

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

## MATERIA:

Epidemiología II

## CATEDRÁTICO:

Dr. Cecilio Culebro Castellanos

## PRESENTA:

Diego Lisandro Gómez Tovar

Legislación sanitaria y derechos humanos de  
las enfermedades transmisibles

## GRADO Y GRUPO:

3° B

## LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 24 DE SEPTIEMBRE DE  
2020

Actualmente se vive una situación de mucha preocupación, responde a necesidades reales, que diversos grupos de población están teniendo frente a una insatisfacción de sus necesidades básicas como la salud, la alimentación, el trabajo, la seguridad social, necesidades básicas que sin ellas aumentan los factores de riesgo a contraer enfermedades infecciosas. Una de las principales propuestas de organismos defensores de los derechos humanos, es buscar la implementación de leyes y mecanismos judiciales que, permitan a la población exigir los derechos que no se están cumpliendo. La preocupación es que, si los derechos humanos fundamentales no se respetan, los demás menos.

Es necesario aclarar que, hasta ahora, el término más comúnmente utilizado en los documentos internacionales de derechos humanos es “derecho a la salud”. Sin embargo, este término ha sido mal interpretado o se presta a confusiones, por ser identificado con la idea de “ser saludable”. Idea que sería imposible garantizar como derecho. Erradicar la enfermedad por completo va más allá de las facultades y capacidades del Estado. De esta manera, en la Observación General No. 14 se aclara que el término “Derecho a la Salud” no debe entenderse como un “derecho a ser saludable” sino 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”. En esencia, nosotros tenemos el poder de cuidarnos y tratar de mantener nuestro cuerpo en el punto máximo de estabilidad. De esta manera, hablar de “Derecho a la Salud” es sólo una forma de sintetizar, para usos prácticos, toda la gama de libertades y derechos que implica la protección de la salud como un derecho fundamental del ser humano.

El párrafo 4 de la Observación General No. 14 establece que, el Derecho a la Salud no debe limitarse a la atención médica, debido a que este derecho “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana”. A estos factores, la Observación General les llama determinantes básicos de la salud por ejemplo:

- HACER DEPORTE.
- DIETA SALUDABLE.
- NO ALCOHOL, TABACO NI OTRAS DROGAS.
- DORMIR 7 U 8 HORAS DIARIAS.
- UNA BUENA HIDRATACIÓN.
- VIDA SOCIAL ACTIVA.
- UNA BUENA SALUD SEXUAL.
- MANTENER UNA HIGIENE ADECUADA

Sobre todo, se hace referencia a que, dado que la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Por ello, la lista de determinantes básicos de la salud se ha incrementado, tomando en cuenta dentro de esta categoría, la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género; así como también, algunas inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado. El Derecho a la Salud se podría dividir para tener más claridad en dos grandes ámbitos

1. Determinantes básicos para la salud. Esto incluye políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, de cuidado del medio ambiente y de salubridad, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole.
2. El cuidado de la salud. Esto incluye los servicios de salud que se prestan (materiales y humanos), las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos. A su vez, estos dos grandes grupos se pueden dividir en varios subgrupos. En el caso de los “Determinantes básicos para la salud”
  - a) Condiciones sanitarias del entorno: Esto es, agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación, etc.
  - b) Condiciones biológicas: Epidemias, principales causas de muerte, expectativa de vida, enfermedades nuevas, etc.
  - c) Condiciones socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza, etc.
  - d) Condiciones ecológicas: Emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales, etc.
  - e) Acceso a la educación y a la información, sobre cuestiones relacionadas con la salud.
  - f) Condiciones de violencia y conflictos armados

Por otro lado, el segundo grupo “Cuidado de la salud” puede ser dividido en dos grandes subgrupos:

a) Sistemas de salud: Elementos materiales y humanos necesarios para la atención de la salud (hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez etc.)

b) Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud: Programas mixtos, públicos, privados, porcentaje de recursos económicos del estado, destinados a la salud, etc. Como se puede observar, la meta establecida por el PIDESC, “alcanzar el grado máximo de salud”, no es una tarea sencilla.

Los Estados deben tomar en cuenta todo este gran número de factores de manera conjunta y articulada, para poder garantizar el derecho. Además, es importante considerar que, en su gran mayoría, cada uno de estos factores requiere en mayor o menor medida, de la inversión de recursos económicos por parte del Estado. Lo cual, será un factor de discusión constante en las diferentes corrientes ideológicas de la justicia sanitaria, en las que, las principales discusiones se desarrollan en el ámbito financiero y son fundamentadas en principios éticos que buscan ser la justificación de sus argumentaciones. Cabe señalar que aunque las discusiones teóricas a las que nos referiremos en el siguiente capítulo, se centran en la distribución de los cuidados de la salud, el análisis es pertinente para todos los ámbitos que incluye el derecho a la salud (descritos con anterioridad), ya que es un tema que determina a qué tenemos derecho, en qué momento, quién lo merece y quién no, es decir, fija la forma de distribuir los bienes y servicios de salud. Lo cual, tiene una repercusión directa con la posibilidad de tener una vida digna y un desarrollo individual y social.

¿Se puede hacer exigible el derecho a la salud, en una sociedad que basa sus decisiones políticas y económicas en teorías que niegan este derecho? ¿Podemos aspirar a un modelo de salud universal, cuando las estructuras responden a principios teóricos que niegan la universalidad del derecho?

El objetivo es reconocer los argumentos clave en el debate contemporáneo sobre este derecho fundamental y reubicarlos en posiciones sólidas que se diferencian claramente unas de otras. La importancia de este reconocimiento, es establecer las conexiones entre los argumentos teóricos en sí mismos, con las acciones específicas que adoptan los gobiernos como parte de sus políticas públicas.

Las enfermedades transmisibles comunitarias siguen siendo hoy, un tema a considerar, ya que las infecciones han persistido de forma importante, con igual o mayor intensidad en gran parte del mundo, aunque de forma diferente según nos encontremos en zonas de mayor o menor nivel de desarrollo económico. Así hemos observado un aumento insospechado de enfermedades transmisibles emergentes como el SIDA y la legionelosis, pero también el incremento de

enfermedades que se creían controladas como la tuberculosis, la hepatitis y la malaria. Desde hace muchos años venimos llevando a cabo acciones de vigilancia y control de la infección con un relevante éxito, sin que podamos olvidar que la incidencia de estos procesos y sobre todo la puesta en marcha de procedimientos de vigilancia y prevención, siguen constituyendo buenos indicadores de calidad de nuestro sistema sanitario, tanto de la Gestión de Atención Primaria como de la Hospitalaria. Mucho se ha hablado de la prevención de estos procesos y es, significativo que hoy en día se continúe considerando el lavado de manos como la primera medida de lucha contra la infección de eficacia demostrada

Las enfermedades infecciosas están producidas por microorganismos como hongos, protozoos, bacterias y virus, aunque no todas las especies pertenecientes a estos grupos tienen la misma capacidad de producir enfermedades. La posibilidad de infección depende en parte de las características de los microorganismos, la virulencia intrínseca, la infectividad y la cantidad de material infeccioso (inóculo).

El término infección expresa la invasión y multiplicación de un agente infeccioso en un huésped humano o animal. Una enfermedad infecciosa es el conjunto de manifestaciones clínicas producidas por una infección. Una enfermedad transmisible es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso o sus toxinas, que se produce por la transmisión de ese agente o toxinas desde un huésped infectado o un reservorio inanimado, a un huésped susceptible. Las enfermedades transmisibles son todavía hoy en día una importante causa de morbi-mortalidad, constituyendo un problema de salud muy importante fundamentalmente en los países en desarrollo. Sin embargo, la aparición de nuevas enfermedades o el distinto comportamiento de enfermedades ya conocidas demuestran claramente que todos los países son vulnerables. Por ello, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles es una prioridad en salud pública, extensible a todo el Sistema Sanitario y de manera muy importante a la Atención Primaria.

El control se basa en la adopción de medidas para lograr la disminución de la transmisión de la enfermedad y conseguir una disminución de su incidencia. Para ello, hay que tener un conocimiento lo más exhaustivo posible de la cadena epidemiológica de cada enfermedad: fuente de infección y reservorio, mecanismos de transmisión y huésped susceptible. Las medidas de intervención irán dirigidas a todos los eslabones de la cadena.

- Medidas sobre la fuente de infección y reservorio
- Cuando el reservorio es animal, las actuaciones van dirigidas al diagnóstico, tratamiento, aislamiento, sacrificio y decomiso de los animales. También medidas de desinsectación y desratización

- Cuando el reservorio es telúrico, irán dirigidas al control del medio ambiente y desinfección.
- Cuando el hombre es la fuente de infección, las medidas irán dirigidas al diagnóstico, tratamiento precoz y a la adopción de medidas de aislamiento que dependerán del tiempo de transmisibilidad de la enfermedad, de las vías de eliminación de microorganismos y de las características del medio ambiente. Se basan fundamentalmente en las precauciones estándar o universales

#### Medidas sobre el mecanismo de transmisión

- Contacto directo: dirigidas fundamentalmente a la educación sanitaria para concienciar al sujeto enfermo o portador de que adopte conductas responsables desde el punto de vista personal y colectivo (uso de mascarillas, preservativos, normas higiénicas)
- Contacto indirecto: higiene de manos, uso adecuado de barreras (guantes, mascarilla), desinfección y/o esterilización de instrumental, control de aguas de consumo, recreativas y residuales, medidas de higiene y control alimentario.
- Vectores: desinsectación, desratización, control de residuos.
- Medidas sobre la población susceptible:
- Profilaxis activa: administración de vacunas
- Profilaxis pasiva: administración de antimicrobianos (quimioprofilaxis) y/o inmunoglobulinas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales BOE, 10/11/1995.
2. RD 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, BOE N° 27, 31/1/1997.
3. Resolución de 4 de marzo de 1999 de la Dirección General de Trabajo por la que se admite a depósito y se dispone la publicación del Pacto sobre la Constitución de los Servicios de Prevención en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud
4. RD 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. BOE N° 124, 24/5/1997.
5. Protocolo Ministerial de Vigilancia Sanitaria específica frente a agentes biológicos Comisión de Salud Pública, Consejo Interterritorial del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo. Diciembre de 2001. <http://www.msc.es/salud/ambiental/home.htm>
6. “Targeted Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection” Centers for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR, June 9, 2000, Vol 49, N° RR-6.
7. Informe técnico de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación e Instituto de Salud Pública de la CM. Brote Comunitario de sarampión CM. Año 2006. Casos notificados entre el 1 de enero y el 14 de junio de 2006.
8. Instituto de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Brote comunitario de rubéola en la población residente de la Comunidad de Madrid, año 2005. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Vol 11, N° 11, noviembre 2005:39-63.
9. C. Caso Pita, D. Insausti Macarrón, M.L. Rodríguez de la Pinta, et al. Hepatitis víricas en personal sanitario: evolución temporal. Med Segur Trab 2004; Vol L N° 194: 11-21.
10. Orden 827/2005 de 11 de mayo de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M nº 116, 17 de mayo de 2005: 41-44.