



FECHA: 08-10-2021

MATERIA: SALUD PUBLICA COMUNITARIA

TRABAJO: ENSAYO

TEMA: UNIDAD III PROCESO DE SALUD ENFERMEDAD Y UNIDAD IV SALUD PÚBLICA.

ALUMNA: MARIA EUGENIA GERONIMO LASTRA

GRADO: 7 CUATRIMESTRE

CARRERA: LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL Y GESTION

COMUNITARIA.

CATEDRATICO: MANUEL CORREA BAUTISTA

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 secuencia de acontecimientos que le ocurren a un cuerpo, desde que se producen las primeras acciones hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace, se conoce como historia natural de la enfermedad.

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. Las intervenciones incluidas en los servicios de salud pública y a la comunidad son principalmente aquellas trasladadas del programa ampliado de vacunación (PAV) y del paquete de servicios a la comunidad implementado durante la primera fase de definición de prioridades

. Estas intervenciones –por ejemplo, aquellas que tenían el objetivo de expandir los programas nacionales de vacunación, reducir la desnutrición crónica y deshidratación por diarrea, y la provisión de agua potable– han dominado tradicionalmente el diseño de paquetes de servicios costo-efectivos en congruencia con las recomendaciones internacionales. Los cálculos para la carga de la enfermedad basados en años de vida ajustados por discapacidad reflejan los años de vida saludable perdidos.

Las mediciones de la carga ponderan las muertes a diferentes edades mediante los años de vida perdidos comparados con una referencia estándar (y así asignan una mayor ponderación a la mortalidad infantil). No obstante, las enfermedades no transmisibles y las lesiones, más que las enfermedades infecciosas y que otras enfermedades de la niñez, constituyen las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad en México.

La mortalidad y la carga de la enfermedad por factores de riesgo (cuadro IV), con el potencial de intervenciones preventivas, enfatiza aún más el avance en la transición epidemiológica en México. El alcoholismo, el sobrepeso y la obesidad, el elevado nivel de glucosa en la sangre y la presión sanguínea son las principales causas globales de mortalidad y de carga de la enfermedad. El bajo consumo de frutas y vegetales y el tabaquismo también tienen efectos importantes en la mortalidad para ambos sexos, mientras que las relaciones sexuales sin protección son un importante factor de pérdida de años de vida saludable para las mujeres.

El no disponer de datos completos requiere con frecuencia de la extrapolación de varios supuestos sobre insumos para la evaluación económica provenientes de otros países o regiones. En México, la disponibilidad de información epidemiológica y económica local ha ayudado a descubrir las limitaciones de dichas extrapolaciones, y a desarrollar estimaciones nacionales de costo-efectividad para intervenciones seleccionadas.

Por ejemplo, basándose en datos de morbilidad y mortalidad de la influenza en México, obtenidos de estadísticas vitales y de registros hospitalarios, se observa que el costo efectividad de la vacunación anual contra la gripe para los infantes y niños parece mucho menos atractiva para México que lo que indican análisis de otros países.

El análisis costo-efectividad de un grupo de intervenciones de los tres paquetes ofrece resultados que en algunos casos contradicen la opinión generalizada sobre el beneficio de la inversión para un grupo de categorías de intervenciones. Por ejemplo, mientras que es

ampliamente reconocido que las vacunas se encuentran entre las inversiones más efectivas en salud, la llegada de vacunas más costosas como la del neumococo –y más recientes como la vacuna contra el virus del papiloma humano– ponen en duda la aplicabilidad general de esta afirmación.

Las limitantes de implantación son analizadas en la etapa final del proceso de decisión para incluir intervenciones. Las restricciones de capacidad relacionadas con la provisión de la atención médica son resueltas mediante la aplicación de un proceso de acreditación acelerado de las unidades proveedoras de servicios. El objetivo de la acreditación acelerada es permitir la provisión condicionada de servicios en las unidades de salud por un año, durante el cual se realizan las mejoras necesarias mientras se solicita la acreditación normal.

En casos donde una inclusión gradual es justificada tanto por insuficiencia de presupuesto como por una lenta capacidad de respuesta en el corto plazo, es frecuente que se presenten consideraciones de equidad. Las restricciones de capacidad tienden a sesgar la implementación inicial a favor de las comunidades urbanas de mayor ingreso, como es el caso de las enfermedades no transmisibles. En contraste, la implementación inicial de varias intervenciones dirigidas a la comunidad (como los programas de vacunación contra el neumococo y la influenza) es menos probable que estén sujetas a restricciones de capacidad y por lo tanto, puede realizarse en áreas marginadas más rápidamente.

El desarrollo de un proceso justo que incluya múltiples objetivos ha sido inicialmente dirigido a intervenciones de enfermedad financiadas por el FPGC, donde se han presentado las preocupaciones no médicas más complejas. Esto ha permitido la identificación de dos grupos de consideraciones generales. El primero incluye criterios analíticos susceptibles de cuantificación, como es el caso del análisis de costo-efectividad, disponibilidad de presupuesto y restricciones de instrumentación. El segundo incluye preocupaciones no cuantificables que deben ser manejadas a través del logro de consensos (cuando es posible) entre los diferentes actores. Estos procesos incluyen una evaluación ética sobre equidad entre grupos de población y una discusión de la aceptabilidad social de las intervenciones, incluyendo inquietudes sobre la capacidad de responder a expectativas de los pacientes.

Las enfermedades pueden ser ocasionadas por múltiples factores de riesgo. Por esta razón no es posible controlarlas y mucho menos solucionarlas abordándolas desde una disciplina en particular. Por ello es necesario que se coloquen barreras de protección, las cuales son llamadas niveles de prevención. Cuando se habla de prevención se habla de anticipación para poder disminuir las probabilidades de que se presente una eventualidad. Y que de ser así pueda solucionarse o evitarse el avance de esta. La prevención solo puede hacerse basándose en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, ya que en este caso el objetivo será siempre el poder reducir la probabilidad de que la enfermedad progrese.

Autores han señalado la falta de servicios de salud pública durante la dictadura de Porfirio Díaz; por ejemplo, José Antonio Rivera Tapia afirma: «El porfiriato no ofrecía condiciones propicias para mejorar la salud de los mexicanos, ya que el reparto desigual de la riqueza hacía que la mayoría de las gentes y ante todo los pobres, carecieran de servicios médicos; la medicina organizada, aunque participaban en las tareas sanitarias lo hacía y esporádicamente y tímidamente, sin preocuparse en realidad por la salud de las

masas; las clases dominantes justificaban su indiferencia ante la enfermedad y la miseria dando a éstas como causas, la indolencia y la degeneración de la raza, y el gobierno, en fin, deseoso de inyectar al país la savia vivificante de la inmigración extranjera, abandonaba al proletariado a su propia destrucción. Las grandes epidemias acaecidas durante el siglo XVIII de enfermedades como la viruela (hasta el descubrimiento y la expansión de la vacuna por Edward Jenner [1749- 1823]), el tifus, el cólera y la malaria llevaron a reflexionar sobre la gravedad del problema por contagio, debido a la movilización de personas (principalmente de ejércitos).

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. En este contexto, los grandes proyectos de los monarcas absolutistas⁵ tenían evidentemente repercusiones de hondo calado, tanto en la vida pública como en la privada. Un ejemplo claro fueron los hospitales, que tenían que ver con la idea de bienestar y progreso: «La joya de los hospitales fue el Allgemeine Krankenhaus (Hospital General) de Viena, que tenía dos mil camas, y fue reconstruido en 1784 por el emperador José II.

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.

Durante la Revolución, e incluso el Consulado, se gestionaron varios proyectos de reforma. De todos estos planes, entre los que se encontraban los de salubridad pública, indudablemente pocas cosas pasaron a la realidad, pues la vida se iba a desarrollar de manera un tanto distinta. 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.

Las acciones de salud pública del gobierno a cargo de Porfirio Díaz se extendieron por todo el territorio mexicano. A principios de 1885 se creó un reglamento para la aplicación de la vacuna contra la viruela en los territorios de Baja California, Tepic y el Distrito Federal, que fue aprobado en mayo de ese año y publicado en el Diario Oficial. El tema central del reglamento, que estaba compuesto por 20 artículos, era la importancia de estar prevenidos contra la mortal enfermedad, considerando la vacuna como un elemento de vital importancia, siempre bajo la inspección del Consejo Superior de Salubridad mediante dos representantes (un presidente y un vocal). La presencia médica también era obligatoria; el médico encargado de preservar la vacuna también lo sería de vigilar su administración. Las enfermedades que azotaron al país influyeron de manera decisiva para que mejoraran de manera gradual diversos aspectos de la salud pública, como los relacionados con el hacinamiento de los enfermos mentales. El manicomio de La Castañeda, inaugurado en 1910, fue la obra de infraestructura relacionada con la salud pública más grande de México y de América Latina.

En octubre de 1991, en la ciudad de New Orleans, Louisiana, EUA, la OPS-OMS reunió un grupo de consulta, integrado por 11 expertos, con el fin de analizar la situación y las tendencias sobre la teoría y práctica de la Salud Pública. Analizaron además los problemas que enfrentan las Escuelas de Salud Pública, los sistemas o modelos de servicios, las condiciones de salud y además, actualizaron las ideas sobre la categoría de salud, acercándose a un consenso en cuanto a definiciones y aspectos conceptuales de la SP como ciencia abarcadora e integradora.

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 SP 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. El conservadurismo político en Inglaterra que eliminó el término SP retrasó su uso en muchas partes del mundo, pero actualmente existe un amplio consenso en que la SP se ha convertido en una ciencia integradora y multidisciplinaria.¹ No obstante, persisten aún algunas diferencias como en Canadá y en otros países de América Latina que comentaremos más adelante.