



Ensayo

Nombre del Alumno: Bitia Madian Méndez Ávila

Nombre del tema: Marco legal de la salud en México, Enfoques del proceso salud y enfermedad

Parcial: 1er

Nombre de la Materia: Trabajo Social En Salud

Nombre del profesor: Ingrid Bustamante Díaz

Nombre de la Licenciatura: Trabajo Social Gestión Comunitaria

Cuatrimestre: séptimo Cuatrimestre

Lugar y Fecha de elaboración

Pichucalco Chiapas A 20 de noviembre del 2021

En este ensayo hablaremos de la unida 2 y unidad 3 en la unidad 2 hablaremos sobre Marco Legal De La Salud En México nos dice que el marco legal En México, el derecho a la Salud se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de manera específica en el párrafo tercero del artículo 4°, en el que se garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud. En la unida 3 que lleva por título Enfoques del proceso de salud enfermedad nos dice que Existen, actualmente, cuatro enfoques teóricos para explicar las inequidades en salud: la teoría materialista/estructuralista; la teoría psicosocial; la teoría de la producción social de la enfermedad.

Unidad II. MARCO LEGAL DE LA SALUD EN MÉXICO

2.1.- Elementos sustantivos.

La forma más extendida de dar valor de **sustantivo** a otras categorías gramaticales es mediante un artículo u otro determinante **como** se verá más adelante; sin embargo, algunos adjetivos pueden sustantivarse sin necesidad de determinantes. Ámbitos de Aplicación del Marco Jurídico Internacional. (Adriana, 2018)



Es el conjunto de normas, que tienen por objeto regular las relaciones entre sujetos internacionales. Federal: Es el conjunto de Normas, de observancia obligatoria, en todo el territorio Nacional. Estatal: Es el conjunto de Normas, que rigen únicamente en un Estado de la Federación, y su objeto es regular aspectos y

necesidades particulares de acuerdo a las condiciones sociales, ambientales, económicas, geográficas, etc. permite configurar diversas combinaciones de áreas de aplicación, objetos de análisis y disciplinas científicas para especificar un programa de investigación o de acción. (Adriana, 2018) 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. Los fenómenos sustantivos conforman la materia de la investigación y la acción en salud pública. Ahí se presenta la triada fundamental de los fenómenos de la salud pública:

- a) las necesidades de salud
- b) los servicios que satisfacen esas necesidades y
- c) los recursos que se requieren para producir dichos servicios. (Adriana, 2018)

Las necesidades de salud

Los tres fenómenos sustantivos representan una forma más concreta de expresar los dos objetos de análisis. En efecto, siguiendo a Donabedian, las necesidades pueden definirse como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención. (Adriana, 2018) 1.- En el lenguaje común no es raro que se use el término "necesidad"

para referirse a un servicio o a un recurso, como, por ejemplo, cuando se dice que una persona "necesita" una consulta o que una comunidad "necesita" un hospital. Este uso es incorrecto. En rigor, el concepto de necesidad debe reservarse para aludir a las condiciones de salud. 2.- La distinción no es únicamente semántica. En un sentido general, una necesidad representa una situación que debe ser satisfecha, pues de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas. Ni los servicios ni los recursos cumplen con este requisito, pues ambos son medios para satisfacer las necesidades de salud, mas no representan, en sí mismos, una



necesidad. las necesidades son un subconjunto de las condiciones: aquéllas que la sociedad ha determinado que requieren de una respuesta en forma de atención. Cualquier proceso vital el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, la reproducción, el bienestar, la disfunción, el dolor, la enfermedad, la incapacidad o la muerte puede considerarse como una condición de salud. Así mismo, la sociedad puede carecer de respuestas para esa condición, por lo que tampoco se le considera una necesidad. Sólo cuando socialmente se especifica que una condición requiere de atención, dicha condición se convierte en una necesidad de salud. (Adriana, 2018) la sociedad puede no mostrarse homogénea a este respecto. Varios grupos pueden diferir en su definición de una misma condición como necesidad. En particular, no es raro que los prestadores de servicios y la población tengan definiciones diferentes sobre las necesidades de salud. Por ejemplo, el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa puede ser considerado por los profesionales como una necesidad que requiere de atención preventiva (por ejemplo, vacunación), mientras que la población puede no sentir tal necesidad. (Adriana, 2018) 3.- Basta señalar que una de las características de la modernización es que las interpretaciones científicas y profesionales de la experiencia humana adquieren preeminencia sobre las interpretaciones populares. En consecuencia, las definiciones profesionales de las necesidades de salud tienden a predominar en la sociedad. Idealmente, las sociedades deberían contar con mecanismos para armonizar las definiciones de los profesionales y de la población, 4.- 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. 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.

