



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Elvia Esther Pérez castellanos

*Nombre del tema: definición de la salud y marco legal de la salud en México
Parcial*

Nombre de la Materia: trabajo social en salud

Nombre del profesor: Ingrid Bustamante Díaz

Nombre de la Licenciatura: trabajo social y gestión comunitaria

Cuatrimestre: 7° cuatrimestre

Introducción

En esta unidad hablaremos sobre el marco legal de la salud en México. Se dice que el marco legal es conocer y desarrollar los aspectos mas comunes.

Elementos sustantivos: Marco Jurídico del Sistema Nacional de Salud Conjunto de Normas de las personas, físicas o morales, que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, que surgen en el ámbito de la protección de la salud.

A continuación, les presentare algunos temas que se trataran acerca del marco legal de la salud en México y los enfoques del proceso salud enfermedad, como sabemos es algo que ha venido evolucionando día con día y han ido cambiando muchos aspectos.

- Elementos sustantivos
- Reforma del sector salud
- Enfoques biológicos
- Cadena y transición epidemiológicas, entre otras que veremos a continuación.

Marco legal de la salud en México.

Las instituciones públicas de salud en México están avanzando hacia la cobertura universal de la protección social en salud, con la expectativa oficial y el compromiso legal de lograrlo hacia diciembre de 2012 mediante los esfuerzos complementarios del Seguro Popular y de las instituciones de protección social en salud.

Para consolidar esta política, se propuso la integración funcional de las instituciones públicas con base en adecuaciones normativas, financieras y de prestación de servicios, que lleven a reducir la segmentación del sistema y a atender a todos los residentes del país de manera integral.

Elementos sustantivos: Marco Jurídico del Sistema Nacional de Salud Conjunto de Normas de las personas, físicas o morales, que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, que surgen en el ámbito de la protección de la salud.

El universo de la salud pública permite configurar diversas combinaciones de áreas de aplicación, objetos de análisis y disciplinas científicas para especificar un programa de investigación o de acción. De estas tres dimensiones, son los objetos de análisis los que requieren de mayor clarificación, pues de ellos depende la especificidad de la salud pública. En efecto, ni las disciplinas científicas ni las áreas de aplicación constituyen patrimonio exclusivo de la salud pública. Lo que marca la identidad de la salud pública es su enfoque sobre las condiciones y las respuestas desde el nivel de análisis poblacional. Cada uno de ellos comprende varios fenómenos sustantivos más específicos. Ahora pasamos a examinar con detenimiento cuáles son esos fenómenos que integran el universo de la salud pública.

Las necesidades de salud

La variabilidad o dificultad de expresar certeramente el concepto de necesidad en salud obliga a la revisión sobre las diferentes posiciones en las concepciones sobre este constructo, para así poder dirigir acciones expeditas o eficaces cuando de satisfacer estos requerimientos se trate. Por ello se revisaron las publicaciones del tema y así determinar los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos prevalentes para estudiar y definir necesidades en salud. Para garantizar la identificación de estudios en el tema, se aseguró de consultar sólo las publicaciones de revistas arbitradas e indizadas en el área y presentadas en diversas bases de datos. Como resultado de este reconocimiento se estudió un total de 26 artículos, veintitrés publicaciones abordaron el área de

interés desde la aproximación cuantitativa o positivista y tres desde la aproximación cualitativa que intentaron captar la complejidad del fenómeno. Las variables más estudiadas fueron condición laboral, edad, sitio de procedencia y motivo de asistencia a los servicios de salud. Para su análisis se utilizó estadística descriptiva expresada en frecuencias absolutas o regresiones. Se puede concluir que persiste el abordaje positivista al momento de estudiar lo diverso en la interpretación de las necesidades humanas en salud y así mismo se percibe que no hay consenso ni patrón que defina la manera de priorizar su valoración.

Experiencia de carencia: La carencia es un problema real y vivido por los entrevistados. La imposibilidad de costear un tratamiento, y de contar con los elementos para una buena atención de salud (médicos, comprensión, buena atención) se señalaron como carencias asociadas a una buena o mala salud. En estos casos, la salud no es percibida como un derecho sino como un bien escaso. El entrevistado se situó en una posición de frustración por su incapacidad de romper con el círculo entre la falta de recursos, la mala atención percibida y el estar enfermo. Una de las imágenes más demostrativas de esta percepción desde la carencia se manifiesta en la dicotomía vida/muerte.

