



Nombre de alumnos: Yoani Perez Gordillo

Nombre del profesor: José Elías Martínez

Nombre del trabajo: Mapa Conceptual de unidad 3 y 4

Materia: Salud Pública Comunitaria.

Grado: 7to

Grupo: Único

3.1 Historia natural de la enfermedad. Concepto.

La historia natural de la enfermedad se refiere al proceso evolutivo que experimenta una patología sin que intervenga ningún médico. En pocas palabras, es el curso de la enfermedad desde que inicia hasta su resolución, pero sin que haya intervención médica.

Periodos de la historia natural de la enfermedad.

La historia natural de la enfermedad se divide en dos periodos.

El periodo de génesis, mejor conocido como prepatogénico y el periodo patogénico, llamado también evolución natural de la enfermedad.

Periodo prepatogénico

El periodo prepatogénico es la fase anterior a la enfermedad.

En esta etapa la enfermedad aún no se ha desarrollado, lo que significa que la persona afectada no presenta síntomas clínicos, ni cambios a nivel celular, de tejidos u orgánicos.

Periodo patogénico

El periodo prepatogénico es la fase anterior a la enfermedad.

El periodo patogénico es el que se da cuando todas las circunstancias y características del período prepatogénico coinciden en un huésped.

Periodo subclínico.

Es la fase en la que un agente causal invade al huésped. Esta etapa se caracteriza por la aparición de lesiones anatómicas o funcionales, aunque sin la presencia de signos o síntomas de la enfermedad.

Periodo clínico.

Esta fase se inicia con el primer síntoma o signo de la enfermedad. Ese momento lleva por nombre horizonte clínico. Con esa primera manifestación llega una serie de síntomas o signos, además de complicaciones y secuelas.

3.2 Intervenciones a lo largo del proceso salud enfermedad. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México.

Las condiciones de salud en México han mejorado en forma drástica en los últimos 50 años. Entre 1955 y 2005 la esperanza de vida al nacer aumentó 45% para alcanzar una edad de 75.4 años, y las tasas de mortalidad infantil descendieron 83%. No obstante, el constante aumento en el nivel promedio de salud de la población se ha acompañado de desigualdades persistentes en diferentes segmentos de la misma.

La transición epidemiológica en México

Siguiendo el modelo general de la transición epidemiológica, el patrón de causas de muerte en México ha evolucionado con rapidez en las últimas décadas.¹² En 1955 las enfermedades transmisibles fueron responsables de 70% de todas las muertes en el país, pero hoy en día sólo contribuyen con 12%. Durante este mismo intervalo, la proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles se ha elevado de 23 a 75% del total de muertes.

Las cifras nacionales esconden cierto grado de variación en la magnitud de la transición epidemiológica en las distintas subpoblaciones en México. Por ejemplo, la fracción de muertes atribuibles a enfermedades transmisibles es 2.2 veces más alta en el estado de Chiapas (uno de los más pobres en el país) que en el estado de Sinaloa (uno de los más prósperos).

Definición de prioridades para las intervenciones de salud en México, 1993-2000

La historia de la definición de prioridades para las intervenciones de salud en México ofrece un ejemplo de cómo las presiones internas y externas se han combinado para crear un contexto político único para la reforma de salud. El concepto de diseñar un paquete esencial de intervenciones de atención médica sustentado en la carga de la enfermedad y en consideraciones de costo-efectividad fue introducido por el Banco Mundial en 1993 en el Informe de Desarrollo Mundial.

La definición e introducción de un paquete significó un cambio con respecto a políticas previas las cuales se enfocaron en gran medida en estrategias ad hoc por el lado de la oferta para extender el acceso a la atención médica, hacia un proceso de asignación de recursos más equitativo y racional que permitiera dirigir esfuerzos por el lado de la oferta con el objeto de incrementar la cobertura en áreas marginadas en medio de una crisis económica.