2.1.1.- Derecho constitucional a la protección de la salud

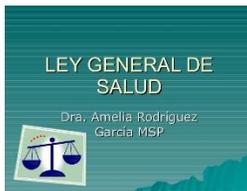


Nuestra Constitución no es la excepción en definir la protección de la salud como un derecho, aunque se hizo de forma tardía. En la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. (Adriana, 2018). 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. A diferencia del derecho a la educación, que tiene un artículo dedicado exclusivamente al tema, el derecho

a la protección de la salud se encuentra dentro del artículo 4 de la Constitución, donde también se define el derecho de los mexicanos a trabajar en la profesión que les interese, siempre y cuando sea lícita (Adriana, 2018). En el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos. 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 (Adriana, 2018). 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. (Adriana, 2018)

2.1.2.- Ley General de Salud, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La **Ley General de Salud** reglamentó el derecho a la protección de la **salud** que



tiene toda persona, en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; estableció las bases y modalidades para el acceso a los servicios de **salud** y la concurrencia de la federación y las entidades De acuerdo con la Ley del Seguro Social (LSS) "la seguridad social tiene por finalidad

garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado" (Adriana, 2018)

- 1.- La misma Ley define al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social
- 2.- Precisa que la organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- 3.- El IMSS es la institución de seguridad social con el mayor número de derechohabientes en el país. En diciembre de 2013, el Instituto contaba con una población derechohabiente de 71.4 millones de personas, incluyendo a 11.9 millones que no cuentan con seguridad social y que reciben servicios médicos por parte del Instituto a través del Programa IMSS Oportunidades. Debido a que una

persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas, es común que la suma de la población que recibe prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud sea mayor al total de la población mexicana. (Adriana, 2018). Dentro del contexto de seguridad social, el IMSS no sólo brinda servicios de salud, sino también protege a los trabajadores y a sus familiares frente a eventos que ponen en riesgo sus ingresos, además de apoyar el cuidado infantil para las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. Por otra parte, el Instituto también pone a disposición de sus derechohabientes diversas actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico, así como una red de tiendas, centros vacacionales y velatorios.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es una Entidad Paraestatal de control presupuestario directo, que tiene a su cargo la administración de los seguros, prestaciones y servicios establecidos en su propia Ley, así como las de sus seis órganos desconcentrados, de sus delegaciones, y de sus demás unidades administrativas desconcentradas, a fin de garantizar a los trabajadores en activo, jubilados, pensionados y familiares derechohabientes sujetos a su régimen, el derecho a la seguridad social plasmada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Adriana, 2018).se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la **seguridad social**, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones **sociales**, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los **trabajadores**. Proporciona prestaciones económicas tales como: préstamos hipotecarios y financiamiento para vivienda, personales ordinarios, especiales, para adquisición de bienes de consumo duradero y extraordinarios para damnificados. Además, otorga servicios sociales a través de programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar; servicios turísticos, funerarios y de atención para el bienestar y desarrollo infantil. Por ser una Entidad Paraestatal de control presupuestario directo, sus ingresos están comprendidos en su totalidad en la Ley de Ingresos y sus egresos forman parte del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Es de señalar que el régimen de financiamiento del Instituto. (Adriana, 2018)

2.1.3.- Plan Nacional de Desarrollo.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el documento en el que el Gobierno de México, a través de consultas públicas, explica cuáles son sus objetivos y estrategias prioritarias durante el sexenio. (Adriana, 2018)

Ejes Generales



- Justicia y Estado de Derecho Promueve la construcción de paz, el acercamiento del gobierno a la gente y el fortalecimiento de las instituciones del Estado Mexicano.
- Bienestar Asegura que toda la población tenga acceso a una vida digna, promoviendo el pleno

ejercicio de los derechos sociales. Al mismo tiempo, se enfoca en garantizar protección social para personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

- Desarrollo Económico Garantiza el uso eficiente y responsable de recursos y la generación de los bienes, servicios y capacidades humanas para crear una economía fuerte y próspera. (Adriana, 2018)

Ejes Transversales



- Igualdad de género, no discriminación e inclusión Se refiere al reconocimiento de las desigualdades que existen por razón de sexo, origen étnico, edad, condición de discapacidad, condición social, y a las

desigualdades territoriales.

- Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública

Busca que las políticas públicas estén encaminadas a eliminar la corrupción y garantizar la eficiencia de la administración pública.

- Territorio y desarrollo sostenible

Reconoce que toda acción que se toma en el presente incide en las capacidades de las generaciones futuras y de que toda política pública actúa en un espacio con características particulares. (Adriana, 2018)

Conforme a dicha Ley, el PND deberá precisar los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país, contendrá previsiones sobre los recursos que se asignarán a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional El PND rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal. Bajo sus lineamientos, se definen las acciones de gobierno que deberán incluir los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales. La Ley de Planeación requiere que la iniciativa de Ley de Ingresos de la Federación y el Proyecto de Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación compaginen con los programas anuales de ejecución que emanan del PND. Es así que se presenta este documento para consulta de diputados, comisiones y grupos parlamentarios, con el fin de facilitar su trabajo legislativo. (Adriana, 2018) El presente trabajo aborda el documento que describe los objetivos generales, metas y estrategias mostrando, en doce cuartillas, un

abstracto de los aspectos más relevantes, siguiendo la misma estructura del 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. (Adriana, 2018) Asimismo, enmarca algunos problemas estructurales (infraestructura deficiente, bajos niveles de inversión, una agricultura de subsistencia, un sector informal muy grande, etc.) han impedido aprovechar las ventajas que posee el país. Para resolver lo anterior, plantea transitar hacia una visión en la que los individuos, como sujetos de derecho, sean el centro de la política, y en la que se respete y promueva el arraigo a su territorio, a partir de un modelo de desarrollo económico y social equitativo, sostenido y balanceado. (Adriana, 2018)

2.1.4.- Programa Nacional de Salud: programas prioritarios.

