

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Nombre del alumno:

Juan daniel Vázquez jimenez

Nombre del docente:

DRA. Itzel citlilhi Trejo muños

Nombre de la materia:

Salud publica

Actividad:

Resumen sobre de educación sanitaria

Correo electrónico:

Jimnesdaniel2005@gmail.com

Fecha de entrega 2 de diciembre

TAPACHULA DE ORDOÑEZ A 2 DE DIEMBRE DEL 2021

Objetivo:

- Identificar la educación sanitaria como estrategia de actuación para lograr los objetivos de salud pública.
- Modificar los hábitos de la comunidad para conseguir un mejor estilo de vida.
- Adoptar una actitud profesional como agentes sanitarios.
- Participar como equipo y agentes en educación sanitaria.

INTRODUCCION:

en la época moderna de la salud pública pueden distinguirse, en los países actualmente desarrollados, dos etapas claramente diferenciadas. En la primera etapa desde mediados del siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX los problemas de salud predominantes eran las enfermedades infecciosas (tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, diarreas infantiles, fiebre tifoidea, paludismo, enfermedades infecciosas propias de la infancia, etc). En la segunda etapa (época actual) predominan las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, cirrosis hepática, drogodependencias.

La educación sanitaria es fundamental, como se demostrará a lo largo de este resumen para que la población comprenda la necesidad de los programas de salud pública, para que participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y para que dé apoyo a las medidas que comprenda.

RESUMEN:

El ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, analizó en 1974 la cuestión de los determinantes de la salud y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico en salud pública.

**DETERMINANTES DE SALUD, FACTORES SOCIALES:
CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE.**

- Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza:
 - Biológica (bacterias, virus, protozoos, hongos, artrópodos, polen)
 - Física (ruidos, radiaciones, polvo, humos, desechos sólidos o líquidos.
 - Química (óxidos de azufre, óxidos de nitrógeno, hidrocarburos, mercurio, plomo, dioxinas, cadmio, plaguicidas.
 - Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, promiscuidad sexual, estrés, competitividad.

Es preciso señalar, no obstante, que todos estos factores están muy influidos por factores sociales. Desde los albores de la salud pública moderna es bien sabido que la salud y la enfermedad están desigualmente distribuidas entre la población. También se sabe que esta desigual distribución obedece, en gran parte, a diferencias sociales y culturales entre los individuos, grupos y colectividades. Numerosos estudios efectuados en Estados Unidos después de la aparición del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados. También han confirmado que la distribución de los recursos que estos países destinan al sector salud está extraordinariamente sesgada a favor de la asistencia sanitaria, la cual se lleva la mayoría de los recursos.

Como consecuencia de los informes y estudios citados, en la segunda parte de los años setenta surgió una importante corriente de pensamiento en Estados Unidos y Canadá que recomendaba cambiar las prioridades de la salud pública en estos países. Esta corriente proponía dedicar mayor porcentaje de recursos a la prevención y a la educación sanitaria, con el fin de corregir el importante sesgo observado entre las prioridades marcadas por la epidemiología y la distribución de los recursos monetarios a cada uno de los cuatro grandes determinantes de la salud mencionados en el informe Lalonde. Posteriormente, esta corriente de opinión se extendió también por Europa y los demás países desarrollados. En cualquier caso, aunque los esfuerzos en los últimos años han sido importantes, los continuos avances tecnológicos de la asistencia sanitaria y la inercia de gastos que todo sistema de asistencia sanitaria comporta hacen que hoy en día, incluso en Canadá, persista todavía en gran parte el sesgo señalado por Lalonde en su informe del año 1974.

Es probable que existan tantas definiciones de educación sanitaria como profesionales u organismos han tratado de definirla. Este hecho no es exclusivo de la educación sanitaria, sino que se produce también en las demás ciencias sociales.

Cuando se analizan las diferentes definiciones propuestas por los autores que se han ocupado del tema, por la Asamblea Mundial de la Salud, por los comités de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o por los organismos y asociaciones de carácter nacional o internacional cuya área de interés es la educación sanitaria, se observa que en todas ellas hay un objetivo común: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. El objetivo último son los

comportamientos. La modificación de los conocimientos y las actitudes no es más que un vehículo para conseguir el cambio de comportamiento.

En cualquier caso, se observan importantes diferencias entre unas y otras definiciones, en especial en lo que concierne a la forma de conseguir el cambio de comportamiento (acciones sobre el individuo o también sobre el medio ambiente) y a las conductas que hay que modificar (sólo las que guardan relación con la promoción de la salud o también las relacionadas con el restablecimiento de la salud).

Al mismo tiempo, la educación de pacientes pasó a formar parte de la educación sanitaria al comprobarse que la conducta humana no sólo es importante en la fase de promoción de la salud, sino también en la fase de restablecimiento de la salud, especialmente en las enfermedades crónicas, en las cuales la participación activa del paciente y el cumplimiento del régimen terapéutico prescrito por el médico son fundamentales para su curación.