Experiencia de enfermedad: Los problemas de salud son comprendidos con base a enfermedades específicas (situaciones de urgencia), dolores permanentes (espalda y huesos) y enfermedades nerviosas (depresiones). Al relacionar el concepto de salud a una situación particular de enfermedad, los entrevistados valoraron la solución urgente del dolor y también la no ruptura de lo cotidiano. Las causas de enfermedad las atribuyeron a factores institucionales, personales y sociales. Las institucionales se relacionan con la carencia de atención médica, las sociales con la escasez de recursos para resolver sus problemas económicos y de salud, y las personales con la falta de autocuidado (buena alimentación, limpieza personal e higiene ambiental

Experiencia con el entorno social: La percepción de la salud como parte del orden social se manifestó en el efecto que produce. La salud se asoció a las condiciones existentes en la realidad social (reciprocidad familiar y vecinal, comunicación, seguridad pública): "entonces si yo estoy enferma me deprimó, paso deprimida, encerré, entonces no puedo compartir con los demás". El hogar se asoció a lo sano, a la seguridad, y lo exterior se asoció al lugar de donde provienen los problemas de salud. Las malas condiciones en que se encuentra el país condicionaría problemas para la buena salud personal.

Un criterio fundamental para lograrlo es la evidencia científica sobre la importancia de cada condición de salud, la eficacia de los servicios para responder y la capacidad de los recursos para producir los servicios a un costo que la sociedad pueda sufragar. Tal evidencia puede servir para educar tanto a la población como a los profesionales.

Sin duda, el grado de convergencia entre las definiciones de ambos grupos constituye un indicador del éxito del sistema de salud. Aun cuando esté basada en evidencia científica, la definición de las necesidades de salud tiene un carácter normativo, pues delimita cuáles condiciones deberían recibir una respuesta. Esta posición normativa es particularmente prominente en las definiciones profesionales y marca todo un enfoque para la planeación de los servicios y los recursos. Como veremos más adelante, la especificación de las necesidades permite determinar qué servicios deben prestarse para satisfacerlas y qué recursos deben estar disponibles para producir esos servicios. Como alternativa a este enfoque normativo basado en las necesidades, se ha propuesto un enfoque empírico cuya base es la demanda de servicios. En este caso, simplemente se observan los tipos de servicios que la población decide consumir y se estiman los recursos requeridos para satisfacer tal demanda.

Derecho constitucional a la protección de la salud

Es definir la protección de la salud como un derecho, aunque se hizo de forma tardía. En la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Ésta es la lógica que anima la redacción de la fracción XXIX HP PAVILION 40 del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: "Del trabajo y la previsión social", así como la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943.

El artículo 4º constitucional estipula que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud", pero en México las grandes palabras no siempre se concretan. Las cifras son demoledoras: en 2012 25.3 millones de personas no contaban con acceso a la salud y 47.8 millones están afiliadas al seguro popular.

El derecho a la protección de la salud no está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación. Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la

capacidad, de quien lo puede pagar, de obtener un mejor servicio en el mercado. Es hasta las reformas de mayo de 2003 que se define mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el llamado Seguro Popular. El objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, "dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos". La propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate.

2.1.3.- Plan Nacional de Desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. En México, el derecho a la protección de la salud es un derecho fundamental que forma parte del Título Primero Capítulo I De los Derechos Humanos y sus Garantías de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En España, este derecho no se encuentra en el catálogo de derechos fundamentales establecidos en el Título I, Capítulo segundo, Derechos y libertades, Sección 1ª De los derechos fundamentales y de las libertades públicas y De los derechos y deberes de los ciudadanos, artículos 14 a 29 y 30.2, de la Constitución Española; pues es considerado como un principio rector de la política social y económica. El objetivo del presente trabajo es confrontar las semejanzas y las diferencias entre los derechos fundamentales en los sistemas jurídicos mexicano y español sobre el derecho a la protección de la salud resaltando una comparación entre la naturaleza jurídica, organización y características de la protección a la salud.

Los derechos fundamentales son aquellos que están consagrados en la Constitución, es decir, en el texto que se considera supremo dentro de un sistema jurídico determinado; por ese sólo hecho y porque el propio texto constitucional los dota de un estatuto jurídico privilegiado.¹ Existen tres teorías en las que se puede conceptualizar el origen de los derechos fundamentales a saber: I.- la teoría historicista.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) expone, en un inicio, la problemática nacional que refleja los contrastes del país: por un lado, un México próspero, moderno, conectado con el avance económico y tecnológico mundial concentrado en pocas empresas y algunas regiones del país y, por otro, un México con una población en condiciones de pobreza y marginación, con incumplimiento de sus

derechos y falta de oportunidades. Por otra parte, destaca que la estabilidad macroeconómica que ha mantenido el país por años anteriores no ha sido una condición suficiente para lograr un mayor crecimiento económico.

2.1.4.- Programa Nacional de Salud: programas prioritarios.

Un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar HP PAVILION 46 los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada.

Entre los objetivos fundamentales de los programas de salud están:

- Promocionar hábitos y estilos de vida saludables.
- Prevenir enfermedades, por ejemplo, la diabetes.
- Tratar las enfermedades una vez ya están instauradas.
- Recuperar las habilidades y las capacidades que han sido dañadas por una condición patológica

la salud no ha sido prioridad de los gobiernos, muestra de ellos es la disminución, que desde el año 2015, ha tenido su presupuesto, sin olvidar el problema de la corrupción y tráfico de influencias que han enriquecido a los altos funcionarios públicos y sus cómplices privados. Actualmente, el Sistema Nacional de Salud no garantiza el derecho a la salud de todos los mexicanos, ni el acceso efectivo a los servicios requeridos por las personas y las comunidades. Se ha hecho poco énfasis en la educación, promoción y prevención de la salud. La atención sanitaria que se brinda es de mala calidad y deshumanizada, los padecimientos crónicos se agravan y tienen complicaciones serias, los enfermos suelen sufrir innecesariamente y muchos mueren prematuramente en condiciones precarias. La situación es grave para toda la población, pero se observa mayor inequidad en el sector más vulnerable, principalmente, campesinos, habitantes de zonas indígenas y rurales. El sistema de salud está en una situación crítica, pero como sus principales pilares son las instituciones públicas, a diferencia de otros países, éstas constituyen la base para corregir y reconstruir.

2.1.5.- Reforma del Sector Salud

La reforma del sector de la salud se definió como “ un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la

equidad en sus sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Este sistema busca ofrecer, por primera vez en la historia del sistema moderno de salud, igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud. La reforma fue diseñada para democratizar el sistema de salud con base en el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral. La reforma por lo tanto responde a los retos de disminuir la proporción de gastos de bolsillo de los hogares mexicanos, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud. La reforma se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. Sobre la base de estos valores, esta reforma busca transformar al sistema de salud, segmentado por grupos.

La contribución de los estados ya no será tan desigual y dejará de ser discrecional para basarse también en el número de familias afiliadas. Finalmente, los gastos corrientes y de inversión responderán a un Plan Maestro de Infraestructura.

- El diseño de la reforma cuenta, para alcanzar sus objetivos, con doce innovaciones.
- La protección del financiamiento de las actividades de salud pública.
- La cobertura de un conjunto integral de servicios incluyendo aquéllos que provocan gastos catastróficos
- Un proceso de asignación de recursos que hace uso de una fórmula que reduce las inequidades entre estados
- Una presupuestación democrática basada en la afiliación de familias.
- Un enfoque en los beneficios micro y macroeconómicos de un sistema de salud funcional
- Diversos estímulos a una inversión suficiente y eficiente en infraestructura.
- un padrón de familias afiliadas.

El Seguro Popular de Salud constituye el brazo operativo del sistema y ofrece a todos los mexicanos no asegurados acceso a un seguro público de salud que cubre los servicios personales de salud.

Después de un periodo de transición de siete años, el Seguro Popular de Salud deberá cubrir a toda la población que hoy no está afiliada a alguno de los institutos de seguridad social. Esto significa que en el 2010 el sistema mexicano de salud habrá alcanzado la protección financiera universal. El financiamiento del Seguro Popular de Salud es tripartito ya que cuenta con recursos provenientes

del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias. Este diseño homogeneizará las fuentes de financiamiento entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular. El financiamiento general pasa así de una lógica inercial y burocrática a una lógica de democratización, y de una orientación hacia la oferta a un subsidio de la demanda, mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el número de familias afiliadas. La asignación de la contribución solidaria federal se realiza aplicando una fórmula destinada a reducir las desigualdades entre estados y grupos de población que utiliza como variables centrales las necesidades de salud, el nivel de rezago en HP PAVILION 51 salud y el desempeño.

La reforma también fortalece las actividades de monitoreo, acreditación y evaluación. Se están produciendo, por ejemplo, informes anuales que incluyen indicadores de desempeño a nivel estatal. Por su parte, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, una iniciativa que dio inicio en 2001 y que busca mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, incluye una carta de derechos para los usuarios de estos servicios, un sistema de quejas y sugerencias, y procesos formales de acreditación de los prestadores de servicios. La implantación de la reforma plantea una serie de retos. En primer lugar, se requiere de recursos públicos adicionales para reemplazar el gasto de bolsillo y hacer frente a las necesidades de salud insatisfechas de la población.

2.2.- El Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud mexicano es definido como un conjunto de entidades públicas federales y estatales, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México. Fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana de febrero de 1984.

El surgimiento del Sistema Nacional de Salud está relacionado con la reforma sanitaria que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al estado mexicano. Para poder enfrentar esta situación de enfermedades en el gobierno mexicano suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre los que se encontraba precisamente el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación liberal que permitiera la participación de actores privados en el campo de la salud.

Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Salud auxiliará, cuando lo soliciten los estados, en las acciones de descentralización a los municipios que aquéllos lleven a cabo. La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

ENFOQUES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

La concepción tradicional en la búsqueda de explicaciones al proceso salud- enfermedad, se basó principalmente en el desarrollo de las taxonomías médicas simplificadoras y la búsqueda de sus causas, en una visión donde predominaba el estilo de pensamiento reductor que suponía la existencia de un solo efecto, frente a una causa. No se pueden dejar de considerar los conocimientos desarrollados por la epidemiología y su evolución en el desarrollo de tales concepciones. Como bien se ha planteado: La cuestión básica de la teoría epidemiológica en el siglo XIX fue la búsqueda de las causas de la enfermedad epidémica: miasma frente a contagio, lo que no pudo resolverse en la primera mitad del siglo, debido a que la evidencia científica era inadecuada.

La teoría etiopatológica con toda su fuerza explicativa le proporcionó a la medicina rango de ciencia y al mismo tiempo el fundamento material que finalmente podía explicar las causas de las enfermedades, que por aquellos tiempos eran reconocidas como principalmente de naturaleza infecto contagiosa. También se legitima la comprensión que descansa en el paradigma biologicista al defenderse el criterio de que los gérmenes y por tanto las enfermedades tienen un origen únicamente natural. Esta visión lineal imponía la búsqueda simple de las causas que pueden dar origen a las enfermedades por lo que la controversia entre el pensamiento monocausal (Causalismo)

y el pensamiento multifactorial (Condicionalismo) influyó a la medicina durante décadas, alrededor del 1900, y aún sobreviven.

Los descubrimientos de Snow significaron la llegada de la primera revolución epidemiológica que en sus aspectos principales destaca:

- La conquista de muchas enfermedades infecciosas.
- Surgimiento de la medicina social (Posibilidad de realizar un diagnóstico y tratamiento en la comunidad, lo que incluye a la epidemiología, por un lado y la organización de servicios de salud, por otro)
- La relevancia de la microbiología como ciencia dentro de la medicina.
- La prevención de las enfermedades infecciosas es en esos momentos, casi la única preocupación de la salud pública.

La dirección causal que va desde la desigualdad social hacia la salud está cada vez mejor establecida, manifestándose de forma individual, ambiental y contextual y repercutiendo en lo individual, familiar, comunitario. A estas interpretaciones le corresponde el llamado paradigma sociologizador, que intenta fundamentar las causas de las enfermedades por los fenómenos macro económicos y sociales, y que también en alguna de sus posiciones más extremas se ha tildado de reduccionista. Es en este contexto que algunos avances en el desarrollo de la sociología del conocimiento y la epistemología, ponen en tela de juicio las argumentaciones hasta ahora válidas para explicar este proceso. Sin negar lo que de positivo han existido en ellas. El problema de la relación entre salud enfermedad, sociedad y cultura articuladas con el saber epidemiológico, parecen oscilar entre dos grandes tendencias contrapuestas. Están las formas de articulación de lo social, lo cultural, lo psicológico como factores predisponentes o desencadenantes de los procesos salud enfermedad, los cuales son entendidos como transformaciones biológicas, tal como propone la llamada epidemiología multicausal y del otro lado, las posiciones extremas de la corriente medicina social, en la que se intenta construir una teoría de lo social en salud, a partir de las macrocategorías del materialismo histórico.

Enfoque social y económico

La carencia de recursos de inversión en general y la ausencia de tecnología endógena han limitado al crecimiento económico de los países no industrializados. La importación de tecnología condiciona a su vez los estilos del desarrollo económico. Al igual que en los servicios de salud, el modelo imperante de atención curativa ha impuesto una barrera a la elevación de las condiciones de

salud de la población, por su énfasis en el uso intensivo de recursos costosos para las condiciones de un país no industrializado, como es el caso de los insumos importados (equipo y materiales) o del empleo del profesional médico. A pesar de los avances tecnológicos que la ciencia ha generado en el área de la salud para evitar los males de las epidemias como en el caso de la viruela (Small Pox), existe todavía una brecha entre el conocimiento científico y la disponibilidad de estos bienes a toda la población, la cual no ha permitido abatir problemas de salud pública básicos como las enfermedades transmisibles o infecciosas en los países no industrializados. Es en este punto de la discusión donde la ciencia económica o política pueden contribuir al esclarecimiento de las barreras o problemas asociados a la elevación de las condiciones de salud de las poblaciones en los países no industrializados.

El nivel de salud no está asociado exclusivamente con la disponibilidad de los servicios de salud, pues ésta es un proceso complejo al cual afectan significativamente la disponibilidad de otros elementos como la alimentación, la vivienda y el ingreso de las familias. Sin embargo, una elevación del nivel de desarrollo económico significaría tener mayores recursos para elevar los niveles de salud, así como una mayor disponibilidad de bienes y servicios para elevar la calidad de la vida.

La documentación de la asociación entre los niveles de bajos ingresos y las menores condiciones de salud de la población es un hecho claro, así como la asunción de que una forma de elevar los niveles de salud poblacionales es el aumento del PNB per cápita. La evidencia empírica es clara respecto a que los países de bajos ingresos generalmente tienen una menor oferta de servicios de salud, así como un menor nivel de salud.

3.1.2.- Enfoque alternativo

el planteamiento alternativo, hace énfasis de teorías que reivindican la capacidad de los pueblos para orientar su propio desarrollo desde un enfoque holístico, esto es, un desarrollo desde abajo y a escala humana, donde el desarrollo local endógeno, etnodesarrollo y ecodesarrollo, adquieren importancia para potenciar lo territorial. Entre las teorías, está la propuesta del Desarrollo a Escala Humana, presentada por Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn. Que refieren: “Tal desarrollo [el desarrollo a escala humana] se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de auto dependencia, en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, y de los procesos

globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la Sociedad Civil con el Estado.

La cura y el cuidado del modelo biologicista alópata, que actualmente se realiza en las instituciones públicas de salud; debe reconocer que hay otras medicinas y otras formas a las que la población recurre para buscar resolver el problema de las enfermedades. Ya que los estilos de vida que actualmente nos rigen y la diversidad de roles por las actividades que cada persona desarrolla, hace cada vez más necesario regresar a la cultura de cada región, además de la diversidad de culturas y creencias por región, tan solo de cada estado de la república mexicana.

No se puede reconsiderar y vernos hacia nuestro interior como personal de salud, que también tiene su propia cultura, no sólo la que adquirió con su carrera, sino también desde su origen como seres sociales que lo hace pertenecer a un sistema de creencias, tradiciones y conocimientos. La relación con cada paciente por eso es siempre intercultural y cada cuidado otorgado es una acción intercultural, en el sentido de que se da un encuentro e interacción de conocimientos y creencias diferentes acerca de la nosología del otro ser humano, de lo que enferma, de lo que cura y de las prevenciones.

3.2.-Cadena y transición epidemiológicas

A este cambio en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte en que se pasa de una mortalidad infantil elevada y epidemias infecciosas a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas se le conoce bajo el nombre de transición epidemiológica y tiene importantes implicaciones en el diseño de políticas de salud pública. Esta transición epidemiológica es el resultado de varios factores relacionados entre sí:

- Cambios demográficos: la reducción en mortalidad infantil conlleva a una reducción en las tasas de fertilidad. Como consecuencia, un mayor porcentaje de la población llega a la edad adulta y desarrollará enfermedades típicas de adultos.
- Cambios en los factores de riesgo: esto incluye cambios en la abundancia, distribución y/o virulencia de microorganismos patógenos, factores ambientales frecuentemente causados por la actividad humana que pueden causar enfermedades, y factores sociales y culturales, como por ejemplo estilo de vida y tipo de dieta.
- Prácticas de la medicina moderna: las vacunas constituyen sin duda el mayor logro de la salud pública cada año evitan de 2 a 3 millones de muertes por enfermedades como la

difteria, el tétanos y la tosferina; han permitido erradicar la viruela, y prácticamente erradicar la polio.

Estas diferencias son evidentes al comparar países desarrollados y países en desarrollo, pero también existen dentro de un mismo país, donde la mortalidad y morbilidad debida a enfermedades infecciosas es mucho mayor en ciertas poblaciones. Irónicamente, esas mismas poblaciones, cuyo denominador común es la pobreza, también serán víctimas de obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes, mientras que los estratos sociales más acomodados que fueron los primeros en sufrirlas ya han comenzado a adoptar tratamientos y hábitos para prevenir dichas enfermedades.

Agente causal Se denomina agente causal a todo agente biológico que pueda dar origen a una enfermedad. En este apartado se incluyen virus, bacterias, hongos y parásitos. En algunos sitios he leído definiciones en las que a estos agentes etiológicos se les calificaba como «organismos vivos». He descartado una definición de esta índole porque los virus no se consideran organismos vivos, ya que necesitan infectar una célula para poder realizar copias de sí mismos, parasitándola. **Reservorio** Se denomina reservorio a todo ser animado o inanimado en el que el agente causal se reproduce. Su reproducción debe efectuarse en un ambiente natural del que dependa para su supervivencia. Si se hace referencia al suelo, se habla de reservorio adicional o de depósito.

Cuando el agente pasa desde el reservorio al hombre susceptible, éste actúa como fuente, por lo que pueden ser o no coincidentes. En definitiva, los agentes causales pueden transmitirse desde otro ser humano, desde un animal o desde el medio ambiente. Dentro de los reservorios encontramos cuatro tipos, que pueden actuar bien como reservorio o bien como fuente según sea el caso: Reservorio humano enfermo, reservorio humano portador, reservorio animal y reservorio telúrico.

3.4.- Modelos de intervención

Implica la introducción de un cambio, frente a una situación experimental cuyo grado de control va depender del planeamiento de la intervención. Lo ideal es que toda intervención sea cuidadosamente planeada de modo que pueda ser evaluada. Para planear una intervención es necesario conocer: La magnitud del problema.

Los factores asociados a su propagación. Las medidas eficaces las características de la población afectada, son el resultado de la aplicación de ciertos modelos interpretativos del origen y naturaleza de los problemas de salud. Existen tres usados frecuentemente: la historia natural, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.

3.6.- Salud pública y ambiente

Las personas, como su salud, están mediatizadas. Esto significa que existe un cúmulo de factores culturales, sociales y ambientales que nos rodean y que afectan de manera positiva o negativa en nuestra salud.

En este sentido, la OMS subraya que en medio ambiente y salud están incluidos los “efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, como los efectos con frecuencia indirectos en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estético en general, comprendida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte. Por eso, la relación entre la salud pública y el medio ambiente requiere especial atención a nivel global y local. Es decir, fomentar un contexto más saludable intensificando la prevención, así como también adoptar políticas en todos los sectores para revisar las amenazas medioambientales a la salud.

por saneamiento se entiende el suministro de instalaciones y servicios que permiten eliminar sin riesgo la orina y las heces. Los sistemas de saneamiento inadecuados constituyen una causa importante de morbilidad en todo el mundo. Se ha probado que la mejora del saneamiento tiene efectos positivos significativos en la salud tanto en el ámbito de los hogares como el de las comunidades. El término saneamiento también hace referencia al mantenimiento de buenas condiciones de higiene gracias a servicios como la recogida de basura y la evacuación de aguas residuales.

La investigación en salud ambiental en nuestro país comenzó a realizarse hacia finales de la década de los ochenta. En la actualidad, varias instituciones cuentan con equipos de investigación dedicados a temas de esta disciplina, entre las que se encuentra el INSP, el cual además de realizar estudios sobre diversos contaminantes ambientales, ha desarrollado evidencia científica sobre riesgos a la salud debidos a la contaminación atmosférica y carga de enfermedad (mortalidad y morbilidad), así como evaluaciones de impacto en salud que han tenido relevancia en la política pública mexicana y a nivel internacional.

Conclusión

a como pudimos notar se dieron a conocer los conceptos mas comunes acerca de la salud y como se fueron dando los aspectos legales en México y como fue evolucionando la historia de la salud.

También nos dimos cuenta de como la salud se va evolucionando cada dia y como se va dando a México. Los países europeos han alcanzado unos niveles de salud y de riqueza sin precedentes. En las últimas décadas la esperanza de vida ha crecido significativamente. Y no sólo se vive más sino más tiempo con buena salud. Sin embargo, esta nueva realidad acarrea nuevos desafíos que necesitan nuevas soluciones: el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y las desigualdades sociales en salud.