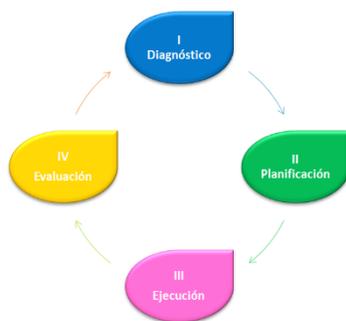
Programas Prioritarios	
Adicciones	Salud reproductiva
Cólera y diarrea	Obesidad
Salud bucal	D.M.
Violencia de género	Cáncer de mama
Micobacterias	Cáncer cervicouterino
Salud del niño	Salud del migrante (vejez, sano, región, sano)
Tuberculosis	Atención integral a personas con discapacidad
Vectores	Seguridad vial
Urg. Epidemiológicas	Laboratorio de Biológicos
Adulto y anciano	Escuela y salud
Zoonosis	Ataque parajo en la vida
VIH-SIDA	Igualdad de género

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 los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada. Un programa de salud es un instrumento

generalmente desarrollado por entidades públicas, pero que igualmente puede surgir en el seno de empresas privadas u organizaciones no gubernamentales. 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.

Fases de los programas de salud



Existen cuatro fases en el diseño de los programas de salud: *Fase de diagnóstico*: se analizan las necesidades de la población diana, determinándose qué puede ser cambiado con los recursos de los que se dispone. *Planificación*: es el proyecto que va a incluir los programas, con la asignación de recursos, determinación de las actividades, frecuencia y la metodología a implementar para llegar a los objetivos planteados. *Ejecución*: implementación práctica de las acciones anteriormente planificadas. *Evaluación*: ¿Se han alcanzado los objetivos? ¿A dónde se ha llegado? ¿Se han detectado nuevas necesidades? La

acciones anteriormente planificadas. *Evaluación*: ¿Se han alcanzado los objetivos? ¿A dónde se ha llegado? ¿Se han detectado nuevas necesidades? La

personal. (Adriana, 2018) La reforma también busca corregir los cinco grandes desequilibrios financieros que caracterizan al actual sistema de salud I. El bajo nivel de gasto general; II. La dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento III. La distribución inequitativa de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados; IV. El desigual esfuerzo financiero que realizan las diferentes entidades, V. La proporción decreciente del gasto dedicado a la inversión. El nivel de gasto se incrementará para satisfacer las necesidades de salud de una población que atraviesa por un complejo proceso de transición epidemiológica y de envejecimiento. (Adriana, 2018) Además, el financiamiento de la atención a la salud se equilibrará entre asegurados y no asegurados, y se sustentará en las necesidades de salud y no en la capacidad de pago. La distribución de recursos entre estados, por su parte, dejará de estar sujeta a inercias presupuestales para basarse ahora en el número de familias afiliadas y en una fórmula transparente que corrija gradualmente las desigualdades. 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 uso de las evidencias y la información como base para el diseño y la implantación de la reforma.
- Un monitoreo y evaluación rigurosos;
- La promoción de la participación efectiva de los sectores no lucrativos y privado;
- xi) el uso de incentivos para promover el buen desempeño de los prestadores,
- Un énfasis en los consensos entre los actores políticos, los proveedores y los usuarios de los servicios de salud. (Adriana, 2018)

Los servicios personales de salud de tercer nivel incluidos en el paquete de beneficios del Seguro Popular de Salud serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones contra Gastos Catastróficos, diseñado para agregar los riesgos a nivel nacional. 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. 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. (Adriana, 2018)

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. El carácter voluntario del proceso de afiliación ayuda a alinear la demanda y la oferta del sistema de salud al crear incentivos para el financiamiento justo y protección social universal buen desempeño de los prestadores, sobre todo en el nivel estatal, ya que la asignación depende de la afiliación. (Adriana, 2018)

La reforma también incluye una serie de innovaciones que buscan promover la portabilidad y la autonomía personal para los cuales la información y las evidencias constituyen ingredientes fundamentales. La duración y magnitud de la fase piloto permitió desarrollar, con la participación de los usuarios y proveedores, muchas de las innovaciones que se diseñaron para la reforma. Como la reforma ubica al ciudadano en el centro del proceso de democratización, el apoyo de las familias afiliadas resulta central para su éxito y sustentabilidad. 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. (Adriana, 2018)