Definición de prioridades para las intervenciones de salud en México, 2001-2006

Las asignaciones previamente definidas en función de la oferta y los programas sustentados en la provisión de paquetes de intervenciones ya existentes debían ser compatibles con la nueva estructura financiera y organizacional. De esta manera, se diseñó un conjunto definido de manera explícita de paquetes de cobertura como la base para el acuerdo de obligaciones y responsabilidades entre el gobierno federal, los estados y las familias afiliadas.

No obstante, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), administrado centralmente, hoy en día cubre 17 intervenciones incluyendo tratamientos de 11 cánceres de niños, tratamiento de cáncer cervicouterino, manejo de la sepsis neonatal e insuficiencia respiratoria, cuidados de recién nacidos prematuros, terapia antirretroviral para VIH/SIDA y cirugía de cataratas, a un costo promedio per cápita de 3.5 dólares americanos.

3.2 Intervenciones a lo largo del proceso salud enfermedad. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México.

Evidencia para la definición de prioridades en México

Conforme ha avanzado el diseño y la implantación de los tres paquetes de intervención ofrecidos por el SPSS, los esfuerzos sistemáticos para construir la evidencia para la priorización de intervenciones de salud se han concentrado en dos grandes conjuntos de insumos analíticos para la toma de decisión.

Por un lado, han sido desarrolladas estimaciones de la carga de enfermedad para evaluar la magnitud de diferentes problemas de salud. Por otro lado, los análisis de costo-efectividad han sido utilizados para ponderar los beneficios potenciales a nivel poblacional de las diferentes intervenciones contra sus costos económicos.

Carga de la enfermedad, lesiones y factores de riesgo.

Se llevó a cabo un análisis de la carga de la enfermedad a nivel nacional y una valoración comparativa de riesgos en México siguiendo enfoques estandarizados usados internacionalmente. Los métodos se resumen en el apéndice.

Los cálculos para la carga de la enfermedad basados en años de vida ajustados por discapacidad reflejan los años de vida saludable perdidos. Las mediciones de la carga ponderan las muertes a diferentes edades mediante los años de vida perdidos comparados con una referencia estándar (y así asignan una mayor ponderación a la mortalidad infantil).

Costo-efectividad de las intervenciones para la salud.

Aunque la necesidad de la evaluación económica como insumo para la planeación política de la salud en un escenario de restricciones presupuestales ha sido reconocida ampliamente, hoy en día el uso de la información del costo-efectividad de diferentes intervenciones para la definición de prioridades se mantiene limitado en la mayoría de los países en desarrollo.

Estos nuevos análisis de costo-efectividad se realizaron en dos fases. Una primera fase utilizó guías internacionales sobre los métodos de análisis de costo-efectividad para producir modelos para enfermedades específicas y estimaciones para las siguientes intervenciones: vacuna del neumococo, vacuna de la influenza, vacuna del rotavirus, detección de cáncer de mama, detección de cáncer cervicouterino, tratamiento de cánceres de niños (incluidos 11 cánceres diferentes), diálisis y trasplante renal, trasplante de córnea y cuidados intensivos neonatales.

3.2 Intervenciones a lo largo del proceso salud enfermedad. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México.

Consideraciones no relacionadas con salud para la definición de prioridades

La asignación eficiente de recursos resultante del análisis de costo-efectividad, es sólo una de las consideraciones críticas en el proceso de definición de prioridades. El marco de desempeño del sistema de salud desarrollado por la OMS recalca la importancia de atender otros retos intrínsecos más allá de la generación de una mejor salud de la población.

El sistema de salud, a su vez, debe buscar reducir inequidades tanto en la distribución de las ganancias de salud como los niveles de atención entre diferentes grupos poblacionales. Más allá de estos retos intrínsecos del sistema de salud los cuales son susceptibles de medición como fuentes adicionales de evidencia en la definición de prioridades, otra categoría de consideraciones incluye una gama de preocupaciones no técnicas, como las presiones políticas que deben ser atendidas en cualquier esfuerzo por implementar una reforma en una sociedad democrática.

Lecciones globales

Los países en general, pero en particular las economías en desarrollo, comparten rasgos comunes que hacen particularmente útil el intercambio de experiencias en la definición de prioridades de salud. Una parte importante del mundo en desarrollo enfrenta una transición epidemiológica, como es el caso de México; asimismo, la preocupación sobre la distribución de las ganancias en salud es relevante en el ámbito mundial.

El ejercicio de definir prioridades de manera explícita presenta la rara oportunidad de vincular un problema social en particular la presión y la complejidad de las necesidades de salud de la población con políticas basadas en evidencias, adaptadas a las circunstancias particulares e impulsadas por la inquietud fundamental de cómo optimizar el uso de recursos escasos destinados a mejorar la salud de la población.

3.3 La prevención, conceptos y tipos de prevención. Intervenciones posibles a lo largo del proceso salud – enfermedad Niveles de prevención

En el desarrollo de la enfermedad pueden involucrarse otros elementos que afecten el curso natural evolutivo de esta. Con la prevención es posible interrumpir la cadena de acontecimientos que conforman la historia natural de la enfermedad, las cuales conducen al deterioro progresivo de la salud del individuo afectado.

Nivel de prevención primaria

Este primer nivel de prevención se aplica durante el periodo de génesis de la enfermedad. Es decir, durante el periodo prepatogénico. En este caso el objetivo es intentar eliminar o disminuir los factores de riesgo presentes en la comunidad.

En este nivel de prevención se busca mantener la salud del individuo y promoverla a través de diferentes acciones. Para prevenir una enfermedad y promover la salud suelen aplicarse medidas económicas, educativas y sociales. Estas incluyen actividades relacionadas con la alimentación, la educación higiénica, el desarrollo de la personalidad, exámenes periódicos, saneamiento del agua, basura, alimentos, ruido y todo lo que tiene que ver con el medio ambiente.

Nivel de prevención secundaria

En este nivel se incluyen medidas que se aplican en el periodo de latencia de la enfermedad. En este nivel de prevención el objetivo es hacer un diagnóstico precoz que pueda dar origen al tratamiento oportuno subsiguiente.

Cuando se aplica la prevención secundaria es porque ya no es posible aplicar acciones que eviten la aparición de enfermedades. Esta barrera se centra en hacer un diagnóstico temprano preferiblemente antes de que ocurran manifestaciones clínicas. También se enfoca en la curación de enfermo antes de que puedan presentarse daños irreversibles. O incluso en la prevención de complicaciones y secuelas, entre otras cosas.

Nivel de prevención terciaria

Este es el nivel de prevención que se aplica cuando ya no es posible aplicar los dos niveles anteriores. Se trata de medidas que se aplican durante el periodo de expresión de la enfermedad. Es decir, en su fase sintomática. En este caso se lleva a cabo un tratamiento agudo y rehabilitador.

El objetivo es intentar la recuperación de individuo enfermo hasta donde sea posible, tomando en cuenta las capacidades que le quedan. Entre las medidas que pueden aplicarse en este nivel de prevención se encuentran la recuperación máxima de la funcionalidad, el cambio psicosocial del paciente, la terapia ocupacional, la utilización al máximo de las capacidades, la educación de familiares, grupos escolares y hasta empresas para difundir el apoyo de discapacitados, entre otras cosas.

Unidad 4. Salud pública 4.1 Concepto de Salud Pública, evolución histórica

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 Solórzano² defiende la tesis de que «el sistema moderno de salud en México nació hacia 1920 por influencia de la Fundación Rockefeller»

El nacimiento del concepto de salud pública

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.

En este contexto, los grandes proyectos de los monarcas absolutistas⁵ 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 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

La salud pública en México

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.

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. 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.

4.2 La nueva salud pública: ámbitos de actuación. Los métodos de la salud publican. 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 de cursar 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.

Ámbitos de actuación

En octubre de 1991, en la ciudad de New Orleans, Luisiana, 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

El desarrollo de la Higiene Pública se detuvo durante el feudalismo y comenzó a resurgir con la Revolución Industrial con Raus, Ramazini y, sobre todo, Johan Peter Frank. Este último es considerado el "Padre de la Salud Pública" y estableció la policía médica.

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 anunciados por Newman.

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.

Tipos De Estudios

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 → FR
- Estudios Prospectivos: FR → 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.