

UDS

ANTOLOGIA

SALUD PUBLICA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TERCER CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO

El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES

Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Salud Publica.

Objetivo de la materia:

Conocer el proceso de salud-enfermedad y los métodos de prevención y promoción de la salud en el abordaje fisioterapéutico en la atención sanitario.

CONTENIDO

UNIDAD I Analizar el modelo (Comunidad participante).

- 1.1.- Marco conceptual.
- 1.2.- Valoración del modelo.
- 1.3.- Diagnostico de salud comunitaria.
 - 1.3.1.- Cedula de micro diagnóstico familiar.
 - 1.3.2.- Visita Domiciliaria.
- 1.4.- Necesidades y demandas de salud de las familias y comunidades.
- 1.5.- Estrategias del sector salud.

UNIDAD II Demografía y epidemiología.

- 2.1.- Situación demográfica y epidemiológica.
 - 2.1.1.- Características demográficas y epidemiológicas de la población.
- 2.2.- Enfoque de riesgo.
- 2.3.- Relaciones entre economía y salud.
- 2.4.- Principios básicos de economía y su relación con la salud.
- 2.5.- Principales recursos económicos para la salud.
- 2.6.- Interacción entre personas y comunidad.
- 2.7.-Factores que influyen impositivamente o negativamente en la comunidad.

UNIDAD III Bases conceptuales de enfermería comunitaria.

- 3.1.- Enfoques de atención de la enfermería comunitaria.
- 3.2.-Roles que cumple la enfermería comunitaria.
- 3.3.- Modelos y teorías de enfermería comunitaria.
 - 3.3.1.- Modelo de promoción de la salud de Nola Pender.
 - 3.3.2.- Teoría de la enfermería transcultural de Madeleine Leininger.

3.3.3.-Teoría del déficit del autocuidado Dorothea Orem.

3.3.4.- Modelo de sistemas Betty Neuman.

UNIDAD IV Comunidad y familia.

4.1.- Conceptos y clasificación de las familias.

4.2.- Funciones de la familia.

4.3.- Concepto de comunidad.

4.4.- Elementos de una comunidad.

4.4.1.- Influencia sobre la salud.

4.5.- Participación comunitaria.

4.5.1.- Objetivos de la participación comunitaria.

4.5.2.- Formas de participación comunitaria.

INDICE

UNIDAD I	11
ANALIZAR EL MODELO (COMUNIDAD PARTICIPANTE).....	11
1.1.- marco conceptual.....	11
1.2.- Valoración del modelo.....	12
1.3.- Diagnóstico de salud comunitaria	15
1.3.1.- Cedula de micro diagnóstico familiar.	19
1.3.2.- Visita Domiciliaria.....	20
1.4.- Necesidades y demandas de salud de las familias y comunidades.	22
1.5.- Estrategias del sector salud.....	28
UNIDAD II.....	30
DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGIA.....	30
2.1.- Situación demográfica y epidemiológica.	30
2.1.1.- Características demográficas y epidemiológicas de la población.....	37
2.2.- Enfoque de riesgo.....	56
2.3.- Relaciones entre economía y salud.....	58
2.4.- Principios básicos de economía y su relación con la salud	68
2.5.- Principales recursos económicos para la salud.....	74
2.6.- Interacción entre persona y comunidad.....	84
2.7.- Factores que influyen impositivamente o negativamente en la comunidad	96
UNIDAD III.....	99
BASES CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.....	99
3.1.- Enfoques de atención de la enfermería comunitaria.	99
3.2.-Roles que cumple la enfermería comunitaria.	102
3.3.- Modelos y teorías de enfermería comunitaria.....	102
3.3.1.- Modelo de promoción de la salud de Nola Pender	103
3.3.2.- Teoría de la enfermería transcultural de Madeleine Leininger.....	104
3.3.3.-Teoría del déficit del autocuidado Dorothea Orem.....	106
3.3.4.- Modelo de sistemas Betty Neuman	113
UNIDAD IV.....	113
COMUNIDAD Y FAMILIA.	113
4.1.- Conceptos y clasificación de las familias.....	114
4.2.- Funciones de la familia.	116

4.3.- Concepto de comunidad.....	117
4.4.- Elementos de una comunidad.	118
4.4.1.- Influencia sobre la salud.	119
4.5.- Participación comunitaria.....	119
4.5.1.- Objetivos de la participación comunitaria.....	120
4.5.2.- Formas de participación comunitaria.....	123

UNIDAD I

ANALIZAR EL MODELO (COMUNIDAD PARTICIPANTE).

I.1.- marco conceptual.

Concepto de persona:

En el lenguaje cotidiano, la palabra persona hace referencia a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí mismo y que cuenta con su propia identidad. El ejemplo excluyente suele ser el hombre, aunque algunos extienden el concepto a otras especies que pueblan este planeta.

Una persona es un ser capaz de vivir en sociedad y que tiene sensibilidad, además de contar con inteligencia y voluntad, aspectos típicos de la humanidad. Para la psicología, una persona es alguien específico (el concepto abarca los aspectos físicos y psíquicos del sujeto que lo definen en función de su condición de singular y único).

Concepto de salud:

La definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud en 1948 es la siguiente: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad". Por lo tanto, contempla el estado saludable de la persona desde el punto de la calidad de vida y no simplemente desde la manifestación de síntomas o el padecimiento de enfermedades.

Concepto de enfermería:

La enfermería es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesitan.

I.2.- Valoración del modelo

Las etapas del Proceso de Enfermería descritas por Anderson y McFarlane (1988, 1996) en su modelo son cinco: Valoración; Análisis y Diagnósticos de Enfermería Comunitaria; Plan: planificación de la intervención comunitaria según niveles de prevención primaria, secundaria y/o terciaria.

I. Valoración

La Comunidad está representada en el modelo por la Rueda de la Valoración, en la cual se encuentra el núcleo de la comunidad y los ocho subsistemas del ambiente. El modelo se centra en el reconocimiento de todas las variables y factores que están influyendo en la respuesta de la comunidad a los estresores, tanto internos, es decir, propios de las personas y su ambiente, como externos presentes en el suprasistema, es decir, fuera de los límites de la comunidad.

Si bien la comunidad funciona como un sistema abierto, el separar las distintas partes que lo componen ayuda a su comprensión (Klainberg, 2000). