



ALUMNA: MONSERRAT MENDEZ CAMBRANO

MAESTRO: LUIS MANUEL CORREA BAUTISTA

MATERIA: SALUD PUBLICA COMUNITARIA

SEPTIMO CUATRIMESTRE

CARRERA: LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL Y
GESTION COMUNITARIA

Proceso de salud enfermedad.

La historia natural de la enfermedad se refiere al proceso evolutivo que experimenta una patología sin que intervenga ningún médico. En pocas palabras, es el curso de la enfermedad desde que inicia hasta su resolución, pero sin que haya intervención médica. La historia natural de la enfermedad solía ser observada ampliamente hasta hace un siglo cuando no se contaban con demasiados avances para el tratamiento de enfermedades y por ende tampoco para su diagnóstico. Ahora que afortunadamente la ciencia ha provisto de soluciones en el campo de la medicina, los médicos no pueden observar con mucha facilidad este proceso. Sin embargo, de no haber existido la observación plena de la historia natural de la enfermedad en el pasado, es posible que hoy día los científicos no hubieran podido comprender el curso de las enfermedades. La historia natural de la enfermedad se divide en dos periodos. El periodo de génesis, mejor conocido como prepatogénico y el periodo patogénico, llamado también evolución natural de la enfermedad. El periodo prepatogénico es la fase anterior a la enfermedad. En esta etapa la enfermedad aún no se ha desarrollado, lo que significa que la persona afectada no presenta síntomas clínicos, ni cambios a nivel celular, de tejidos u orgánicos. En esta fase ocurre lo que se conoce como triada ecológica. Esta no es más que la interacción entre tres componentes esenciales para el desarrollo de la enfermedad. Estos son el huésped, el agente y el medio ambiente. El huésped es la persona o ser vivo que permite la subsistencia, el alojamiento y el desarrollo de un agente infeccioso causal de enfermedad. Por su parte, el agente es toda fuerza, principio o sustancia viva o inanimada capaz de actuar en el organismo de forma nociva. Los agentes biológicos son las bacterias, protozoarios, metazoarios, virus, hongos y/o sus toxinas, entre otros. Los agentes no biológicos pueden dividirse en dos principales: químicos y físicos. El tercer componente en la triada ecológica es el medio ambiente. Este es el que se encarga de propiciar el enlace entre el huésped y el agente. En este elemento se involucran diferentes factores, los cuales rodean a un individuo. Cuando se habla del efecto que puede tener el ambiente en el curso de la enfermedad también existe una intervención en el plano interpersonal, que es el que incluye las relaciones tanto de pareja como de familia y de grupos cercanos de amigos, de colegas y hasta de vecinos. Finalmente, deben considerarse factores del plano cultural-ideológico. En este caso la estructura de creencias y conocimientos de la comunidad o sociedad también pueden afectar al individuo. El periodo patogénico es el que se da cuando todas las circunstancias y características del período prepatogénico coinciden en un huésped. De ser así se rompe entonces el equilibrio de la triada ecológica y es en ese momento cuando el huésped es afectado por la enfermedad. Dependiendo del tipo de infección, estos cambios pueden darse de forma rápida como consecuencia de la multiplicación de los microorganismos, de su virulencia y de su capacidad de producir toxinas. Es la fase en la que un agente causal invade al huésped. Esta etapa se caracteriza por la aparición de lesiones anatómicas o funcionales, aunque sin la presencia de

signos o síntomas de la enfermedad. Es entonces el tiempo que transcurre entre el momento del estímulo de la enfermedad hasta el momento en el que esta se hace evidente. Periodo clínico esta fase se inicia con el primer síntoma o signo de la enfermedad. Ese momento lleva por nombre horizonte clínico. Con esa primera manifestación llega una serie de síntomas o signos, además de complicaciones y secuelas. Cuando se habla de complicaciones es cuando la enfermedad involucra otras afecciones en el organismo que pueden ser insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o insuficiencia respiratoria. El primero de ellos es el periodo prodrómico. Este se trata de la presencia de manifestaciones generales de la enfermedad. En este caso los síntomas y signos suelen ser confusos, lo que dificulta el poder hacer un diagnóstico exacto. El siguiente es el propio período clínico. Este es el momento en el que la enfermedad se manifiesta por síntomas signos específicos. Y de esta manera se hace más fácil su diagnóstico y manejo. Finalmente, el periodo de resolución es la etapa final. En esta fase la enfermedad tiene tres caminos: desaparece, se convierte en crónica o el paciente fallece. En este último caso debe producirse una muerte tanto cerebral como cardíaca.

La transición epidemiológica en México presenta nuevos desafíos a un sistema de salud que tradicionalmente ha priorizado los programas dirigidos a enfermedades transmisibles y a la salud reproductiva. A pesar de un crónico subfinanciamiento, se han obtenido logros sustanciales en esta agenda tradicional a través de una atención especial a las intervenciones de salud comunitaria, que han demostrado ser altamente costo-efectivas. Con el paso de los años se ha incrementado la presión para que el sistema público de atención médica asegure el acceso a atención primaria y a servicios de hospitalización de alta calidad. Tan sólo a través del Seguro Popular la asignación promedio de recursos públicos por familia para la atención médica se incrementará en términos reales de 268 dólares americanos en 2001 antes que el programa fuera probado como piloto, a 677 dólares americanos en 2010, cuando se espera alcanzar la cobertura total. Para que este nuevo esquema de financiamiento se traduzca en servicios que respondan mejor a los desafíos emergentes de las enfermedades crónicas y las lesiones, la reforma ha exigido evidencia rigurosa sobre la magnitud de los distintos problemas de salud, así como de los costos y los beneficios de las diferentes intervenciones de salud. La historia de la definición de prioridades para las intervenciones de salud en México ofrece un ejemplo de cómo las presiones internas y externas se han combinado para crear un contexto político único para la reforma de salud. El concepto de diseñar un paquete esencial de intervenciones de atención médica sustentado en la carga de la enfermedad y en consideraciones de costo-efectividad fue introducido por el Banco Mundial en 1993 en el Informe de Desarrollo Mundial. Con el inicio de una nueva administración en 2001, tres premisas de política fundamentales guiaron el proceso de definición de prioridades. Primero, se dispondría de mayores recursos a través de un cambio en el esquema de financiamiento, al sustituir la asignación sustentada en la oferta por una asignación de recursos por familia afiliada, ajustada por las necesidades de

salud. De esta manera, se diseñó un conjunto definido de manera explícita de paquetes de cobertura como la base para el acuerdo de obligaciones y responsabilidades entre el gobierno federal, los estados y las familias afiliadas. Las intervenciones incluidas en los servicios de salud pública y a la comunidad son principalmente aquellas trasladadas del programa ampliado de vacunación y del paquete de servicios a la comunidad implementado durante la primera fase de definición de prioridades. En primer lugar, abordaremos la salud pública como concepto histórico, con el fin de rastrear la genealogía y las prácticas culturales que brindaron un marco referencial para el nacimiento de lo que en Occidente se conoce como salud pública. En segundo lugar, trataremos la introducción de estas prácticas en el territorio mexicano, el nacimiento de reglamentaciones e instituciones que aplicaron los preceptos por los cuales se regía la salud pública, para dar paso a su consolidación, y finalizaremos con una breve conclusión. La mala alimentación era otra causa de enfermedad, evidente en la tuberculosis y el raquitismo; se encontraba también la peste (aparecida en 1720), que siguió siendo endémica en el Mediterráneo occidental. Además, el crecimiento de las ciudades fomentó la acumulación de personas en espacios reducidos, desechos fecales, vísceras de animales, sangre y demás perecederos, que generaban basura, mal aspecto y malos olores, lo cual acrecentó el interés de diversas personas en el tema. A este respecto, los diversos descubrimientos y reflexiones en torno a las distintas ramas del conocimiento científico, en especial la física y, ya adelantado el siglo XVIII, la química, aportaron instrumentos y herramientas para aplicarlos en los diversos medios de desarrollo humano; es decir, se generaron fundamentos con bases científicas. El aumento del número de hospitales en las ciudades, acompañado de una lenta mejora de la ciencia médica y su enseñanza, contribuyó al desarrollo de la medicina. En aquella época los estudiantes tenían que recorrer los pasillos de los hospitales y estudiar las enfermedades no sólo en los libros, sino también en el cuerpo humano. También la Ilustración, como movimiento intelectual, trajo consigo una serie de repercusiones en la vida social de las personas, tanto pública como privada. Debido a las ideas que se formaron en ese contexto sobre la educación, algunos filósofos consideraban la razón no como algo ejercido en solitario, sino como un proceso mental dirigido al estudio de la vida que nos rodea, con el objetivo de mejorarla. El hombre logró alcanzar terrenos desconocidos hasta el momento. De forma menos directa, otras medidas contribuyeron a elevar el nivel de la salud pública. En las ciudades más grandes se introdujo y mejoró el suministro de agua, se mejoró la eficiencia de los servicios de recogida de basuras y el alumbrado de las calles redujo el número de homicidios. Otro factor de clara importancia fue la Revolución francesa⁹, que tenía como uno de sus ideales el bienestar común; algunos de los ideales de ésta y de la Ilustración vendrían a componer las bases del Estado moderno. Durante la Revolución, e incluso el Consulado, se gestionaron varios proyectos de reforma. Las medidas adoptadas por los Estados dieron paso a una serie de reglamentaciones que afectaban tanto a la vida como a la muerte de las personas.

Esta serie de reglas, que se inmiscuían en la forma de desarrollar la vida, entraron como la humedad, poco a poco, dejando pequeños indicios de cambio de las actividades; las formas culturales mutaron, más nunca bruscamente, y varios de los preceptos se pusieron en práctica o al menos permanecieron como ideales que formaban parte de las reglamentaciones y obligaciones del corpus estatal. Las personas ingresaron en un umbral poco conocido hasta entonces, proveído por los aparatos estatales, que se encargaron también de reglamentar e introducir en la vida de la gente tecnologías para propiciar el mantenimiento de la salud. En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros¹⁰, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Un claro ejemplo fue el del Consejo. El establecimiento de dicha institución dice mucho de las preocupaciones gubernamentales por mantener el buen estado de salud entre la población mexicana, aunque, como señala Hiram Félix Rosas, en términos generales, entre 1841 y 1880, las tareas del Consejo eran un listado de buenas intenciones. Su desempeño intermitente estuvo marcado por conflictos políticos, carencia de recursos y la relativa desorganización del país. A la luz de las acciones emprendidas, es posible afirmar que la consolidación de este organismo técnico, consultivo, normativo y ejecutivo de la salud pública mexicana comenzó en 1880. Durante mucho tiempo los científicos han estado ocupados en determinar, entre las diferentes categorías más generales relacionadas con la salud de la población, cuál pudiera hacer la función de centro o integradora de las restantes. Los antecedentes de la medicina y de la profesión médica se remontan, prácticamente, a la época en que apareció la escritura, 3 000 años A.N.E, en los primeros estados esclavistas, aunque se acepta que la medicina científica surge en Grecia en la época de Hipócrates. La categoría Salud Pública ha venido evolucionando desde la época de Hipócrates, cuando se comenzó a hablar de la influencia del ambiente físico y social en la salud de la población. El desarrollo de la Higiene Pública se detuvo durante el feudalismo y comenzó a resurgir con la Revolución Industrial (xviii) con Raus, Ramazini y, sobre todo, Johan Peter Frank. Este último es considerado el "Padre de la Salud Pública" y estableció la policía médica. En ese momento es cuando el Estado, para conservar las fuerzas productivas, toma mayor partido en el control del agua y la limpieza, agregando también algunos aspectos sobre el modo de vida, como el control de alimentos y de las enfermedades profesionales. Conjuntamente con lo anterior y la aparición de la medicina social, en la segunda mitad de este siglo, se incentiva el desarrollo de la SP, ampliándose las medidas sanitarias por los Estados e iniciándose el desarrollo de los servicios de salud, como ocurrió en Rusia en 1865 y en Alemania en 1883. La prevención marca el inicio de una nueva etapa después de la primera revolución epidemiológica, lo que se incrementa con la segunda revolución epidemiológica. Así la Salud Pública continúa ampliando su campo y sus funciones e integra a la atención preventiva de las personas y la del ambiente natural, el entorno social y también los aspectos de la atención curativa.