La población debe empezar a confiar en los servicios públicos para convencerse de la a reforma estructural del sistema de salud en México utilidad de contribuir por anticipado a la atención de su salud y para reafiliarse al Seguro Popular de Salud. Otro reto más es el desarrollo de un ambiente competitivo por el lado de la oferta. Cambiar el enfoque de los incentivos hacia la demanda, al tiempo que se fortalece la oferta, es un requisito que debe alcanzarse en la fase de transición. Se deben asimismo establecer mecanismos de compensación entre estados y proveedores, garantizar una mayor portabilidad geográfica e institucional de los seguros públicos, promover una mayor competencia entre proveedores e incrementar la capacidad de elección de los usuarios. También constituye un interesante ejemplo de cómo trabajar simultáneamente en los componentes ético, técnico y político de una reforma. Finalmente, la reforma mexicana constituye un ejemplo del círculo virtuoso que existe en la generación de información y evidencias en los niveles nacional e internacional. Es importante mencionar que en la actualidad el seguro Popular es INSABI. (Adriana, 2018)

programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las Leyes que regulen a las entidades participantes; VII. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud; VIII. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud; IX. Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud; X. Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud. (Adriana, 2018)

Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios. 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. 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. (Adriana, 2018) La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases:

37 I. Definición de las responsabilidades que asuman las partes; II. Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud; III. Especificación del carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud, IV. Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

UNIDAD III ENFOQUES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

3.1.- Enfoque biológico (Historia natural de la enfermedad, niveles de prevención de la Salud, corriente ecologista).

La historia de la medicina, en muchos casos se ha concebido como una historia lineal de los conocimientos médicos y sus autores, acumulativa, enraizada en una

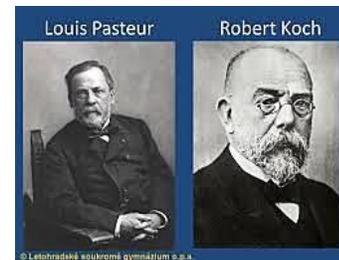


visión evolucionista que pretende mostrar cómo, cada vez más, se va conociendo el verdadero funcionamiento del hombre, sus enfermedades y las maneras de prevenir y de curar. (Adriana, 2018)

Existen, actualmente cuatro **enfoques** teóricos para explicar las inequidades en **salud**: la teoría materialista/estructuralista; la teoría psicosocial; la

teoría de la producción social de la **enfermedad**; la teoría ecosocial. 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. 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 (Adriana, 2018).

Fue Luis Pasteur (teoría de los gérmenes, 1878) y Roberto Koch (1882, Postulados de Koch), según la historia de la ciencia, quienes de manera más completa y sistemática, construyeron una teoría de la enfermedad infecciosa, cuyo fundamento doctrinal era la correlación unívoca entre la especificidad biológica del agente patógeno y la especificidad nosográfica de la enfermedad por él causada y cuyas reglas metódicas (las que regulan la licitud de aplicar ese fundamento doctrinal a cada caso concreto) todavía figuran en los tratados de microbiología. La bacteria, el parásito y más tarde el virus, desplazaron de acuerdo con la nueva concepción hegemónica, al complejo de condiciones sociales como objeto de investigación. el pensamiento médico ulterior ha sabido dar a la localización del daño y a la constitución del enfermo la gran importancia que tienen en la configuración del cuadro clínico (Adriana, 2018) 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. 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. Cuando en el siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente las características acerca del sustrato material de la enfermedad, y fueron expuestas una variedad de procesos íntimos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano: sano o enfermo. A pesar de que todos estos descubrimientos ponían énfasis en el origen biológico de las enfermedades, estos argumentos se volvieron insuficientes porque está claro que son muchas las variables del ambiente y se tornó insustentable el enfoque unicausal, que postulaba una relación unívoca entre una sola variable del ambiente (Adriana, 2018) para entender cómo las ideas del llamado modelo ecológico multicausal fueron abriéndose paso, también se hace necesario recurrir a la evolución de la epidemiología como ciencia. una reflexión obligada para comprender el objeto de estudio de la medicina y constituye, contradictoriamente el fundamento, tanto del análisis del carácter biológico natural del proceso salud enfermedad, como la interpretación social del mismo. El modelo ecológico multicausal, aunque no lo logró, constituye un intento de explicar el fundamento social de las enfermedades. Paralelamente a la constitución de la medicina como ciencia y de una teoría consistente sobre las causas de las enfermedades (en su versión lineal) Snow utilizó las estadísticas para ayudar a afirmar una teoría que ya se había establecido mediante el aporte de evidencia de respaldo que no podía demostrar en forma convincente de ninguna otra manera. Snow aportó todo su conocimiento biológico, médico y social a sus averiguaciones, en la medicina, desarrolló habilidades y conocimientos clínicos, patológicos, microscópicos y químicos, expresando estas habilidades en forma lógica y utilizando en forma apropiada el análisis matemático. (Adriana, 2018) 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.

Ésta puede resumirse en la capacidad de interpretar la historia natural de la enfermedad como una expresión del modelo o esquema agente causal hospedero ambiente. El cual, entiende por agentes al factor responsable de la enfermedad, el hospedero lo constituye el sujeto que porta una enfermedad y el medio ambiente el sitio donde ocurre la interacción agente hospedero. la causalidad se han desarrollado paralelamente modos de ver las cosas; uno que acentúa la idea expuesta de unicausalidad y que se apoya en las aplicaciones de los avances en genética lo que enraíza un pensamiento cada vez más reduccionista en relación

con la etiología de las enfermedades, el punto de vista de la Psicología de la Salud, Morales Calatayud se cuestiona la aceptación de este modelo en los casos en los cuáles es el comportamiento del propio sujeto que desarrollará la enfermedad el que asume el papel de agente causal o que les da sentido de agente causal a objetos y fenómenos del ambiente que de otra manera no resultarían nocivos, la comprensión lineal del proceso salud enfermedad y el enfoque ecológico multicausal, aparece la idea de que éste es un fenómeno colectivo, histórico y complejo que se encuentra determinado por cada sistema social, en última instancia. En donde el carácter colectivo no es la resultante de la suma mecánica de las enfermedades presentes en una sociedad y sí la expresión concreta de manifestaciones sociales, psicológicas y orgánicas de los diferentes grupos sociales. Las concepciones agrupadas dentro de la llamada epidemiología social aportan la visión de que las desigualdades en salud existen en forma creciente y dependen de las desigualdades sociales. Hay algo intrínseco en éstas que afecta a la salud: las desigualdades en salud son sobretudo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas, producidas fundamentalmente por los diferentes niveles de riqueza de la sociedad, (Adriana, 2018) 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. 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. 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. (Adriana, 2018)

3.1.1.- Enfoque social y económico



La interrelación entre desarrollo económico y salud es un problema complejo, el cual permanece poco comprendido, aun cuando existe una apreciación general de que a un mayor nivel de desarrollo económico se elevarán los niveles de salud de la población. Asimismo, se asume que el crecimiento económico conllevará a una expansión y mejoría en los servicios de salud. La carencia de recursos de inversión en general y la ausencia de tecnología endógena han limitado al crecimiento económico de los países no industrializados. (Adriana, 2018) 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 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. (Adriana, 2018) Las teorías que estudian el proceso de desarrollo económico dan diferentes versiones respecto del proceso causal que permite el desarrollo económico de un país, y de las posibles alternativas para superar las condiciones del subdesarrollo. Las principales versiones desde el punto de vista de los países desarrollados enfatizan la ausencia de niveles adecuados de ahorro e inversión, y cómo el desarrollo se daría a través de un proceso en etapas y no mediante un proceso lineal y continuo. A estos enfoques se contraponen las teorías desde el punto de vista de los países en desarrollo, de las cuales la de la dependencia es un buen epítome. En ella se enfatiza que la situación de atraso de los países pobres está determinada por el carácter de las relaciones de dependencia que se dan entre los países industrializados y los no industrializados, lo cual supedita el crecimiento de las economías no industrializadas al ritmo de acumulación de las economías con mayores ingresos. (Adriana, 2018) El crecimiento económico y el desarrollo económico han sido utilizados como términos intercambiables, aun cuando es conveniente hacer algunas precisiones al respecto para evitar ahondar las confusiones a que da lugar el proceso de desarrollo económico. Al crecimiento se le vincula con una mayor generación de bienes y servicios o, específicamente para un país, con el aumento del PNB; generalmente no son consideradas la naturaleza del crecimiento y el carácter de sus beneficiarios. De acuerdo con esta clasificación ningún país latinoamericano se encuentra en el grupo de ingresos elevados y con excepción de Haití, todos los demás países de América Latina se ubican dentro de los de ingresos medios. Al menor PNB per capita de los países pobres generalmente se asocian otras diferencias como el elevado peso que las actividades primarias (agropecuarias, etc.) tienen en el sistema económico, un patrón de comercio con exportaciones de bienes primarios e importaciones de bienes manufacturados, con un bajo nivel de consumo de energéticos, elevadas tasas de crecimiento poblacional, bajos niveles de escolarización y malas condiciones de salud de la población. Los países de bajos ingresos han venido afrontando dificultades mayores en su crecimiento, por el deterioro de sus relaciones de intercambio y la elevación de su endeudamiento, lo cual ha ocasionado que los gobiernos orienten sus esfuerzos a la satisfacción de las necesidades esenciales. (Adriana, 2018) 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. 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. (Adriana, 2018) En una situación de pobreza absoluta, como en el caso de Haití, el abatimiento de las elevadísimas tasas de mortalidad infantil y neonatal podría conseguirse con mayor disponibilidad de bienes en general. Pero una vez superada esa etapa de pobreza absoluta, no es claro si el simple aumento del PNB podría incidir significativamente en la elevación de los niveles de salud poblacionales; la evidencia al respecto no es totalmente conclusiva. Inglaterra y los Estados Unidos se tomaron dentro del grupo de países con economías de elevados ingresos; en el caso de Inglaterra los servicios de salud son ofrecidos en su mayoría por el gobierno, y en el caso de los Estados Unidos se ofrecen a través de un mercado privado de los servicios de salud. También se tomaron Colombia, Costa Rica y México dentro de los países de ingresos medianos; en el caso de Costa Rica, los servicios de salud tienen una cobertura casi completa a través de un esquema gubernamental; en el caso de México y Colombia coexisten sistemas de servicios de salud públicos y privados, pero con una baja cobertura de los servicios de salud en general. La información básica se tomó del Reporte Anual de 1990 del Banco Mundial y del Informe sobre la situación de la niñez en el mundo en 1990 de UNICEF. (Adriana, 2018)

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. Cada una de las disciplinas del área de salud tiene un razonamiento diferente y desarrollan caminos epistemológicos diversos para la curación.

