y participación en cada una de los procesos y acciones para el mantenimiento de la salud de la comunitaria. Cada encuentro debe ser un puente para adquirir confianza y redes de apoyo entre los asistentes además de tratar de establecer líneas y estrategias de acción con el involucramiento y la colaboración de todos los entes comunitarios.

- Valorar del estado de salud y los factores del entorno: la valoración del estado de salud de la comunidad se realizara a través del uso de la herramientas más antigua y efectiva de la práctica de enfermería: la observación. Esta debe realizarse a través de un proceso de análisis profundo de cada uno de los elementos, factores de riesgo/protectores, situaciones y características propias del entorno comunal y cómo estas pueden afectar el mantenimiento de la salud. Este proceso solo puede lograrse a través de la visita directa a la comunidad, dejando así el antiguo paradigma de la enfermera de escritorio y estableciendo contacto directo con las situaciones que se desarrollan en la comunidad. Para realizar una valoración completa de la salud comunitaria los datos obtenidos con la observación de las situaciones y acontecimientos del entorno, debe acompañarse de los registros de la dispensarización de los pacientes, la información obtenida por los entes comunitarios y la apreciación de estos sobre la salud de la comunidad, además del uso de mapas de riesgo que permitan identificar y puntualizar los lugares de mayor riesgo y vulnerabilidad para la afectación de la salud.
- Diagnóstico comunitario: el procesamiento de la información obtenida previamente para poder identificar las principales afectaciones de la salud comunitaria es un proceso que debe ser llevado a cabo por la enfermera en acompañamiento con los representantes de instituciones y organizaciones presentes en la comunidad, y con las personas clave, pues estos conocen más que nadie las situaciones que afectan la salud de la comunidad y cuáles

son las problemáticas que se tiene la capacidad de brindar respuesta de forma inmediata. Además, sienta un compromiso de los entes comunales en el cumplimiento y acompañamiento de las acciones y estrategias planteadas para dar respuesta a la problemática identificada. Este proceso se puede iniciar como una presentación de los datos obtenidos por el análisis de la información que realiza el personal de enfermería, que sugieran las posibles problemáticas que afectan la salud de la comunidad, no debe ser un proceso rígido y dictatorial, debe estar abierto a la opinión y crítica de los demás entes involucrados, además estos pueden sugerir otras situaciones o factores que afectan la salud, a través de un proceso de tormenta de ideas. El diagnóstico comunitario debe ser el proceso por el cual se identifiquen las principales problemáticas y factores que pongan en riesgo la salud de la comunidad y para la definición de estos podemos usar algunas herramientas pedagógicas/ organizacionales como: o Diagrama de Ishikawa o diagrama causa efecto: permitirá que el factor de riesgo pueda ser desglosado en cada una de sus partes hasta identificar cuáles han sido las situaciones que los han causado, y los posibles puntos a intervenir. La forma de usar el diagrama de Ishikawa o también llamado Espina de Pescado es ubicando el problema en la cabeza del pescado, y luego las espinas de mayor tamaño las llamaremos causas principales o primarias y estas son las que causan con mayor magnitud la presencia del problema, de estas espinas más grandes dependen unas de menor tamaño, a estas llamaremos causas secundarias y estas son aquellas situaciones de menor magnitud que colaboran a la formación del problema o producen la causa principal. Método Hanlon de priorización del problema: es un método para el establecimiento de prioridades basado en la magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución, factibilidad de programa o de la intervención. El método Hanlon está basado en cuatro componentes: 1. magnitud del problema. 2. severidad del problema. 3. eficacia de la solución del problema. 4. factibilidad de programa o de la intervención. La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se considera: Puntuación de prioridad:  $(A + B) C \times D$  Mediante este método es posible multiplicar la puntuación obtenida por cada componente que se juzgue como más importante por una cifra correspondiente al peso acordado a cada criterio, que se describe a continuación. • Componente A: magnitud del problema de acuerdo al número de personas afectadas por el mismo, en relación a la

población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia). Su puntuación será del 1 al 10. Lo ideal es que sea medido de acuerdo a las tasas de población afectada dentro de la comunidad, pero este tipo de datos no está siempre disponible en las organizaciones que trabajaran de la mano con el sector salud, además puede ser no entendido por algunos entes comunitarios; por lo cual trabajaremos de acuerdo al porcentaje de población afectada, así si un 10% de la comunidad se ve perturbado lo tomaremos como uno, tomando como 10 la afectación del 100% de los miembros de la comunidad. •

Componente B: severidad del problema. Este componente puede definirse de diferente manera: • Con datos subjetivos: carga social que genera el problema. • Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad, de incapacidad y costos asociados al problema. • Cada factor se valora del 1 al 10, dependiendo de la severidad del problema. •

Componente C: eficacia de la solución. Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual; otorgando una escala de 0,5 a los problemas difíciles de solucionar y 1,5 a los que tienen una posible solución. •

Componente D: factibilidad del problema o de la intervención. Agrupa factores que no están directamente relacionadas con la necesidad o con la eficacia, pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados. • Toma en cuenta los siguientes componentes: – P= pertinencia. – E= factibilidad económica. – R= disponibilidad de recursos. – L= legalidad. – A= aceptabilidad. Este componente determina si impide o permite la realización del programa o de la intervención, cuando se responde con un sí el valor es de 1 punto y de 0 puntos cuando la respuesta es no. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario. Para organizar los datos del método Hanlon podemos usar la siguiente matriz •

Planificación de las acciones e intervenciones con la participación de los entes comunitarios: este es un punto crítico y de vital importancia en la administración de cuidados de enfermería comunitaria, pues aquí se definirán las acciones y estrategias a desarrollar para mantener o recuperar la salud comunitaria, además debe definirse cuidadosamente qué entes comunitarios serán los responsables en el cumplimiento de cada cuidado y establecerse presupuestos alcanzables y accesibles a las capacidades de respuesta de las organizaciones y personas involucradas en este proceso. •

En la definición de las acciones a desarrollar la enfermera debe servir como un monitor el

cual ayuda a brindar la mejor dirección de las opciones que proponen los entes comunitarios para solucionar las problemáticas que afectan la comunidad, en el planteamiento de las acciones se debe hacer el mayor esfuerzo para promover la participación de la ciudadanía en cada uno de los procesos así se garantiza su compromiso y adaptación al resguardo de su propia salud. Se debe usar estrategias que permitan modificar los hábitos y estilos de vida de la población y que UNIVERSIDAD DEL SURESTE 35 logren el mayor nivel posible de adaptación a las nuevas situaciones del entorno, que brinde habilidades y actitudes para fomentar el autocuidado en cada uno de los individuos de la comunidad. Para organizar y planificar las acciones en el plan de cuidados de enfermería comunitaria la enfermera puede utilizar la siguiente matriz: Ejecución y monitoreo de las intervenciones enfatizando la participación ciudadana: en esta fase la enfermera adopta la tarea de brindar asesoría y acompañamiento al cumplimiento de objetivos y actividades propuestas, tratando de brindar el mayor grado de independencia y responsabilidad en desarrollo de la actividad por parte de las organizaciones, instituciones y miembros de la comunidad. • Debe estar presente en aquellos procesos donde su rol como garante de la salud no pueda ser llevado a cabo por otro ente de la comunidad y debe priorizar aquellos problemas que pongan en mayor riesgo la comunidad para brindar asistencia directa y acompañamiento efectivo en la resolución de esta situación. • Evaluación de los resultados con los entes comunitarios: posteriormente al UNIVERSIDAD DEL SURESTE 36 cumplimiento de las actividades propuestas se debe hacer una evaluación detallada de los alcances de la intervención y los resultados obtenidos en cada etapa y por cada uno de los entes participantes, esto permitirá identificar aquellos puntos que se deben fortalecer en la intervención y permite valorar la efectividad y el cumplimiento de los objetivos y qué acciones necesitan ser redireccionadas. Además, debe plantearse las fortalezas y limitantes en cada parte del proceso y compartir las experiencias e inquietudes de los participantes en la intervención. Esta evaluación no debe ser del perfil estático, más bien debe ser un proceso constante con fines de mejora para fortalecer las capacidades y experiencias de la comunidad en la protección y mantenimiento de la salud como conjunto. Diseño metodológico Unidad de análisis: documentos que hagan referencia a las directrices del desarrollo de la salud pública, bases conceptuales del MOSAFC, libros, blogs y revistas sobre los diferentes

modelos de enfermería relacionados al cuidado de la comunidad. Criterios de inclusión para el uso de bibliografía:

- Que tenga relación directa con el abordaje de la enfermería comunitaria.
- Que sean respaldados por universidades, editoriales y organizaciones en pro del desarrollo de la salud.
- Que los conceptos y datos a usar aún estén vigentes y no hayan sufrido actualizaciones recientemente.
- Documentos de teoristas aceptadas por el CIE.
- Última versión del Marco conceptual del MOSAFC.

Variable de estudio: enfermería comunitaria. Método de recolección de datos: la recolección de la información se realizó a través de la lectura minuciosa y a profundidad de cada una de las bibliografías consultadas teniendo como dato de referencia en la búsqueda de información “enfermería comunitaria”, a los documentos que cumplían los criterios de inclusión, se tomó citas bibliográficas para hacer una explicación de los fenómenos a detallar, en algunos casos se tomó cita al no encontrar la bibliografía a la cual el autor hacía referencia en su texto. Técnica de recolección de datos: se llevó a cabo a través del uso de ficheros bibliográficas, tomando la cita de los autores y organizándola en orden según la necesidad del documento a construir, en la cita de citas se separó en un acápite a parte para hacer una búsqueda del documento el cual refería el autor y así poder introducir la información más veraz y fidedigna en la construcción del documento.

## Unidad 2. El concepto de salud 21.

### Concepto de salud: su evolución histórica

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, esta actitud aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América. Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes. La palabra higiene así como el actual juramento hipocrático encuentra su origen en la cultura griega, inspirada en la mitología, Higea "diosa de la salud" e Hipócrates "padre de la medicina". El pueblo romano aplicó sus conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública,

construyendo grandes acueductos para la dotación de aguas como también para el alejamiento de las sustancias de desecho, una gran obra fue la "Cloaca Máxima", obra admirada en la actualidad. En la Edad Media, cuando aparecen las escuelas monásticas, en la Escuela de Salerno, se enseña la medicina hipocrática. Se elaboró un volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene. Este sentido higienista de la salud se ha mantenido hasta hace algunas décadas. El esplendor de la época renacentista también tiene su manifestación en el campo de la promoción de la salud, introduciéndose ideas innovadoras que motivaron grandes avances en materia de salud. El cambio conceptual más importante tuvo lugar en 1946 cuando La Organización Mundial de la salud en su Carta Magna define la salud como "Completo estado de bienestar físico, psíquico y social". Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos y considerando este concepto en un plano integrador de la sociedad y el hombre. La naturaleza múltiple del concepto de salud Resulta difícil definir la salud, al igual que los procedimientos para mantener o recuperar una buena salud, los cuales están determinados por la propia definición. El hecho de que todas las personas tengan un cierto grado de salud (Bergdolt, 1999) y que esta adquiera numerosas formas (Almeida, 2000), cambiando en cada persona y en ciertos momentos de su vida, indica también que todas esas formas podrían parecer aproximaciones parciales a un concepto único (Juárez, 2010, p. 6). Así, tanto los procedimientos de evaluación como los de intervención, cambian, según la definición adoptada. Sin embargo, la cuestión de si la salud es un concepto único o no lo es permanece. El antiguo concepto de la salud negativa, como ausencia de enfermedad, se presentaba como tal concepto único. Esta definición mantiene una gran vigencia actualmente. Esto es cierto en el ámbito de la asistencia profesional médica (Sadegh-Zadeh, 2000) y, en general, en todos los campos de la salud (Juárez, 2010, p. 8). No solo eso, sino que casi ninguna persona querrían tener un diagnóstico médico o psicopatológico, es decir no querría tener una enfermedad o trastorno, lo que da mayor validez a este concepto en la vida cotidiana de cada individuo. Dicha definición de salud está presente en numerosas aproximaciones terapéuticas tal como el enfoque de la discapacidad (World Health Organization [WHO], 2001), el cual asume un concepto de normalidad olvidándose de la propia voluntad del individuo

(Nordenfelt, 1997a), siendo la normalidad una característica de la salud como ausencia de enfermedad (Boorse, 1987). En este enfoque la enfermedad tiene una causa natural (Boorse, 1975). Igualmente, cierta perspectiva de la resiliencia, como recuperación ante eventos de alto riesgo (Hartling, 2008), también se basa en este concepto de salud, ya que la recuperación es la ausencia del daño o la superación del mismo. Sin embargo, en el concepto de salud negativa la valoración social interpreta la disfunción como perjudicial o no (Wakefield, 2007), introduciendo un enfoque social, que a menudo pasa desapercibido en la utilización de esta definición. En esta acepción de salud también existe circularidad entre algunos conceptos, por ejemplo entre lo que se considera disfunción y desorden (Houts, 2001), ya que el desorden existe porque hay una disfunción y la disfunción causa el desorden. Esto, que puede constituir un error lógico, sin embargo ocasiona una interacción entre causas y efectos observables, un fenómeno no recursivo que propicia la inestabilidad, contrariamente a la unidireccionalidad asumida desde la disfunción al desorden. Además, el concepto de enfermedad incorpora síndromes clínicos, desviaciones estructurales, funcionales o mixtas, mecanismos etiológicos y patogénicos y dificultades interpersonales (Jablensky, 2007), dando a la salud como ausencia de enfermedad, un colorido de conceptos múltiples, en los que no son lo mismo las dificultades interpersonales que las desviaciones estructurales. Es decir el concepto se aleja de esa interpretación única en la cual se basaba inicialmente y que no reflejaba la complejidad que tenía el mismo. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 41 Por otra parte, el hecho de que la ausencia de enfermedad no garantice la salud (Nordenfelt, 2000), indica que debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa, parcialmente, esta perspectiva, ya que no se centra en la enfermedad. Sin embargo, es necesario decir que una cosa es la clase de relaciones entre la salud y la enfermedad, de las cuales no me ocupare ahora, y otra cosa es en lo que se centran los diferentes enfoques, los cuales deberían hacer explícita esa relación entre la salud y la enfermedad, lo que a menudo no hacen. En la salud positiva caben dimensiones, tales como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional (O'Donnell, 1989), propiciándose la interacción entre sus componentes (Mezzich, 2005). También pueden existir indicadores molares del estado de bienestar y de percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002), caracterizándose la salud como una propiedad del nivel de la persona, pero no de niveles

inferiores, como los órganos (Nordenfelt, 1997b). Si añadimos a esto, que la salud puede consistir en el hecho mismo de tener salud, de estar saludable (Kugelmann, 2003), entonces la definición de la misma se multiplica infinitamente, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona. La unicidad del concepto de salud, también se ve amenazada cuando se señala que se podrían combinar el concepto positivo de salud, o presencia de características positivas, con el concepto negativo, o ausencia de enfermedad (Mezzich, 2005), que existe la necesidad de considerar el concepto de salud como integrador de las dos (Täljedal, 2004), que el modelo de salud positiva se complementa con el modelo del déficit (Ingram & Snyder, 2006), que el modelo de competencias se complementa con el modelo del déficit (Ward, 1999) o, finalmente, que la salud es una combinación de conceptos tales como ausencia de enfermedad y la percepción subjetiva de salud, (Post, de Witte, & Schrijvers, 1999). UNIVERSIDAD DEL SURESTE 42 La propia Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 1946) señala que la salud es un completo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad, poniendo así de manifiesto la confluencia de ambas perspectivas. Igualmente, esto es lo que hace Keyes (2005), al proponer el concepto de salud mental completa, el cual incorpora tanto la ausencia de enfermedad o diagnóstico, como la presencia de características positivas. Finalmente dentro de una lógica de intervención en las comunidades se proponen múltiples relaciones entre la estructura de atención y los diferentes conceptos de salud (Lando, Williams, Williams, & Sturgis, 2006). Todas estas propuestas, en realidad inciden en la interpretación múltiple que tiene el concepto de salud, el cual abandona la seguridad que proporciona un concepto unificado. Sin embargo, se necesita una conexión teórica entre estas diferentes aproximaciones, por ejemplo se pueden unir los conceptos biológicos con la personalidad, la expectativa, la ansiedad, etc., mediante la hermenéutica y la teoría crítica (Caprara, 2003), proporcionando así una justificación epistemológica y una base teórica de reconstrucción a partir de la interpretación propia de la hermenéutica (de la Maza, 2005) con la capacidad de transformación propia de la teoría crítica (González, 2002; Osorio, 2007). Un modelo de salud relacionado con esta perspectiva a la vez crítica a interpretativa es el de Gadamer (1996), quien propone diferentes niveles de salud en los planos epistemológico, existencial, metodológico, del ser, etc. (Šolcová, 2008). Otros modelos intentan conjugar

diferentes niveles de salud en los planos intraindividual, individual y supraindividual (Almeida, 2001). Dentro de los marcos explicativos actuales se mantienen principios diferentes en cuanto a la ubicación de las causas de la salud. Marcos tales como el médico, el de salud pública, el psiquiátrico y el psicológico. (Parish & Van Dusen, 2007) centran su interés tanto en causas internas como externas o en aspectos biológicos y psicológicos. A su vez dentro de estos marcos explicativos, se pueden encontrar e integrar muy diferentes propuestas teóricas o modelos diferentes de salud. Dicha combinación es una estructura múltiple con explicaciones muy diferentes, las cuales es necesario articular, pero que ofrece una gran riqueza conceptual y teórica. El contexto de múltiple nivel o modelos, unido al carácter cambiante del estado de salud nos indica también la multiplicidad de dicho concepto. Además, los diferentes modelos de salud pueden ser numerosos, siendo todos ellos de utilidad según el momento del proceso salud enfermedad. Realizaré a continuación una descripción de algunos de ellos (para una explicación más extensa ver Juárez, 2010).

## 2.2 Enfoques teóricos relacionados con el concepto de salud.

### Concepto actual de salud

#### El modelo biopsicosocial

Este modelo fue propuesto por Engel (1977), quien afirma que el mismo se enmarca dentro de la teoría general de sistemas; así, es un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud. El modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica (Sperry, 2008) de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias (Havelka, Lučanin, & Lučanin, 2009), permitiendo la confluencia de perspectivas muy diferentes en una concepción holista integrada dentro modelo biopsicosocial, tal como ocurre con la psicología individual (Sperry, 2008). El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Si bien es cierto que carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo otorga al modelo libertad suficiente como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud.

#### El modelo salutogénico

El modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1979, 1987), dentro del marco del modelo biopsicosocial, consiste en una evaluación integral de la salud con carácter de intervención. El modelo recoge conceptos tales como la personalidad resistente, dureza y resiliencia, con un enfoque interdisciplinar (Almedom, 2005), constituyendo un sólido fundamento teórico para la promoción de la

salud (Antonovsky, 1996). Por otra parte, este modelo también tiene una gran vocación social en relación a la disponibilidad de los recursos de afrontamiento y los estresores, los cuales pueden afectar a comunidades enteras (Antonovsky, 1991). Además de estos principios, bases del modelo (Antonovski, 1979, 1987), existe un amplio marco teórico que lo sustenta y que se centra alrededor del sentido de coherencia. El concepto de sentido de coherencia consiste en una disposición generalizada de confianza en que las cosas saldrán bien y en que se puede predecir los estresores, los cuales presentan una cierta estructura. A su vez, existe la creencia de que dichos los recursos de afrontamiento estarán disponibles y merecerá la pena utilizarlos ante las demandas del medio (Antonovski, 1987). Así, el sentido de coherencia conecta el mundo interno con el externo (Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2005), construyendo fundamentos para el cambio, con la suficiente flexibilidad y capacidad, según un plan que promueve la dirección y la motivación (Griffiths, 2009). El modelo también incluye el orden y claridad de la información ambiental (Comprensibilidad), la adecuación entre recursos y demandas (Getionabilidad o autosuficiencia), y el dar sentido a los acontecimientos de la vida (Sentido) (FlensburgMadsen, et al., 2005). Este modelo resulta de una gran utilidad en el abordaje de comunidades, debido a la multitud de elementos que integra. Además, a diferencia del biopsicosocial, estos elementos están bien articulados en el modelo.

El modelo de salud positiva El modelo de la salud positiva ha sido abordado desde diferentes disciplinas, tal como la sociología donde la salud se entiende por algunos, como un estado óptimo de capacidades (Parsons, 1964). Igualmente se identifica con bienestar social, incorporando la noción de calidad de vida (Moreno-Altamirano, 2007). Unos de los más firmes defensores del modelo, desde la psicología positiva, son Seligman y Peterson (2003), quienes se apoyan en la tradición humanista, pero con énfasis en la perspectiva positiva. Dentro de este modelo, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) proponen, en relación al pasado, las dimensiones de bienestar, contención y satisfacción, de fluidez y felicidad, en el presente, y la esperanza y el optimismo en cuanto al futuro. Por otra parte, un aspecto importante consiste en el concepto de Flow (Fluir), el cual es la relación entre las demandas del medio y las habilidades personales Csikszentmihalyi (1998), aunque dicho concepto ha sufrido fuertes críticas (Ellis, Voelkl, & Morris, 1994). En el modelo se plantean que algunas capacidades pueden ser innatas y que, en interacción con el medio,

se favorece la expresión de las mismas o no. Debido a la estructura que presenta este modelo, recuerda en cierto modo, los planteamientos de la teoría de la conducta como modelo general. No obstante, es seguro que los desarrollos del mismo lo llevarán a una mayor fundamentación teórica propia. Este modelo proporciona un enfoque esperanzador en la intervención en salud, si bien se echa de menos su articulación con la enfermedad, es decir de qué manera la salud impacta en la enfermedad. También el modelo ha tenido muchas críticas, debido a sus contradicciones epistemológicas, a la separación artificial entre los conceptos positivos y negativos y a la falta de integración de los diferentes aspectos del individuo (Held, 2004).

El modelo holista de salud En el modelo holista de la salud, la salud y la enfermedad no son términos exclusivamente biológicos o psicológicos, sino de la totalidad de la persona y el entorno (Nordenfelt, 2006), es la persona la que enferma no el organismo (Kolcaba, 1997). De acuerdo con esto, la posición filosófica organicista u holista se relaciona con niveles y planos articulados, conectándose actualmente con las teorías de la complejidad (Albrecht, 2000). La relación mente-cuerpo se central en esta perspectiva, al igual que los aspectos de vitalidad, bienestar, complejidad, resiliencia, balance, armonía, etc. (Hamilton, Phillips, & Green, 2004). La psicoterapia, de acuerdo a este modelo, debe integrarse con la espiritualidad, la cual sigue a la intervención terapéutica, contraponiéndose dicha visión a una aproximación monista o a una elementalista (Sperry & Mansager, 2004). En su aproximación desde la medicina alternativa y complementaria, como tendencia hacia el holismo, constituye una medicina multidisciplinar con un fondo humanista (Barrett, 2001). Igualmente, la conciencia es uno de los fundamentos en los que se debe basar la medicina holista (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003a). A la conciencia se llega desde el nivel celular, atravesando la persona y terminando en la conciencia, son diferentes niveles de respuesta (Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003b). Lo interesante de lo planteado por estos autores, es que cada nivel tiene un conjunto de alteraciones propias de ese nivel, por lo que no se deben confundir las alteraciones del nivel celular con las de la conciencia, por ejemplo. Otra característica molar que se identifica con una propuesta holista muy bien fundamentada es el concepto de habilidad, o capacidad, ya que una persona saludable es la que tiene la capacidad de hacer lo que necesita hacer, dentro de un determinado estado mental y corporal y en condiciones estándar (Nordenfelt, 2006). Esta forma de holismo involucra también las

posibilidades externas que permiten actuar, las cuales se unen con las capacidades internas (Nordenfelt, 1995, p.42), así como el concepto de felicidad al cual se llega mediante la salud y la obtención de metas en la vida (Nordenfelt, 1995, p. 88). El holismo es actualmente, una teoría y serie de modelos muy bien formulados, estando lejos de aquellas propuestas de carácter mágico que se le atribuyeron en numerosas ocasiones. El modelo de elección personal Este modelo, creado por Glasser (1998) se basa en que las personas satisfacen una serie de necesidades como son supervivencia, amor y pertenencia, poder, libertad y la diversión. Parish y Van Dusen (2007), lo definen como un modelo de salud mental, coincidiendo así con la propuesta de Glasser. Sin embargo, el modelo se ha aplicado a muy diferentes contextos, tales como terapia física (Uppal, 2003), organizaciones (Glasser, 1994), liderazgo (Wubbolding & Brickell, 2004) o cáncer (Weisler, 2006). El modelo se orienta también hacia la felicidad personal y al modo en que las elecciones personales moderan la influencia de otros (Parish & Van Dusen, 2007). Es uno de los pocos modelos que se centra en la situación de la persona en su momento actual y en la distancia que presenta un individuo en cuanto a la satisfacción de las necesidades, poniendo el énfasis en la toma de decisiones. El modelo además ofrece una perspectiva muy optimista de las posibilidades de los individuos en relación a su entorno.

El modelo de salud como bienestar Uno de los significados del término bienestar es el de salud (Kahn & Juster, 2002), el bienestar es igual a salud. Pero el bienestar tiene diferentes dimensiones, por ejemplo el bienestar subjetivo se compone de: a) Satisfacción con la vida, b) Satisfacción con dominios importantes en la vida, c) Afecto positivo, y d) Bajos niveles de afecto negativo (Diener,2000). No obstante, existe una débil relación entre el bienestar obtenido evaluado con indicadores objetivos y el subjetivo (Kahn & Juster, 2002). Otros dos tipos de bienestar son: a) como realización del potencial personal (eudaimónico) y b) como experiencia de felicidad y satisfacción (hedónico) (Ryff, Singer, & Love, 2004). Por otra parte, el bienestar es también una tendencia adaptativa (Brickman & Campbell, 1971; Kahn & Juster, 2002) y la salud puede consistir en una capacidad para el bienestar o una capacidad para cuidarse y valerse por sí mismo (Fierro, 2000). Kahneman (1999) ha desarrollado un método de muestreo experiencial o evaluación aleatoria del bienestar en los propios individuos, aunque otra alternativa, es evaluar las características o actividades que componen el mismo (Nieboer, Lindenberg, Boomsma, & Van Bruggen, 2005). El

bienestar también consiste en un funcionamiento dirigido hacia el máximo potencial (Dunn, 1961), habiéndose sugerido que muchos modelos deberían orientarse hacia propuestas más psicológicas, independientemente del ámbito clínico (Hattie, Myers, & Sweeney, 2004). Nieboer, et al. (2005), consideran que todos los individuos intentan mejorar sus condiciones de vida satisfaciendo ciertas necesidades o alcanzando ciertas metas, mediante la realización de conductas inteligentes; esto les permite conceptualizar el bienestar como la consecución de ciertas metas o la satisfacción de necesidades. Sin embargo, también representa una visión utilitarista del bienestar (Shin & Johnson, 1978). Por su parte, diversos autores (ver Fredrickson, 1998; Seligman, 1991; Snowden, 2001) proponen que el bienestar, es un elemento protector contra los problemas, aunque la otra versión es también adecuada, es decir, es el bienestar subjetivo el que impacta el entorno y no tanto el entorno sobre él (Vaillant, 2003). Así, el bienestar, por la gran cantidad de propiedades que tiene, puede ser un potente factor contribuyendo a la salud, o ser la salud misma, pero el concepto de bienestar utilizado en un caso particular depende de un análisis detenido previo de ese caso. El modelo de salud como madurez La madurez puede entenderse desde dos grandes perspectivas como son la estática, o posesión de unas determinadas características, y la dinámica o procesual, un proceso dirigido hacia algo (Bernal, 2003). En la primera de ellas, pueden estar presentes dimensiones como la biológica, la emocional y la intelectual (Isambert, 1961), o también la psicológica, social y biológica. La madurez consiste también en confianza en el propio juicio, conducta estable y mantener la calma en tiempos difíciles, características que reflejan equilibrio físico, profundidad de mente, fortaleza de carácter y autonomía y autosuficiencia, acompañada de preocupación por los otros (Isambert, 1961). En relación con la salud mental, la madurez implica un incremento de mecanismos mentales adaptativos tales como altruismo, sublimación, supresión, humor y anticipación (Vaillant, 2000). Igualmente, la madurez emocional se compone de manejo de estrés, manejo de la ira, relaciones saludables con la autoridad, integración, autocontrol, juicio, sexualidad, actitud hacia el aprendizaje, madurez intelectual, responsabilidad, centrarse en sí mismo vs. centrarse en lo social, comunicación, seguridad emocional y equilibrio social. (Dean, 1964, 1966). También consiste en la forma de enfrentarse a ciertas etapas en la vida y los cambios que se inducen en esas etapas, lo que a su vez influye en la madurez (Frank,

1950), es una confluencia entre la historia personal y el momento en que se vive (Douvan, 1997). La propuesta de Erikson (1950), consiste en una descripción de etapas y cambios. Consiste en una síntesis de aspectos epigenéticos biopsicosociales o estadios psicosociales con fuerzas sintónicas y distónicas, con características centrales básicas y crisis psicosociales (Bordignon, 2006). Este concepto presenta grandes ventajas, tal como su integralidad, ya que atiende a la conjunción de numerosas dimensiones. Estructura unas determinadas fases, lo que favorece su análisis diferencial en esas fases y, además, forma parte del lenguaje cotidiano y creencias de los individuos en muchas sociedades, lo que le otorga una gran proximidad vivencial. El modelo de salud como inteligencia emocional Mayer, Salovey y Caruso (2000) proponen una clasificación en tres modelos sobre la inteligencia emocional, e igualmente Fernández-Berrocal y Extremera (2006) proponen tres aproximaciones teóricas al concepto de inteligencia emocional como son el modelo de habilidad, el modelo emocional y de inteligencia social, y el modelo de competencia. También se ha propuesto un modelo general mixto o de personalidad para la inteligencia emocional, dividiéndose en modelos de competencia y modelos del bienestar (AugustoLanda & Montes-Berges, 2009). Sin embargo, la inteligencia emocional presenta escasas correlaciones con la personalidad (Salovey & Grewal, 2005), por lo que la inteligencia emocional se puede entender como una habilidad de uso cognitivo y adaptativo de las emociones (Augusto-Landa, & Montes-Berges, 2009). La salud como resiliencia Ante un evento traumático se deben tener unas propiedades de resiliencia constitucional o neurobiológica, unos adecuados mecanismos internos de afrontamiento, un contexto próximo de apoyo y un contexto social de apoyo más amplio (Smith, 1999). De acuerdo con esto la resiliencia exige la presencia de un evento de alto riesgo o traumático para poder manifestarse. Entre las reacciones a la adversidad se encuentra el recuperarse hasta el nivel de funcionamiento anterior, lo que se entiende propiamente como resiliencia (Carver, 1998), aunque, por otra parte, la resiliencia consiste también en la capacidad no solo de recuperarse sino de salir transformados y enriquecidos al atravesar por situaciones adversas (Fiorentino, 2008). Así, la resiliencia, se refiere a tener un resultado positivo en circunstancias de alto riesgo psicosocial (Rutter, 1999). La resiliencia comprende factores internos (temperamento y actitud) y factores externos (el bienestar de la comunidad) (Greene, Galambos, & Lee., 2003), pudiendo estar formada

por un proceso que conduce a un resultado favorable e involucrando un rango de mecanismos que operan antes, durante y después del encuentro con la situación adversa (Rutter, 1999).

### 2.3 Los factores determinantes de la salud: medio ambiente, estilos de vida, biología humana, los sistemas de salud. Importancia relativa de cada determinante para la salud colectiva

Factores determinantes de la salud R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. Determinantes: variables, condiciones que determinan el nivel de salud de una comunidad. Este concepto se ha ido modificando a través del tiempo: de la concepción biologicista se pasó a un modelo ecológico y finalmente se planteó el concepto de Campo de Salud.

UNIVERSIDAD DEL SURESTE 52

R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. El Honorable Marc Lalonde (1929 - ), es un destacado abogado que sirvió en su país, Canadá, como Ministro de Salud y Bienestar Social y que en la actualidad es miembro de la Asamblea Legislativa de Ontario representando el Partido de Liberales de Ontario. En 1972 presentó las propuestas para una gran reforma del sistema de seguridad social canadiense. Su labor liderando estas políticas públicas en su país, ha tenido una fuerte influencia en todo el hemisferio. En 1974 publicó "Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses," documento que se conoce como "The Lalonde Report. Partió de la base de que la salud y/o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, de hecho enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico. El informe fue aclamado internacionalmente por su enfoque orientado a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Esta idea ya había sido expuesta por otros autores como el mismísimo Hipócrates. Lalonde llega a la conclusión de que la situación de salud individual y colectiva está muy poco influenciada por las intervenciones biomédicas (servicios médicos, avances farmacéuticos, hospitales). También hace un análisis de cuál es el impacto, sobre la salud real, de las medidas sanitarias/inversión sanitaria llevadas a cabo en Canadá. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales y económicas que influyen en el estado de salud de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas

nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local.(1 ) Según la comisión de Determinantes Sociales de la Salud que forma parte de la OMS, la accesibilidad a la atención de la salud es esencial para una salud equitativa. Los determinantes de la salud se clasifican en torno a cuatro grandes categorías: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y servicios de atención.

**Medio Ambiente.** Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por si solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, los cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación de aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

**Estilo de Vida.** El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su propia salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ello.

**Biología Humana.** Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, como por ejemplo las enfermedades crónicas, los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y costos altísimos para su tratamiento.

**Servicio de Atención.** Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, las ambulancias y otros servicios

sanitarios. Este componente se define como Sistema de atención en salud. Habitualmente se gastan grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que desde un principio podrían haberse prevenido. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. Las principales causas de los problemas son socioeconómicos, mientras que las políticas de salud se centran en el tratamiento de las enfermedades sin incorporar intervenciones sobre el entorno social donde se encuentran las “causas de las causas”. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Aldine de Gruyter, Nueva York, 1994. 2.4

Salud y derechos humanos La salud es un derecho humano fundamental «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». Casi 70 años después de que se adoptara la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, esas palabras resuenan con más fuerza y pertinencia que nunca. Desde el primer día, el derecho a la salud ha sido un aspecto fundamental de la identidad y el mandato de la OMS, y también es el elemento primordial de mi máxima prioridad: la cobertura sanitaria universal. El derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras. Nadie debería enfermar o morir solo porque sea pobre o porque no pueda acceder a los servicios de salud que necesita. Es evidente que la salud también se ve condicionada por otros derechos humanos fundamentales, como el acceso a agua potable y saneamiento, a alimentos nutritivos, a una vivienda digna, a la educación y a condiciones de trabajo seguras. El derecho a la salud también hace referencia al derecho que debe tener toda persona a ser dueña de su salud y su cuerpo, y a tener acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser objeto de violencia y discriminación. Toda persona tiene derecho a la intimidad y a ser tratada con respeto y dignidad. Nadie debe ser sometido a experimentación médica, a exámenes

médicos contra su voluntad o a tratamiento sin consentimiento informado. Por ello la OMS defiende la idea de la atención centrada en la persona, que es la materialización de los derechos humanos en la práctica clínica. La marginación, la estigmatización y la discriminación tienen consecuencias nefastas para la salud física y mental del individuo. La discriminación en el contexto de la atención de salud es inaceptable y constituye un obstáculo importante para el desarrollo. Ahora bien, cuando a una persona se le ofrece la posibilidad de participar activamente en la asistencia que recibe, en lugar de tratarla como un mero receptor pasivo, se respetan sus derechos humanos, se obtienen mejores resultados y los sistemas de salud son más eficaces. Tenemos un largo camino por recorrer hasta que todo el mundo, con independencia de quien sea, donde viva o cuales sean sus recursos económicos, goce de esos derechos humanos fundamentales.

Introducción 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.

Respuesta de la OMS La OMS se ha comprometido a incorporar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud, tanto en los ámbitos nacional como regional, para lo cual tendrá en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de la salud y los derechos humanos. Además, la OMS ha reforzado activamente su papel de liderazgo técnico, intelectual y político en lo concerniente al derecho a la salud, lo que supone:

- fortalecer la

capacidad de la OMS y de sus Estados Miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos; • promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales; • promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud. La salud es un derecho humano

Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Además de los principios de universalidad y no discriminación, los derechos humanos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles; es decir, no se pueden respetar unos sí y otros no, aleatoriamente, porque unos influyen en el disfrute de otros. Es importante subrayar que la Declaración Universal de los Derechos Humanos no es plenamente vinculante para los Estados, dado que se trata de una mera resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas y su aplicación puede verse limitada por dos factores. Primero, porque dicha resolución no establece medidas concretas para su puesta en práctica. Segundo, porque, ante la presión de diferentes Estados, se incluyó una disposición según la cual todos los derechos y actividades contemplados en la declaración debían ejercitarse en el marco del derecho interno de cada país, lo que suponía una seria limitación para el disfrute de los derechos. Este escollo se superó mediante dos pactos internacionales que desarrollaron los instrumentos de protección y garantía de los derechos: uno recoge y regula los derechos civiles y políticos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y otro incluye los derechos económicos, sociales y culturales, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Ambos pactos obligan a los Estados parte a respetar, proteger y garantizar tanto los derechos civiles y políticos, como los derechos económicos, sociales y culturales porque todos los derechos humanos están interrelacionados y son indivisibles. La diferencia esencial entre uno y otro pacto radica en las obligaciones que asumen los Estados al ratificarlos, como consecuencia de la diferente naturaleza de los derechos civiles y políticos, por un lado, y de los derechos económicos, sociales y culturales, por otro. Las obligaciones que resultan del PIDCP son obligaciones de carácter inmediato, es decir, desde el momento en que un Estado ratifica dicho tratado internacional tiene la obligación de respetar y promover todos los derechos reconocidos en él. En cambio, las

obligaciones que emanan del PIDESC son de carácter gradual y progresivo, es decir, los Estados tienen que poner todos los medios a su disposición para, progresivamente, permitir el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales. Otros tratados, como por ejemplo el Tratado sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial, la Convención de los Derechos del Niño o el Tratado para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, han complementado la protección de algunos derechos.

La salud como derecho humano La salud es mucho más que ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante entender la salud del modo más amplio posible. La Organización Mundial de la Salud estableció como definición de salud el “estado de completo bienestar físico, mental y social”. A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional. Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un enfoque médico-biológico hasta un concepto global e integral que incorpora el paradigma socio-ecológico (Frutos y Royo, 2006).

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” Como vemos en el artículo 25, son muchos los componentes necesarios para lograr el bienestar. En el derecho a la salud, como en otros derechos humanos, se observa la interdependencia entre los derechos, por lo tanto, en una sociedad en la que no se respeten los derechos fundamentales no puede haber bienestar físico, mental y social, o lo que es lo mismo, vida saludable para las personas que son las titulares del derecho. El derecho a la salud está desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 establece que los Estados partes en el pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y en el segundo párrafo describe algunas de

las medidas que se deberán adoptar para garantizarlo. El problema es que la obligación de adoptar medidas es laxa, es decir, se deberán “adoptar medidas” creando condiciones para facilitar la promoción de esos derechos de “forma progresiva” y “en la medida de los recursos disponibles”. El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

### 2.5 Otros conceptos relacionados con la salud y la calidad de vida: Deficiencia, discapacidad, minusvalía.

Deficiencia, discapacidad y minusvalía El concepto de discapacidad tiende a confundirse o mezclarse con los conceptos de deficiencia y minusvalía. Actualmente existen 650 millones de personas con discapacidad en el mundo. Estas personas con discapacidades pueden verse limitadas en situaciones del día a día. Es por ello, que debemos conocer los conceptos de discapacidad, deficiencia y minusvalía, para poder saber en qué se diferencian. Teniendo claro estos conceptos podemos intervenir sobre ellos y satisfacer las necesidades específicas de las personas que presentan este tipo de limitaciones y favorecer su integración en la sociedad.

**Deficiencia** Es, según la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (Organización Mundial de la Salud), toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que se produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas (afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas), sensoriales (afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje) o psíquicas (afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down). En ocasiones la misma persona puede padecer simultáneamente dos o más deficiencias. Según la citada clasificación de la OMS, discapacidad es “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La

discapacidad se tiene. La persona “no es” discapacitada, sino que “está” discapacitada. Las discapacidades se pueden aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación. En la actualidad, se está redefiniendo el término discapacidad, como falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que como una consecuencia de la deficiencia de las personas. Minusvalía es “la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y los factores sociales y culturales”. Una persona es minusválida cuando se le niegan las oportunidades de que se dispone en general en la comunidad y que son necesarios para los elementos fundamentales de la vida. La minusvalía incluye tres factores:

- La existencia de una desviación respecto a la norma.
- Su importancia depende de las normas culturales. No se valora igual en todas las culturas.
- Suele suponer una desventaja que puede ser de independencia física, de movilidad, de ocupación y de integración social.

Pondremos ahora unos ejemplos de salud que aclaran con claridad estos 3 conceptos: – Una persona sin piernas por un problema al nacer (deficiencia motora) tiene problemas para andar (discapacidad motora), y por tanto puede tener problemas de independencia física (minusvalía) – Una persona con una enfermedad mental como la esquizofrenia (deficiencia psíquica) tiene problemas en su conducta (discapacidad psíquica), y por tanto puede tener problemas de integración social (minusvalía). Aunque no siempre estos 3 conceptos tienen que estar relacionados. Veamos un ejemplo: Una persona sufre una miopía (deficiencia) pero con el uso de gafas no le impide realizar ninguna actividad en su vida cotidiana. Por lo tanto, esta persona no tiene ninguna minusvalía. Una persona sufre una miopía pero a pesar de llevar gafas, le impide ver con normalidad: esto representa una discapacidad. Se puede considerar que esta persona tiene una minusvalía sólo en caso de que su posibilidad de integración social se vea afectada. Así, vemos que no todas las personas con una deficiencia sufren una discapacidad ni todas las que tienen una discapacidad tienen una minusvalía. Podemos decir que la calificación legal de minusvalía es el documento oficial que acredita que una persona precisa de más apoyos que la mayoría. No significa que esa persona valga menos que los demás sino que se trata del documento administrativo que facilita el acceso a determinados derechos y beneficios reservados a la persona con

discapacidad. Por lo tanto, pese a los prejuicios de orden lingüístico que podamos tener, siempre es beneficioso obtener la calificación de minusvalía, que no limita en nada a la persona sino que le proporciona apoyos.

Unidad 4. Salud pública 4.1 Concepto de Salud Pública, evolución histórica Algunos autores han señalado la falta de servicios de salud pública durante la dictadura de Porfirio Díaz; por ejemplo, José Antonio Rivera Tapia afirma: «El porfiriato no ofrecía condiciones propicias para mejorar la salud de los mexicanos, ya que el reparto desigual de la riqueza hacía que la mayoría de las gentes y ante todo los pobres, carecieran de servicios médicos; la medicina organizada, aunque participaban en las tareas sanitarias lo hacía y esporádicamente y tímidamente, sin preocuparse en realidad por la salud de las masas; las clases dominantes justificaban su indiferencia ante la enfermedad y la miseria dando a éstas como causas, la indolencia y la degeneración de la raza, y el gobierno, en fin, deseoso de inyectar al país la savia vivificante de la inmigración extranjera, abandonaba al proletariado a su propia destrucción»<sup>1</sup>. Otros han apuntado que durante la década de 1920 se introdujeron los sistemas y prácticas sanitarias modernas en México, además de señalar la medicina estadounidense como la principal influencia durante esa época. Armando Solórzano<sup>2</sup> defiende la tesis de que «el sistema moderno de salud en México nació hacia 1920 por influencia de la Fundación Rockefeller»<sup>3</sup>. En este sentido, es importante recalcar que el principal objetivo de este trabajo es exponer y rebatir esas tesis, señalar que las prácticas médicas modernas, incluyendo la salud pública, se introdujeron en México durante la última década del siglo XIX y la primera del XX, y perduraron como formas culturales durante todo ese tiempo, y, además, que la principal influencia de los sistemas sanitarios que se desarrollaron dentro del territorio mexicano fueron las investigaciones y descubrimientos desarrollados en Europa. En primer lugar, abordaremos la salud pública como concepto histórico, con el fin de rastrear la genealogía y las prácticas culturales que brindaron un marco referencial para el nacimiento de lo que en Occidente se conoce como salud pública. En segundo lugar, trataremos la introducción de estas prácticas en el territorio mexicano, el nacimiento de reglamentaciones e instituciones que aplicaron los preceptos por los cuales se regía la salud pública, para dar paso a su consolidación, y

finalizaremos con una breve conclusión. El nacimiento del concepto de salud pública Las grandes epidemias acaecidas durante el siglo XVIII de enfermedades como la viruela (hasta el descubrimiento y la expansión de la vacuna por Edward Jenner [1749- 1823]), el tifus, el cólera y la malaria llevaron a reflexionar sobre la gravedad del problema por contagio, debido a la movilización de personas (principalmente de ejércitos). La mala alimentación era otra causa de enfermedad, evidente en la tuberculosis y el raquitismo; se encontraba también la peste (aparecida en 1720), que siguió siendo endémica en el Mediterráneo occidental. Además, el crecimiento de las ciudades fomentó la acumulación de personas en espacios reducidos, desechos fecales, vísceras de animales, sangre y demás perecederos, que generaban basura, mal aspecto y malos olores, lo cual acrecentó el interés de diversas personas en el tema. «El invento de la cuestión urbana, el triunfo del concepto funcional de la ciudad-máquina, incitan al aseo topográfico, inseparable del aseo social que manifiestan la limpieza de la calle y el aseo de los sitios de relegación. A este respecto, los diversos descubrimientos y reflexiones en torno a las distintas ramas del conocimiento científico, en especial la física y, ya adelantado el siglo XVIII, la química, aportaron instrumentos y herramientas para aplicarlos en los diversos medios de desarrollo humano; es decir, se generaron fundamentos con bases científicas. Por ejemplo, objetos como el termómetro y la mejora en los lentes para microscopios podían generar resultados de manera cuantitativa sobre las investigaciones. En este contexto, los grandes proyectos de los monarcas absolutistas<sup>5</sup> tenían evidentemente repercusiones de hondo calado, tanto en la vida pública como en la privada. Un ejemplo claro fueron los hospitales, que tenían que ver con la idea de bienestar y progreso: «La joya de los hospitales fue el Allgemeine Krankenhaus (Hospital General) de Viena, que tenía dos mil camas, y fue reconstruido en 1784 por el emperador José II. Este hospital era la expresión manifiesta de la determinación de los dirigentes absolutistas ilustrados de centralizar la administración»<sup>6</sup>. En otros países, como Inglaterra, los hospitales se instalaron por iniciativa privada, especialmente gracias a las donaciones de personas con recursos económicos bastante considerables, debido a tres factores: la caridad, que estaba ligada a la idea de la redención; el afán de derrochar para demostrar cierto poder, y la idea ilustrada del mejoramiento de la calidad de vida de las personas. El aumento del número de hospitales en las ciudades, acompañado de una lenta mejora de la ciencia médica y su enseñanza,

contribuyó al desarrollo de la medicina. En aquella época los estudiantes tenían que recorrer los pasillos de los hospitales y estudiar las enfermedades no sólo en los libros, sino también en el cuerpo humano. Se abrió el camino a la clínica mediante la cual Xavier Bichat (1771- 1802) había perfeccionado el método anatomopatológico. También la Ilustración, como movimiento intelectual, trajo consigo una serie de repercusiones en la vida social de las personas, tanto pública como privada. Debido a las ideas que se formaron en ese contexto sobre la educación, algunos filósofos consideraban la razón no como algo ejercido en solitario, sino como un proceso mental dirigido al estudio de la vida que nos rodea, con el objetivo de mejorarla. Dicha concepción se vio confirmada por los juristas de la escuela de derecho natural: «La razón es el único medio por el cual los hombres pueden buscar la felicidad». Pronto la razón se tuvo que atemperar mediante el sentimiento o la sensibilidad ante las impresiones del mundo exterior que constituían una alternativa a los dictados de la razón lógica. «En la alternancia entre la razón y el sentimiento reside gran parte del encanto del siglo XVIII»<sup>7</sup>. Las ideas de la Ilustración, que impactaron durante el Siglo de las Luces, tenían que ver con la promoción del «bien común, [la búsqueda de] la felicidad del pueblo, vencer las enfermedades y recurrir a la razón para entender los fenómenos naturales»; esto tuvo «un impacto notable en el significado que se le daba a la salud y a la higiene que la propiciaba». El hombre logró alcanzar terrenos desconocidos hasta el momento. De forma menos directa, otras medidas contribuyeron a elevar el nivel de la salud pública. En las ciudades más grandes se introdujo y mejoró el suministro de agua, se mejoró la eficiencia de los servicios de recogida de basuras y el alumbrado de las calles redujo el número de homicidios. Podemos identificar al menos tres factores que confluyeron para que se formara un corpus que pudiera ser utilizado por los Estados para el bienestar de los ciudadanos: los avances tecnológicos, los avances científicos y la idea de que el bienestar (la calidad de vida, la salud, etc.) acarrearía progreso. Otro factor de clara importancia fue la Revolución francesa<sup>9</sup>, que tenía como uno de sus ideales el bienestar común; algunos de los ideales de ésta y de la Ilustración vendrían a componer las bases del Estado moderno. Durante la Revolución, e incluso el Consulado, se gestionaron varios proyectos de reforma. De todos estos planes, entre los que se encontraban los de salubridad pública, indudablemente pocas cosas pasaron a la realidad, pues la vida se iba a desarrollar de manera un tanto

distinta. Las medidas adoptadas por los Estados dieron paso a una serie de reglamentaciones que afectaban tanto a la vida como a la muerte de las personas. Esta serie de reglas, que se inmiscuían en la forma de desarrollar la vida, entraron como la humedad, poco a poco, dejando pequeños indicios de cambio de las actividades; las formas culturales mutaron, más nunca bruscamente, y varios de los preceptos se pusieron en práctica o al menos permanecieron como ideales que formaban parte de las reglamentaciones y obligaciones del corpus estatal. Con la consolidación de algunos Estados-nación, las ideas que se habían formado respecto a la limpieza de las ciudades y los inventos para el cuidado y la prevención de enfermedades generaron el ambiente propicio para el nacimiento de la salubridad pública. Por ejemplo, en la recién formada Alemania, Otto von Bismark, el astuto canciller austriaco, puso en práctica «un seguro médico gestionado por el Estado en 1883». Esto da cuenta de las preocupaciones del aparato estatal por crear conciencia sobre el cuidado de la salud de los individuos y, como repercusión indirecta, del resto de las personas. Por otro lado, se habían generado cambios en la estructura de las ciudades, como el drenaje, el alumbrado, etc., mejoras que coincidían, claro, con la idea de progreso y formaban parte de tal. Estos nuevos elementos, prácticamente desconocidos hasta el momento, dieron una significación distinta a la vida de los seres humanos. Las personas ingresaron en un umbral poco conocido hasta entonces, proveído por los aparatos estatales, que se encargaron también de reglamentar e introducir en la vida de la gente tecnologías para propiciar el mantenimiento de la salud. Nuestra actual concepción de la salud pública es algo distinta de la que se tenía a finales del siglo XVIII y principios del XIX. Como hemos observado, la idea era bastante amplia, y en ese momento se consideraban otros aspectos, como el hacinamiento, la mendicidad y la distribución de agua potable, es decir, no existían otras dependencias, y la de salubridad se encargaba directamente de estos asuntos, junto con los ayuntamientos. La salud pública en México En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros<sup>10</sup>, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública<sup>11</sup>. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre las cuales podemos destacar «la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841)». Estas

instituciones cumplían a medias sus funciones, pues no efectuaban aspectos fundamentales, vigentes en esa época, referidos a la salud pública. Aspectos que, dicho sea de paso, estaban muy ligados a la idea de modernidad. Un claro ejemplo fue el del Consejo. El establecimiento de dicha institución dice mucho de las preocupaciones gubernamentales por mantener el buen estado de salud entre la población mexicana, aunque, como señala Hiram Félix Rosas, «en términos generales, entre 1841 y 1880, las tareas del Consejo eran un listado de buenas intenciones. Su desempeño intermitente estuvo marcado por conflictos políticos, carencia de recursos y la relativa desorganización del país. A la luz de las acciones emprendidas, es posible afirmar que la consolidación de este organismo técnico, consultivo, normativo y ejecutivo de la salud pública mexicana comenzó en 1880» Debemos resaltar que algunas medidas de higiene pública existían ya desde épocas tan antiguas como la colonia. La recolección de la basura, el entierro de los difuntos y las cañerías dan cuenta de destellos de modernidad (venidos desde la España ilustrada). Estas medidas, en general, no eran completadas en su totalidad, debido a la falta de fondos o porque algunas eran encomendadas a civiles, que debían correr con los gastos, es decir, que se pretendía que se realizasen con fondos privados y contribuciones mediante una suerte de rifas. «Fue el Virrey Revillagigedo, quien ordenó el traslado de las basuras hacia fuera de las garitas, con el fin de mantener la limpieza en las calles y así fomentar las buenas costumbres, aunque esta medida tuvo que ser cancelada por falta de fondos. Se tenía la idea, más esto no quiere decir que se llevase a cabo en su totalidad. En 1876, Porfirio Díaz, quien duraría 30 años en el poder, se declaraba presidente de México, y con esto se abría una nueva etapa en la historia de México, algo confusa, algo marginada por la historiografía posrevolucionaria y, valga decirlo, la historia oficial. Desde su ascenso al poder, Díaz logró lo que nadie había conseguido hasta el momento: generar estabilidad política en el país. Esto daba pie a que el gobierno pudiera concentrar los recursos económicos en distintos aspectos de orden público de mejoramiento y modernización. Acerca de esto, los «viajeros podrían atestiguar la sólida infraestructura que don Porfirio – como (casi) todo México reverencialmente le decía– había dado al país desde [...] su ascenso al poder en 1876: obras portuarias, excelentes vías férreas, teléfonos, telégrafos, correos». El proyecto modernizador porfiriano buscaba que la capital se convirtiera en una ciudad limpia, ordenada e higiénica, en donde las enfermedades epidémicas y no

epidémicas estuviesen controladas. Si bien el ideal del gobierno de Díaz era modernizar todo México, el efecto fue paulatino; al tratarse de un gobierno centralista, la capital fue la primera en recibir los efectos. Uno de los logros del gobierno del general fue destinar el dinero que se recaudaba de los impuestos a los juegos de azar y las multas a la beneficencia pública a cargo del Consejo Superior de Salubridad. Además, se emitió un reglamento durante 1881 donde se señalaba que «en el Hospicio de Pobres se atenderían 600 internos, y en el Tecpam de Santiago 250 alumnos»<sup>16</sup>. A partir de 1880, el Consejo, que también se encargaba de la asistencia, empezó a publicar un boletín (el primero apareció el 15 de julio de ese mismo año) donde se hacían públicos todos los planes y acciones que el Consejo había realizado a lo largo y ancho del territorio mexicano; además, se crearon 15 sociedades científicas y el 21 de enero de 1882 se celebró el Congreso Higiénico Pedagógico, en el cual se abordaron temáticas relacionadas con la salud y la higiene en las escuelas<sup>17</sup>. Este modelo ideal buscaba enseñar a los mexicanos, desde corta edad, a mantenerse limpios y sanos, y lo que era más importante, a mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades. Era el ideal de progreso reflejado en la sociedad. Una sociedad limpia representaba una sociedad sana, y una sociedad sana representaba una sociedad moderna. No es casual que a muchos de nosotros nos haya tocado vivir inspecciones higiénicas realizadas por compañeros de los grados superiores durante la primaria, incluso a finales del siglo XX. Al término de la década de 1980 se fundaron dos de los primeros institutos dedicados a la investigación: el Instituto Médico Nacional y el Instituto Geológico (1891). En este sentido, es importante señalar que los hospitales no fueron la excepción: en 1895 el médico Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, y el ingeniero Roberto Gayol comenzaron el proyecto de construcción del Hospital General, que abrió sus puertas en 1905. Esto se debía principalmente a la falta de hospitales en higiénicos y ventilados, en condiciones propicias para el tratamiento de los enfermos. Proliferaban hospitales que habían sido fundados a finales del siglo XVIII y principios del XIX, que carecían de las condiciones necesarias para ser considerados higiénicos. Durante la última década del siglo XIX proliferaron en la capital las instituciones de corte científico. La fundación y el desarrollo de centros científicos se debieron al Estado, pero también a los hombres de ciencia. En 1870 surgió entre los médicos mexicanos un interés por las enfermedades hereditarias; prueba de ello

son las distintas tesis y artículos publicados en el transcurso de los últimos 30 años del siglo XIX. Incluso enfermedades de nacimiento como la ceguera eran ya tratadas en la época con la gran variedad de oftalmoscopios que se importaban desde Europa; tal es así que en 1876, poco después del Plan de Tuxtepec, se fundó el Instituto Oftalmológico Valdivieso. El papel que jugaron los médicos fue fundamental para la conciliación de las reglamentaciones sanitarias dentro del país, pues consiguieron aportar científicidad a través de formas de control de la charlatanería, aproximadamente desde la tercera década del siglo XVII, y ello se hizo con medidas expedidas por organismos legisladores regulados por médicos, y no, como antes, por la Iglesia. Las acciones reguladoras de los organismos coordinados por médicos fueron decisivas en el rumbo que tomaría el país respecto a las políticas sanitarias. En 1887 Eduardo Liceaga visitó el laboratorio de Louis Pasteur en París y «recibió ahí el virus atenuado de la rabia en el cerebro de un conejo. Lo trasladó a México y reprodujo el virus según la técnica aconsejada para fijarlo, y el 23 de abril de 1888 vacunó al niño Isidro Delgadillo. Las acciones de salud pública del gobierno a cargo de Porfirio Díaz se extendieron por todo el territorio mexicano. A principios de 1885 se creó un reglamento para la aplicación de la vacuna contra la viruela en los territorios de Baja California, Tepic y el Distrito Federal, que fue aprobado en mayo de ese año y publicado en el Diario Oficial. El tema central del reglamento, que estaba compuesto por 20 artículos, era la importancia de estar prevenidos contra la mortal enfermedad, considerando la vacuna como un elemento de vital importancia, siempre bajo la inspección del Consejo Superior de Salubridad mediante dos representantes (un presidente y un vocal). La presencia médica también era obligatoria; el médico encargado de preservar la vacuna también lo sería de vigilar su administración. Aparte de la campaña contra la viruela, se llevó a cabo otra para combatir la epidemia de peste que cundía en Mazatlán, y según algunos rumores en Baja California. A principios de 1903, cuando la epidemia se vio disminuida, se hicieron cientos de copias de un ejemplar para la prevención de la peste. Además, se realizó una campaña a nivel nacional para hacer frente a la fiebre amarilla y el paludismo, otra contra la tuberculosis que oficialmente empezó en 1907 y otra contra la sífilis de manera permanente. Las enfermedades que azotaron al país influyeron de manera decisiva para que mejoraran de manera gradual diversos aspectos de la salud pública, como los relacionados con el hacinamiento de los enfermos mentales. El manicomio de La

Castañeda, inaugurado en 1910, fue la obra de infraestructura relacionada con la salud pública más grande de México y de América Latina. La salud pública se introdujo en México de manera paulatina. Desde finales del siglo XVII existían diversas prácticas relacionadas con la higiene pública, pero no fue hasta finales del XIX y principios del XX cuando se consolidó en México la aplicación de las prácticas sanitarias modernas, introducidas por el gobierno de Porfirio Díaz. Este momento coincidió con el umbral modernizador que cundía en todo el mundo (por influencia de algunos países de Europa occidental), nuevas tecnologías, innovaciones y nueva metodología en el accionar de la salud pública.

#### 4.2 La nueva salud pública: ámbitos de actuación.

Los métodos de la salud pública

La nueva Salud Pública: ámbitos de actuación

Durante mucho tiempo los científicos han estado ocupados en determinar, entre las diferentes categorías más generales relacionadas con la salud de la población, cuál pudiera hacer la función de centro o integradora de las restantes. Estas categorías fueron apareciendo en el decursar histórico, según las necesidades y los nuevos conocimientos relacionados con el proceso salud-enfermedad, nos referimos fundamentalmente a: Medicina Clínica, Salud Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva y Medicina Comunitaria. Desde el siglo XIX y, sobre todo, desde principios del XX, la mayoría de los autores se inclinaron por Salud Pública (SP), como la adecuada, tanto como centro de las demás como para servir como Ciencia Integradora de múltiples disciplinas afines o relacionadas. Por ejemplo, en EUA aparece la Asociación Americana de SP en 1872 y la primera Escuela de SP en 1883. En octubre de 1991, en la ciudad de New Orleans, Louisiana, EUA, la OPS-OMS reunió un grupo de consulta, integrado por 11 expertos, con el fin de analizar la situación y las tendencias sobre la teoría y práctica de la Salud Pública. Analizaron además los problemas que enfrentan las Escuelas de Salud Pública, los sistemas o modelos de servicios, las condiciones de salud y además, actualizaron las ideas sobre la categoría de salud, acercándose a un consenso en cuanto a definiciones y aspectos conceptuales de la SP como ciencia abarcadora e integradora. Llegar a una aproximación o a un acuerdo en nuestro medio, es importante desde los puntos de vista teórico-práctico y didáctico e, incluso, histórico, político y social. Por eso, en un momento donde para hablar de lo mismo, afloran o se multiplican conceptos que crean confusión, es necesario el análisis, al menos, para llegar a un consenso.

#### Análisis breve de las categorías Medicina clínica

Los

antecedentes de la medicina y de la profesión médica se remontan, prácticamente, a la época en que apareció la escritura, 3 000 años A.N.E, en los primeros estados esclavistas, aunque se acepta que la medicina científica surge en Grecia en la época de Hipócrates. La medicina, considerada como una ciencia social, siempre se ocupó fundamentalmente, de los aspectos curativos y de la clásica relación médico-paciente, con menos posibilidades sobre los aspectos preventivos. Su enseñanza comienza de manera formal en la India, siglo VI A.N.E, pero de modo más racional en Grecia, siglo IV A.N.E. En el siglo XIII aparece la primera Escuela de Medicina en Salerno, Italia.

#### 4.3 Salud Pública y enfermería comunitaria

La categoría SP ha venido evolucionando desde la época de Hipócrates, cuando se comenzó a hablar de la influencia del ambiente físico y social en la salud de la población. Para H. Sigerist la Salud Pública tiene sus raíces en la religión, pues la limpieza era concebida con sentido espiritual, tal como se expresa en el libro Levítico, I 500 a.n.e, pero aclaran que los primeros momentos de la SP fueron en Roma antigua, cuando se conocieron con la denominación de Higiene Pública, que se dedicaba a los aspectos preventivos relacionados con el ambiente físico, en especial agua y acueductos. El desarrollo de la Higiene Pública se detuvo durante el feudalismo y comenzó a resurgir con la Revolución Industrial (xviii) con Raus, Ramazini y, sobre todo, Johan Peter Frank. Este último es considerado el "Padre de la Salud Pública" y estableció la policía médica. En ese momento es cuando el Estado, para conservar las fuerzas productivas, toma mayor partido en el control del agua y la limpieza, agregando también algunos aspectos sobre el modo de vida, como el control de alimentos y de las enfermedades profesionales. El siglo XIX fue de grandes avances en la medicina por la aparición de equipos médicos y los descubrimientos de la bacteriología realizados por Pasteur en 1870 y Koch en 1882. Conjuntamente con lo anterior y la aparición de la medicina social, en la segunda mitad de este siglo, se incentiva el desarrollo de la SP, ampliándose las medidas sanitarias por los Estados e iniciándose el desarrollo de los servicios de salud, como ocurrió en Rusia en 1865 y en Alemania en 1883.5 Debemos recordar que también para Cuba este siglo constituyó un momento de esplendor de la SP, por los trabajos e investigaciones de Tomás Romay y Carlos J. Finlay. En la primera mitad del siglo XX, a causa de un despertar por el interés sanitario, se realizan adelantos en este campo y surgen los ministerios de SP. Con relación a esto último existe un hecho histórico de gran importancia al crearse en

Cuba el primero del mundo, como Secretaría de Sanidad y Beneficencia, y después fueron surgiendo en Alemania, Inglaterra, Francia y otros. Se destacan en esta época autores como Sigerist, Rosen, Lee y Jones y surge una de las primeras definiciones de SP, al menos una de las más conocidas, hecha por el norteamericano Winslow en 1920, que por su importancia se reproduce a continuación: "SP es el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia por el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio; el Control de Enfermedades Transmisibles; educación en Higiene personal; organización de los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo del mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud; organizando estos beneficios para que cada ciudadano se encuentre en condiciones de su derecho natural a la salud y a la longevidad". La prevención marca el inicio de una nueva etapa después de la primera revolución epidemiológica, lo que se incrementa con la segunda revolución epidemiológica. Así la SP continúa ampliando su campo y sus funciones e integra a la atención preventiva de las personas y la del ambiente natural, el entorno social y también los aspectos de la atención curativa. El conservadurismo político en Inglaterra que eliminó el término SP retrasó su uso en muchas partes del mundo, pero actualmente existe un amplio consenso en que la SP se ha convertido en una ciencia integradora y multidisciplinaria. No obstante, persisten aún algunas diferencias como en Canadá y en otros países de América Latina que comentaremos más adelante.

**Medicina social** En la segunda mitad del siglo XVIII, surge en Francia la Higiene o Medicina Social (MS). Higiene para J.A. Rochoux (1838), quien la separa de la higiene individual, y Medicina Social para J. Guerin (1848). Su surgimiento fue motivado por el avance del movimiento progresista, enfrentado a la corriente conservadora contagionista prevaleciente, sobre todo, de los franceses R. Virchow, Villermé, Guerin, Rochoux; el alemán S. Newman y los liberales ingleses como Chadwick. La MS se consideró originalmente como la ciencia que estudia la influencia de los problemas sociales sobre la salud y la enfermedad y sus principios fueron enunciados por Newman de la forma siguiente: La salud del pueblo es un problema de toda la sociedad; • La sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros; • Las condiciones sociales determinan la salud y la enfermedad y deben ser estudiadas; • La terapia médica

debe estar junto a la social. Su continuador, Grotham, propugnó en 1911 la necesidad de la enseñanza de la Medicina Social. En general, la MS ha derivado en diferentes países hacia la práctica en la atención médica. Creo que no es preciso comentar que en Cuba las concepciones son muy similares a las ideas originales de esta ciencia. Medicina preventiva. Medicina comunitaria Para algunos autores ha existido una gran confusión entre Medicina Social y Salud Pública y también de estas con Medicina Preventiva y Medicina Comunitaria. Para M. Terry, tanto la Medicina Preventiva como la Comunitaria surgen en EUA, ambas para oponerse a la Medicina Social. La Medicina Preventiva aparece en el momento del incremento de la prevención de enfermedades en EUA (segunda revolución epidemiológica), pero su concepción siempre quedó en manos de los médicos y teniendo como centro la Medicina Clínica y, por tanto, el enfoque médico. Para este último autor la Medicina Comunitaria surge como sustituta de la Medicina Social, ya que esta es muy parecida al socialismo y se orienta más a la actividad y responsabilidad en el nivel local y menos a la nacional. De todas formas, la palabra clave en ambas, tanto para la Preventiva como para la Comunitaria, es Medicina, por tanto, los términos prácticamente son similares. La Nueva Salud Pública Como mencionamos al principio, para la mayoría de los expertos y especialistas existe el consenso de considerar a la SP, cuya esencia es la salud de la población, como ciencia integradora de diferentes disciplinas afines y de otras como la Economía, la Administración, las Ciencias Sociales y de la conducta (Sociología, Antropología, Psicología Social). Esta amplia concepción integradora de múltiples ciencias de la SP, es uno de sus aspectos importantes donde se incluyen: Epidemiología; Bioestadística; las Ciencias Biológicas; Ingeniería de SP; Sociología; Economía y Economía de la SP; las Ciencias Sociales, incluyendo de la conducta, Ciencias Políticas; de Administración y otras. En la categoría de SP se debe analizar tanto el significado de "salud" como el de "pública". La palabra "pública" no se relaciona con el tipo de servicios (estatal, privado, mixto o no lucrativo), sino con el criterio de que la SP alcanza a toda la comunidad y al individuo sin distinciones, con equidad. En cuanto a "salud" se refiere tanto a la salud o enfermedad individual como a la colectiva. Tiene además la consideración de que la definición de salud y de enfermedad no se enfocan como 2 categorías opuestas ni de forma estática, sino como un proceso: el proceso salud o enfermedad, que puede ser definido como "Un proceso en relación con el bienestar físico, mental y social, que es

individual, particular y global, dinámico y variable y consecuencia de múltiples factores positivos o negativos". Definición de la SP Anteriormente señalamos la definición de Winslow de 1920 y ahora agregamos otras 3: • "La SP se define como el sistema de medidas estatales, socio-económicas y médico- sanitarias encaminadas a la prevención y tratamiento de enfermedades, disminución de la mortalidad y morbilidad, así como garantizar a la población condiciones de vida y trabajo que permitan elevar la capacidad laboral y prolongar el promedio de vida útil de los hombres", Lisitsin 1981. • "Actividad Gubernamental y Social importante, de naturaleza multidisciplinaria y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. La palabra clave es Salud". M. Terry. • "La aplicación de las ciencias sociales, biológicas y de conducta, al estudio de las poblaciones humanas con 2 objetivos: estudio epidemiológico de las condiciones de salud, la investigación de los servicios de salud y la respuesta Social a los problemas de salud. Características de la SP como ciencia La SP se considera hoy como una ciencia que cumple con los preceptos fundamentales de cualquier ciencia, a saber: • Objeto de Estudio • La salud de la población, la respuesta de la sociedad a los problemas de salud. • Regularidades • Las leyes económicas fundamentales. Los principios de la SP cubana: orientación profiláctica; carácter estatal socialista; participación de la población; accesibilidad y gratuidad; integridad y desarrollo planificado; internacionalismo; la unidad entre la investigación-docencia-atención de la salud. Categorías; métodos y técnicas • Instituciones y Profesionales Campos de la SP Los campos de la ciencia SP están intervencionalmente dialécticamente y son: la investigación, docencia y práctica de la SP. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001) Terry M. Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social- Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana. Edit. Ciencias Médicas. 1988: 1-5. Investigación: para la producción de nuevos conocimientos, tanto del estado de salud de la población y sus componentes, como de sus determinantes: el modo y los estilos de vida, el medio ambiente natural, los servicios de salud y los factores biogénéticos, así como de las respuestas de la sociedad a los problemas de salud. Docencia: para la reproducción y enseñanza de los nuevos conocimientos en todos los niveles, tanto en pregrado como en posgrado, manteniendo la educación continuada en el estudio de las disciplinas más importantes y puntuales que la integran. La educación o capacitación es una de las tareas

más importantes. Al graduarse se le considera como un especialista o profesional de la SP y que tradicionalmente se ha denominado como salubrista o sanitarista. Práctica: respuesta y acciones organizadas de la sociedad para dar solución a los problemas y necesidades de salud de los individuos y población. Necesidad de estudiar y aplicar las Reformas de los Sistemas y de nuevos modelos, y su perfeccionamiento. Las reformas son consideradas como procesos de cambios estructurales profundos en lo político, lo técnico y lo administrativo, para lograr a mediano o largo plazo, la cobertura de servicios de salud para la población y lograr: equidad, solidaridad, universalidad, integridad, participación, descentralización. | | Para la práctica, la Salud Pública es imprescindible en el cumplimiento de algunos componentes fundamentales. Componentes de la salud pública como práctica:

- La SP es una ciencia multidisciplinaria y de amplio alcance.
- El enfoque de la atención es individual y colectivo, poblacional.
- La salud y enfermedad se consideran como un proceso determinado por múltiples causas.
- Incluye el ambiente físico, químico, biológico y el social.
- Orientación integral: Prevención primaria, secundaria y terciaria; y primordialmente de la promoción y prevención de enfermedades.

A pesar de que la mayoría de los autores están de acuerdo con lo anteriormente apuntado, persisten inquietudes y existen otros científicos, por ejemplo, en Latinoamérica, que continúan profundizando sobre el tema. Como ejemplo de lo anterior J. Breilh y Granda en Ecuador, J. Paim en Brasil, que hablan de "Salud Colectiva" en lugar de SP y, sobre todo, los primeros plantean que el término incluye la necesidad de transformación de la sociedad y de la participación de los grupos poblacionales en la producción social, es decir, en la producción, la distribución, y el consumo. En Canadá se hace más énfasis en la organización de la práctica y estrategias locales. Enfocando la Salud: La salud pública en la reestructuración de los Servicios de Salud. Asociación Canadiense de SP. Documento de estudio. Metodología en investigación: Diseño Uno de los aspectos más importantes al proponer un proyecto de investigación es la elección del diseño de investigación. El objetivo de éste es obtener información sobre un problema de Salud determinado al que el equipo de investigación intenta dar una respuesta objetiva y válida. No se trata de una mera recogida de datos, sino de un planteamiento que se deriva de los objetivos que se persiguen y de la estrategia y capacidad necesaria para cumplirlos. El diseño epidemiológico de un estudio se define como el conjunto de procedimientos, métodos y

técnicas mediante las cuales un equipo de investigadores selecciona los trabajadores, recopila información y analiza los resultados del estudio de investigación. Permite, según el tipo de investigación, mejorar los conocimientos existentes y obtener respuestas que faciliten la toma de decisiones en relación con la seguridad e higiene y la Salud Laboral. El abanico de posibles diseños es muy amplio y la elección del diseño epidemiológico adecuado se determinará en función de dos parámetros básicamente como son la validez y la viabilidad del estudio. En primer lugar, se trata de evitar que un trabajo o investigación quede invalidado por la falta de un diseño correcto, que ningún estadístico o interpretación sesgada pueda salvar. En segundo lugar, se trata de que sea posible realizarlo en las circunstancias habituales de trabajo. El balance entre estos dos elementos marcará el proceso de planificación del proyecto de investigación que se va a realizar. El planteamiento metodológico comprenderá básicamente: la selección del tipo de estudio, la lista de variables a valorar, incluyendo su nivel de medición, el tipo de sujetos de observación, la fuente de los sujetos a incluir, el tamaño de muestra adecuado y el procedimiento de intervención o de observación para la toma de los datos. Tipos de estudios

La selección del tipo de estudio depende de la hipótesis y de los objetivos. Los principales tipos de diseños epidemiológicos se clasifican: Según la orientación del estudio en el tiempo

- Estudios Longitudinales: estudian los fenómenos a lo largo del tiempo, permiten estudiar a los sujetos en varios momentos a lo largo de un período de tiempo. Aspecto que facilita la determinación de la secuencia de los acontecimientos (secuencia temporal y frecuencia). Obtienen una película de lo que pasa.
- Estudios Transversales: permiten observar un proceso sólo en un momento dado, valorando exposición (FR) y efecto (E) o desenlace en un mismo momento (sólo permiten aventurar la hipótesis sobre qué factor precede a otro). Obtienen una foto de situación. Según la orientación del proceso
- Estudios Retrospectivos:  $E \rightarrow FR$
- Estudios Prospectivos:  $FR \rightarrow E$

Términos que hacen referencia a la relación temporal existente entre el inicio del estudio por el equipo investigador y la aparición del desenlace o efecto. Los prospectivos son los más adecuados dado que permiten obtener incidencias, una mejor planificación y control del estudio lo que mejora la validez de los resultados. Según los objetivos básicos de la investigación

- Estudios Descriptivos: describen las características generales de la distribución del problema de Salud laboral en relación con las variables de persona, lugar y

tiempo, lo que permite generar hipótesis y servir a la planificación sanitaria, es decir, a la toma de decisiones en el ámbito laboral.

- Estudios Analíticos: se plantean para contrastar hipótesis entre dos o más grupos, con el objetivo de que la comparación sirva para comprobar la hipótesis. Los analíticos prospectivos, denominados cohortes, permiten mediante el seguimiento valorar y comparar un grupo de trabajadores expuestos a un factor de riesgo ocupacional frente a otro grupo no expuesto. Según exista o no manipulación en el estudio
- Estudios Observacionales: el investigador mide pero no interviene, es decir, no manipula las variables epidemiológicas, solo las observa, las mide mediante indicadores de frecuencia y las interpreta.
- Estudios Experimentales: el equipo investigador puede manipular a su voluntad la relación causa-efecto, existe asignación controlada -manipulación- del factor sometido a estudio. Para tener una visión global del conjunto de diseños se puede observar la figura 1, que no siendo exhaustiva, ofrece una clasificación sencilla y fácil de comprender.

Figura 1. Tipo de diseños [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001)

Estudios observacionales Cuando simplemente el equipo investigador se limita a observar lo que sucede y no se tiene ningún control. Dentro de ellos, un segundo factor nos hará optar por uno u otro diseño: el conocimiento previo sobre el tema a estudiar.

Estudios Observacionales Descriptivos Cuando no se conozca nada, o casi nada, sobre el tema a investigar. Nos ofrecen una primera aproximación a la perspectiva y distribución de un problema de Salud mediante la simple observación del mismo en un determinado momento y contexto. El objetivo es describir las características y frecuencia de un problema de salud en función de las variables de persona (edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, raza, ingresos,...), de lugar (ámbito laboral para determinar el Mapa de riesgos de un Área de Salud.), y de tiempo (variaciones cíclicas interanuales, polianuales, estacionales, mensuales, semanales). Su principal utilidad: Planificación Sanitaria (toma decisiones, aplicando medidas, actividades o programas) y generar hipótesis que son la base de los estudios observacionales analíticos posteriores. Estos estudios se clasifican en:

Individuales Informe de un caso / Serie de casos: es una aproximación descriptiva que se basa en la experiencia laboral/ocupacional de un trabajador o grupo de trabajadores con un diagnóstico similar. Este tipo de estudios no sirven para probar hipótesis, dado que representan la experiencia de un solo trabajador o un pequeño número sin existir un

grupo control. Estudios de prevalencia, de corte o transversales: estudian la situación de un problema de Salud Laboral en un momento determinado. Es posible identificar a cada uno de los trabajadores de los ámbitos ocupacionales que estudiamos. Proporcionan datos útiles desde el punto de vista de la Planificación y Gestión Sanitaria (identificando problemas, necesidades y grupos de mayor riesgo o vulnerabilidad) y son útiles para evaluar intervenciones sobre la población laboral. Al comparar con otros grupos o poblaciones generales o de referencia en la distribución de los problemas o de los factores de riesgo, permiten hallar diferencias significativas, no se deben al azar, que sirven para generar hipótesis útiles en el diseño posterior de estudios analíticos. Sus ventajas son: fáciles de realizar, repetibles y baratos.

**Poblacionales Estudios Ecológicos:** la unidad de estudio son sectores ocupacionales o poblaciones y no individuos en sí (no es posible identificar a cada uno de los trabajadores de los grupos de población que estudiamos). Requieren la existencia de datos agregados, ambientales o globales. Permiten relacionar, a nivel grupal poblacional, dos variables determinadas en distintos ámbitos geográficos, o temporales. Se apoyan en fuentes de datos e información que han sido previamente publicados. La progresiva informatización de los datos, su accesibilidad a través de la red de internet y la confidencialidad de los datos que impide el uso de la información de manera individualizada, está posibilitando la proliferación de este tipo de estudios. Son utilizados por su potencial para generar hipótesis, aunque sin llegar a poder establecer asociación o causalidad entre las variables a estudio. Su mayor sesgo es realizar deducciones individuales a partir de los datos agregados. Sesgo que se denomina falacia ecológica. De datos agregados, grupales y/o poblacionales se extrapola y se llega a conclusiones individuales. Ejemplo: la alta incidencia y asociación de tuberculosis (TB) en mineros, no nos permite decir que un determinado trabajador de la minería tiene un alto riesgo o probabilidad de padecer TB y/o silicosis. Hay trabajadores que trabajan en la minería; pero no necesariamente bajan a la mina y no todos tienen el mismo grado de exposición laboral. Las ventajas de este tipo de estudio son la rapidez y el bajo coste.

Dentro de los estudios ecológicos existen varios tipos:

- Descriptivos o de mapas: buscan la detección de patrones geográficos.
- Series temporales: comportamiento de los problemas de Salud a lo largo del tiempo.
- Estudios de correlación ecológica: relación entre efectos y nivel de exposición en diferentes poblaciones.

**Estudios Observacionales**

Analíticos Cuando ya existen conocimientos previos sobre la distribución de una determinada enfermedad profesional o efecto ocupacional y queremos explicar el porqué de ese comportamiento (cuál es la causa -causalidad-, qué factores de riesgo están relacionados - asociación-, en qué medida, o qué cantidad del efecto es atribuible a un factor determinado -riesgo-). Se debe hacer una aproximación de tipo observacional (no experimental) que representa la posibilidad de verificación de la hipótesis. Pueden ser a su vez de dos tipos: Estudios de Cohortes o de seguimiento: se seleccionan dos grupos de individuos que difieren en cuanto a su exposición o no al factor de riesgo (FR) que queremos estudiar; se siguen en el transcurso del tiempo -carácter longitudinal del diseño-, y son comparados respecto a la incidencia del efecto (E) -carácter prospectivo del diseño (FR → E)-. Es decir, un grupo de trabajadores que llamamos cohorte (tienen en común alguna característica, trabajan en el mismo sector laboral) ha estado expuesta a un factor de riesgo (FR) determinado: cohorte expuesta. Se procede a comparar la frecuencia de aparición del efecto (E) de interés en este grupo con respecto a otro de características similares, pero que no ha estado sometido a dicha exposición: cohorte no expuesta. Son estudios longitudinales (los trabajadores están sometidos a varias observaciones), prospectivos (hacia delante y permiten el cálculo de incidencias y RR) y estudian la relación causal de la causa al efecto o enfermedad. En la figura 2 se puede observar la estructura básica de este tipo de estudios. Figura 2. Estructura básica de un diseño de Cohortes [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001) Ventajas: cálculo de incidencias (RR), tienen secuencia temporal -de la causa al efecto-, permiten una buena planificación de del estudio y control de los sesgos y analizar varias exposiciones o riesgos ocupacionales a la vez. Inconvenientes: tiempo necesario de seguimiento entre la exposición y el efecto ocupacional, las pérdidas de trabajadores por diferentes motivos, coste elevado, por lo que no son adecuados ni efectivos para estudiar enfermedades laborales y/o profesionales raras ni con largos períodos de latencia entre la exposición o factor de riesgo y el efecto/enfermedad. Estudios de Casos y Controles: los grupos de trabajadores que se van a comparar se seleccionan porque presentan o no el efecto o enfermedad ocupacional (E) a estudio. Se elige un grupo de personas que presentan el efecto o enfermedad laboral (E) de interés - casos-, y se comparan, en cuanto a frecuencia de exposición al factor (FR) en estudio, con

el grupo que hemos elegido como control (trabajadores igual a los casos, pero sin el efecto o enfermedad ocupacional, por ej. un cáncer ocupacional). Se parte de la identificación del efecto (E) y estudiamos las causas que antecedieron (FR) -carácter retrospectivo del diseño (E → FR)- a lo largo del tiempo -carácter longitudinal del diseño-. Son estudios longitudinales (varias observaciones), retrospectivos (hacia atrás) y estudian la relación causal del efecto o enfermedad a la causa. El emparejamiento o matching permite una mejor comprensión de los resultados, un equilibrio entre casos y controles y una mejor detección de la interacción entre factores y efectos. En la figura 3 se puede observar la estructura básica de este tipo de estudios. Figura 3. Estructura básica de un diseño de Casos y Controles [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001) Ventajas: permiten estudiar exposiciones y enfermedades laborales y/o profesionales raras y necesitan poco tiempo, por tanto eficientes. Inconvenientes: no permiten el cálculo de incidencias, por lo que se utiliza una medida indirecta, la Odds Ratio (OR). El problema es la selección adecuada de los controles y los sesgos. Es el estudio donde se puede cometer un mayor número de sesgos. Diseños experimentales o de intervención Cuando tengamos la posibilidad de controlar como investigadores. Estudios cuasiexperimentales Son en parte similares a los experimentales, ya que hay manipulación por parte del investigador en cuanto a la variable exposición de los individuos; la diferencia estriba en que dicha exposición no se estudia de forma individual sino por grupos de población, es decir, no es posible identificar, dentro del grupo expuesto, si todos los individuos, o solamente algunos de ellos, realmente estuvieron bajo el efecto de la variable en estudio. Este tipo de diseños se caracteriza por carecer como mínimo de una de las propiedades de los diseños experimentales: la aleatorización y/o la existencia de grupo control. El objetivo principal de este tipo de estudios es conocer si una intervención o Programa de Salud Laboral está produciendo o no el efecto deseado y diferenciar si los efectos producidos por el Programa son diferentes de los que se hubieran producido de no existir éste, o de haber una intervención alternativa. Pueden ser: Estudios antes-después: estudio cuasiexperimental que valora la efectividad de una intervención en una empresa o grupo de trabajadores. Puede existir o no grupo control, si existe un grupo similar en el que no se interviene, por ej. Con una actividad de Educación Sanitaria en relación con la prevención de una enfermedad profesional. En la figura 4 se

puede observar la estructura básica de este tipo de estudios con grupo control. Figura 4. Estructura básica de un diseño Cuasi-experimental [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001)

Ensayos de Campo: estudio cuasiexperimental que valora la efectividad de una medida preventiva primaria en una población. Ensayos Comunitarios: la unidad de asignación es la comunidad, se aplican a individuos sanos y valoran la eficacia de medidas preventivas en poblaciones. Estudios Experimentales Los individuos se estudian a partir de su exposición y el investigador asigna aleatoriamente los sujetos al grupo expuesto -grupo de intervención- y no expuesto -grupo de control- (la asignación de los participantes en los estudios es aleatoria individual, es decir, cada participante tiene las mismas posibilidades de pertenecer a un grupo u otro). Son los estudios que ofrecen la mayor validez y rigor en la investigación. Es decir, la mejor evidencia científica. Ensayos clínicos: estudios aleatorios controlados, valoran nuevos tratamientos - medicamentos- y técnicas diagnósticas en sujetos individuales. Para aumentar la credibilidad de las conclusiones del estudio y evitar sesgos de selección, información y seguimiento se utilizan técnicas de enmascaramiento:

- Simple ciego: el paciente/trabajador desconoce el grupo de tratamiento al que pertenece.
- Doble ciego: el paciente/trabajador como el profesional sanitario desconocen la asignación individual a los grupos de tratamiento, nuevo o placebo.
- Triple ciego: el paciente/trabajador, ni médico, ni evaluador conocen la asignación del tratamiento. La exposición debe ser presumiblemente beneficiosa para los individuos que la soportarán. Es decir, cumplir el aforismo hipocrático de seguridad del paciente, *Primum Non Nocere*, ante todo no provocar daño. En relación con éste se ha establecido una legislación específica que arranca con el Código de Nuremberg, regulada en España por la Ley del Medicamento (Ley 25/1990) y el RD 561/1993 sobre requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. Se trata del diseño epidemiológico metodológicamente más correcto, además, proporciona el más alto nivel de validez de todos los tipos de estudios (prueba más sólida en la que basar inferencias causales y decisiones profesionales). Si además, es multicéntrico, se hace por distintos equipos de investigación en distintos hospitales, ofrece consistencia en los resultados. Los resultados obtenidos son similares por diferentes equipos de investigación en diferentes lugares. Cada uno de los diseños expuestos tiene ventajas e inconvenientes y a la hora de optar

por uno de ellos hemos de partir de la idea de que no hay diseños perfectos, todos pueden conllevar distintos tipos de errores y sesgos. A menudo, además de los factores relacionados con el objetivo del estudio o con el conocimiento previo del tema, factores de orden económico, ético o estratégico y práctico nos harán descartar opciones metodológicamente óptimas pero impracticables, no viables y quedarnos con diseños alternativos que sean viables, factibles y válidos. También puede denominarse Cruzados o Paralelos. En los primeros, a todos los participantes en el ECA se les administra los dos medicamentos, después del primer tratamiento se someten a un período de blanqueo, tiempo para metabolizar y eliminar el fármaco y, después reciben el segundo tratamiento. En los segundos, a cada participante se les administra un solo medicamento o tratamiento. En la figura 5 se puede observar la estructura básica de este tipo de estudios. Figura 5. Estructura básica de un Ensayo Clínico Aleatorio [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001) Por último, el proyecto de investigación puede ir encaminado exclusivamente a conocer y sintetizar los conocimientos existentes sobre un tema, bien simplemente con una descripción del estado del tema o bien a través de un meta-análisis de los resultados publicados sobre el mismo. El meta-análisis consiste en analizar y comparar los resultados de distintos estudios que previamente han sido publicados sobre una misma enfermedad ocupacional y/o profesional independientemente del tipo de diseño elegido en cada caso, para llegar, si es posible, a conclusiones con mayor potencia estadística y metodológica. Aquí, se seleccionan trabajos de investigación, en lugar de pacientes o trabajadores, en base a la pregunta de investigación que se quiere responder y con un mismo tipo de diseño, generalmente, se basan en ensayos clínicos aleatorizados. Los distintos diseños empleados en investigación, dadas sus características metodológicas, permiten obtener observaciones y resultados con mayor o menor validez y rigor científico, para valorar ésta se han desarrollado distintas escalas, todas ellas están encabezadas por el ensayo clínico aleatorizado multicéntrico. Este trabajo les propone una escala académica fácil de entender y de aplicar en la práctica diaria relacionada con la lectura crítica de artículos científicos y la toma de decisiones. Figura 6. Evidencia científica y diseño

### **Bibliografía básica y complementaria:**

González Vázquez María Susana. Salud pública y enfermería comunitaria.

Manual moderno, Ira, edición. 2018

Zurro Armando Martin. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier, 2da. Edición,2018

G

Martínez Riera, José Ramón. Manuel practico de enfermería comunitaria. Elsevier, 2013

González Guzmán Rafael. La salud pública y el trabajo en comunidad. McGraw – Hill.Ira. Edición, 2011

Galymany Masclans Jordi. Enfermería de salud pública y atención comunitaria.Universitat de **Barcelona**.

**[https://www.youtube.com/watch?v=raUMIiMC\\_P8](https://www.youtube.com/watch?v=raUMIiMC_P8)**

**<https://www.youtube.com/watch?v=39jP3muRH1U>**

**<https://www.youtube.com/watch?v=39jP3muRH1U>**