



**Nombre del alumno: García Aguilar
Paola Montserrat**

**Nombre del profesor: DR. Sergio
Jiménez Ruiz**

Materia: Interculturalidad salud I

Grado: Primer semestre

Grupo: "B"

PASIÓN POR EDUCAR

Sistemas

de atención de Salud

El gasto mundial en salud y por ende las posibilidades de asignación equivocada, desperdicio y distribución desigual de los recursos es enorme.

La situación económica mundial ha empeorado desde que en 1977 se proclamaron los objetivos de salud para todos.

Ante la situación de depresión económica y con la necesidad de aplicar una nueva política sanitaria para el logro de la meta de "Salud para todos", los países se encuentran en la búsqueda de un realofo de sus políticas sanitarias que les permita: **a)** Incorporar la concepción moderna de salud pública, **b)** disminuir los costos en salud, **c)** Enfrentar la transición epidemiológica que se ha producido debido a la transición demográfica que se han experimentado a su vez todos los países.

Así como los economistas modernos han tenido que examinar el "despegue" económico del mundo occidental, cualquier persona que desee comprender las dimensiones del progreso y de la crisis en el campo de medicina, debe también analizar el "despegue" médico y sanitario que tuvo lugar en Europa al rededor del Siglo XVIII.

Foucault en una interesante tesis sostiene que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario. El capitalismo, que se daaueve a fines del siglo XVIII y comienzo del siglo XIX, socializó un primer objetivo, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva de la fuerza laboral. Reconoce para ello 3 etapas de la formación de la medicina social, del estado, laboral

La **medicina del estado** se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII y se caracterizó por:

- 1). Un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad y el nivel del propio estado, de los diferentes fenómenos epidémicos y endémicos.
- 2). Conferir a la universidad y corporación médica sobre la formación médica y concesión de títulos.
- 3). Establecer una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos.
- 4). Crear responsabilidad de los funcionarios médicos

nombrados por el gobierno, que asumen la responsabilidad de una región, su dominio por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confiere el saber.

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, donde a finales del siglo XVIII surgió una **medicina social**.

El hacinamiento de la población y las epidemias urbanas constituyeron problemas de la vida en la ciudad. Para eliminar los fenómenos médicos y políticos que causaban inquietud en la población se tomaron medidas; surge el "modelo médico y político de la cuarentena". El plan de cuarentena fue un ideal político-médico de la buena organización sanitaria de las ciudades del siglo XVIII.

La **medicina urbana** con sus métodos de vigilancia, de hospitalización, no fue más que un perfeccionamiento. La higiene pública fue una variedad refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana. El concepto de salubridad aparece al comienzo de la revolución Francesa y el de higiene pública había ser el concepto de Francia a principios del siglo XIX que abarca lo esencial de la medicina social.

Hasta el segundo tercio del siglo XIX no se planteó el problema de pobreza como fuente de peligro médico.

Lo que actualmente entendemos como un derecho y que la OMS ha propuesto desde 1977 como una meta en el Programa mundial de Salud para todos en el año 2000, no ha sido considerado así en el decurso histórico. Se han descrito 3 principios fundamentales que han regido históricamente la asignación de recursos para la atención de salud.

El primer principio aplicado ante todo en el sector privado considera la atención de salud como un elemento más del Sistema de recompensa que se asigna partiendo del poder adquisitivo. Las Instituciones de la Seguridad Social funcionan de acuerdo con el segundo principio (mérito reconocido, necesidad de prestar atención a un grupo definido de la población), el tercer principio, plantea la necesidad de ayudar a los grupos más vulnerables de la sociedad y de este modo proteger el bien común.

La participación del estado en la atención de salud se remota a los siglos XVIII y XIX. Sin embargo actualmente la participación del estado como suministrador de atención de salud se adquiere magnitudes diversas, varía de un país a otro y tiene diferencia de estructura orgánica, cobertura de la población y amplitud de los beneficios de estos servicios de salud.

Un sistema de salud o sistema de servicios de salud es el que específicamente acepta y afronta la responsabilidad de mantener o mejorar la situación de salud de la población aunque no siempre sea el único. Mientras que atención en salud es el conjunto de acciones de estimulación, promoción, reparativas de la integridad y del desarrollo de la capacidad física, mental y social de las personas y poblaciones.

Bibliografía

Fresno Chávez, D. C. (1996). Sistemas de atención de salud (I). Scielo.org.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006