Los alcances que cada una de ellas tienen para resolver patologías son limitadas, es decir, imposible pensar que curan todo, esto sería ingenuo. (Adriana, 2018) Lo que se enseña y aprende no sólo son los conocimientos básicos del bien cuidar y curar, sino también se transmiten toda una serie de creencias y concepciones sobre lo que es la salud, lo que es la enfermedad, cómo se producen éstas, cómo deben tratarse para curarlas y cada uno de estos elementos sintetizan cómo es visto el paciente, qué debe esperarse de él y cómo se debe actuar frente a él. El conocimiento de esta diversidad haría del trabajo de la salud una profesión con mayor sentido, el arte de cuidar a los



demás realmente sería holístico porque integraría los conocimientos biológicos con las diferentes realidades, formas de ser y de sentir de los pacientes que resultan ser los sujetos principales del meta paradigma de Enfermería. 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. 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 como lo es volver a la naturaleza y todas las ventajas que ésta nos proporciona, reaprenderíamos que allí tenemos todo lo que requerimos para encontrar la riqueza de la interculturalidad, que nos fue heredado por la diversidad de cultura dentro de nuestro país. (Adriana, 2018)

3.2.-Cadena y transición epidemiológicas



Al cambio en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte se le conoce bajo el nombre de transición epidemiológica. 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. 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. (Adriana, 2018)

Como se mide... El número de muertes no es suficiente para medir la salud de una población. También importan los años de vida saludable. Sin embargo, el número de muertes no es suficiente para medir la salud de una población. También importan los años de vida saludable. Así, los años de vida ajustados por discapacidad suman el impacto de los años perdidos por muerte prematura y de los años perdidos por discapacidad. (Adriana, 2018)

La doble carga de enfermedad... A pesar de los éxitos en salud logrados en el último siglo y las tendencias globales descritas arriba, las poblaciones más vulnerables del planeta siguen muriendo de enfermedades infecciosas prevenibles, una carga amplificadas por la desnutrición y la pobreza. Para muchos países de ingresos bajos y medios, esto significa una doble carga de enfermedad: problemas “viejos” de salud incluyendo enfermedades infecciosas y mortalidad materna e infantil elevada junto con problemas “emergentes” de salud por enfermedades crónicas asociadas a un estilo de vida occidental y al envejecimiento general de la población. (Adriana, 2018) 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. Todo esto resalta la necesidad de pensar más allá de la transición epidemiológica para hacer frente a los retos actuales en salud global. Ello implica diseñar un conjunto de intervenciones adecuadas a los retos y riesgos de cada población. Las enfermedades infecciosas que afectan a las poblaciones más pobres se pueden combatir con intervenciones ya existentes y con un coste-beneficio elevado. La doble carga de enfermedad multiplica el número de enfermedades que potencialmente afectan a todos y las intervenciones contra las mismas deben ser más variadas e implicar a múltiples sectores y actores. (Adriana, 2018)

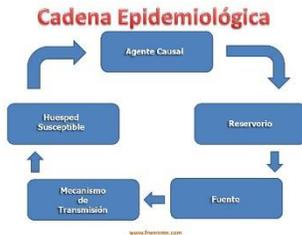
Existe un modelo tradicional denominado la **triada epidemiológica**. Es el modelo más básico sobre causalidad epidemiológica que relaciona un agente externo, un huésped susceptible y el ambiente que reúne a ambos permitiendo que aparezca la enfermedad. Se define la **cadena epidemiológica** como un conjunto de elementos necesarios para que podamos hablar de una enfermedad transmisible. Dicho de otro modo, cada eslabón de la cadena representa una secuencia de elementos que intervienen en la transmisión de un agente infeccioso a un huésped susceptible. Ahora la cadena epidemiológica más común compuesta de 6 eslabones:



- Agente Causal,
- Reservorio
- Puerta de salida
- Vía/modo de transmisión
- Puerta de entrada
- Huésped

susceptible Como podemos apreciar, hay al menos tres eslabones que son

idénticos. Las diferencias residen en que la cadena de 6 eslabones simplifica el Reservorio y la Fuente (que suelen ser la misma) y desarrolla el Mecanismo de Transmisión en tres eslabones (Puerta de salida, Vía de transmisión y Puerta de Entrada). (Adriana, 2018)



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». **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. **Reservorio humano enfermo** El foco humano enfermo debe ser capaz de eliminar virus o microorganismos por diversas vías de salida que pueden comportarse a su vez como vías de entrada, formando parte éstas del Mecanismo de Transmisión. **Reservorio humano portador** Es el individuo que, sin presentar signos o síntomas de infección, tiene un agente que puede ser eliminado por cualquiera de las vías anteriormente mencionadas. De este modo el agente causal puede ser transmitido a otros individuos. **Reservorio animal** Se denomina **reservorio animal** a aquel capaz de transmitir el agente causal al hombre (zoonosis). En este apartado se incluyen las infecciones y las infectaciones, pero se excluyen las agresiones y las toxinas. En la transmisión se pueden implicar uno o más huéspedes intermediarios. **Reservorio telúrico** Normalmente se denomina reservorio telúrico al suelo, al agua y a las fómites, y tiene importancia por una serie de consideraciones:

- Los microorganismos deben presentar formas especiales de resistencia para ser viables (esporas de Clostridium Tetani).
 - Precisa condiciones ambientales de humedad, temperatura y recursos necesarios y adecuados para el desarrollo de diversos microorganismos (leptospirosis).
 - Una parte del ciclo evolutivo del agente causal se produce en este medio.
 - Suelen ser agentes oportunistas, con facilidad para provocar infecciones cuando se producen inmunodepresiones.
- Fuente** Se considera **fuentes de infección** a todo hombre (fuente homóloga), animal (heteróloga) o ser inanimado (heteróloga, por ejemplo: el suelo) desde donde puede pasar la infección directa o indirectamente al huésped susceptible. Hay que recordar que en muchas ocasiones la fuente suele ser también el reservorio, pero existen casos en los que no es así. Por ejemplo, el virus del Ébola, se cree que el reservorio es el murciélago de la fruta y al final el hombre acaba siendo la fuente de contagio, aunque en el caso de

toparnos con el reservorio e infectarnos directamente de él, podríamos decir que el reservorio, en este caso, es considerado también como fuente de infección.

Mecanismo de Transmisión Directa

Se produce el paso de la enfermedad desde la fuente de infección al huésped susceptible, sin intermediarios. Existen diversos tipos de transmisión directa:

- Por contacto:
- Sexual
- Mucosas
- Manos
- Mordeduras
- Transmisión Intrapartum
- Transplacentaria de madre a hijo
- Arañazo
- Transmisión aérea

Mecanismo de Transmisión Indirecta El contagio se produce con separación en tiempo y espacio entre fuente y huésped susceptible. Los tipos de mecanismo de transmisión indirecta son:

- Aire
- Vehículos de transmisión como el agua, los alimentos, fomites... etc.
- Suelo
- Baños (leptospirosis, hongos) y aerosoles.
- Artrópodos que actúan como vectores (Chikungunya, Zika, Dengue, Malaria).

(Adriana, 2018) Huésped susceptible Llegamos al último eslabón de la cadena epidemiológica. Llamamos huésped susceptible a todo sujeto sano capaz de enfermar. El grado de susceptibilidad se ve influido por factores como la edad, el sexo, la profesión o el lugar de residencia. Hay dos elementos que juegan un papel muy importante en el contagio del huésped susceptible:

- **La puerta de entrada:** Lugar donde penetra el agente causal. Puede servir tanto para la multiplicación como la propagación del agente dentro del organismo del huésped. Existen diferentes puertas de entrada: piel, genitales, vías urinarias, conjuntiva, aparato digestivo, faringe o inoculación por instrumentos.
- **Sistema inmunológico:** Existen muchas enfermedades que provocan inmunodepresiones (VIH, Neoplasias, Aplasias), así como muchos medicamentos (inmunosupresores para tratar enfermedades autoinmunes o para el funcionamiento correcto de los trasplantes, quimioterápicos). El estado en el que se encuentre el sistema inmune del huésped susceptible es esencial para evitar que la cadena epidemiológica se complete y que muchos agentes oportunistas provoquen la enfermedad. (Adriana, 2018)

3.3.- Enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes.

Las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son: • las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); • el cáncer • las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); • y la diabetes. Las enfermedades no transmisibles, o ENT, representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a más de 36 millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios. (Adriana, 2018)

3.4.- Modelos de intervención

Especifica cuál es la situación que aqueja a la población que se atiende, los objetivos, las estrategias que se llevarán a cabo, el marco jurídico bajo el cual opera, así como el procedimiento para la evaluación de los resultados. La intervención en Salud Pública, implica dos acciones importantes: el control y la prevención. Control: tiene por finalidad limitar la propagación de un problema de salud. Prevención: busca evitar que el problema se presente. Para alcanzar este fin, tanto el control como la prevención aplican diversas medidas, a las que en forma general se denominan intervenciones. Implica la introducción de un cambio, frente a una situación experimental cuyo grado de control va depender del planeamiento de la intervención. (Adriana, 2018) 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. (Adriana, 2018)

3.5.- Intervención del Trabajo Social en el proceso de salud enfermedad.

En el campo de la **salud**, el **trabajo social** es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el **proceso salud- enfermedad**, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de **enfermedad**. El objetivo del trabajo social en esta área es identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la

población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades. (Adriana, 2018) Brinda motivación a los pacientes y familiares, así como facilita la información y sensibiliza sobre la realidad del paciente preparándolos para las tomas de decisiones, educación a la comunidad para el cuidado y alimentación adecuada, participa en programas que cada clínica u Hospital implementa y en los procesos de la atención, Profesional integrante del equipo de salud que participa en los procesos de la atención y que aborda factores sociales involucrados en el proceso salud enfermedad como parte de la atención integral a la salud del individuo y su familia, siendo su función primordial la identificación de las carencias, necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derechohabiente, Identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades. (Adriana, 2018)

3.6.- Salud pública y ambiente.



comprende aquellos aspectos de la **salud** humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales, La salud pública y el medio ambiente están estrechamente relacionados. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculan que el 23% de la carga mundial de mortalidad se debe a

factores ambientales. Asimismo, atribuyen las mismas causas al 24% de la morbilidad. la salud pública se ocupaba principalmente de enfermedades contagiosas y de sanidad, hoy en día se analiza una gama mucho más amplia de determinantes sanitarios. Aquí podemos hacer referencia a la influencia del medio ambiente. Las primeras preocupaciones nacieron de la mano de la industrialización y la urbanización. (Adriana, 2018)

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. (Adriana, 2018)

3.7.- Saneamiento.

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. (Adriana, 2018). Conjunto de técnicas y sistemas destinados a mejorar las condiciones higiénicas de un edificio, una comunidad o una ciudad. ... Sistema de evacuación y tratamiento de los residuos urbanos e industriales de una ciudad. El **saneamiento** consiste en métodos y medios para recoger y eliminar las excretas (o heces) y las aguas residuales de una colectividad de manera higiénica para no poner en peligro la salud de las personas y de la comunidad en su conjunto

3.8.- El ambiente (social y natural) y la salud.



una mejor comprensión de cómo el “medio ambiente” puede tener “peligros” o representar “amenazas” para la salud humana, comenzamos por definirlos: Medio ambiente: se refiere a todo lo que rodea a un objeto o a cualquier otra entidad. El hombre experimenta el medio ambiente en que vive como un conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas que difieren según el lugar geográfico, la infraestructura, la

estación, el momento del día y la actividad realizada. (Adriana, 2018)

La **salud** pública y el medio **ambiente** están estrechamente relacionados. Desde la Organización Mundial de la **Salud** (OMS) calculan que el 23% de la carga mundial de mortalidad se debe a factores ambientales. Asimismo, atribuyen las mismas causas al 24% de la morbilidad. Una de las diferencias entre los peligros ambientales tradicionales y los modernos es que los primeros suelen manifestarse con rapidez relativa en forma de enfermedad. Por el contrario, muchos de los peligros modernos requieren largos períodos de tiempo antes de manifestar sus efectos en la salud. (Adriana, 2018) Los peligros ambientales pueden producir un amplio abanico de efectos sobre la salud que varían de tipo, intensidad y magnitud según la clase de peligro, el nivel de exposición y el número de afectados. Las enfermedades más importantes suelen asociarse a más de un tipo de exposición, y para causar las enfermedades los peligros actúan junto con los

factores genéticos, la nutrición, los riesgos del estilo de vida y otros factores. (Adriana, 2018)

3.9.- Problemas emergentes.

En las tres últimas décadas se han identificado una serie de enfermedades catalogadas como emergentes la mayoría de las cuales tienen una etiología infecciosa e incluyen enfermedades bacterianas. (Adriana, 2018) (enfermedad por Legionella, enfermedad de Lyme, Campilobacteriosis, Helicobacter Pylori), virales (HIV, Ebola, antiovirus, virus de las hepatitis B y C), parasitarias (Criptosporidiosis, Cyclospora) y otras de difícil clasificación como las encefalopatías espongiiformes. Muchas de estas enfermedades son a menudo de origen zoonótico resultado de la transmisión a humanos de patógenos de otras especies animales. Este tipo de diseminación se presenta frecuentemente como consecuencia de cambios ecológicos facilitados por factores sociales o demográficos o bien como consecuencia de avances tecnológicos. En efecto cuando en una población ocurren cambios significativos en el medio ambiente o en la tecnología, hay consecuencias. Algunas de estas consecuencias pueden ser pequeñas y otras enormes. Incluso muchas de las consecuencias pueden ser inimaginables. (Adriana, 2018) De acuerdo a esta premisa, podríamos reconocer **problemas emergentes** en aquellas situaciones que con cierta regularidad presentan los usuarios a las/los trabajadores sociales y que no están instalados en la agenda pública, reconociendo de este modo una línea de investigación a recorrer.

BIBLIOGRAFIA

Educación para la Salud, Manual sobre la Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud.

Organización Mundial de la Salud.

Fundamentos de Salud Pública, Maso Adriana, La Plata.

Bibliografía Complementario

Indicadores de Salud, Aspectos Conceptuales y Operativo, Washington 2018.

Organización

Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud.

Salud Pública, Medicina Social, Rojas Ochoa Francisco. Ciencias Médicas.

Introducción a la Salud Pública, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.

Linkografía

El Trabajo Social y su relación con la Salud: una Relación Histórica. Consejo General del Trabajo Social

<http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

[20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf](http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf)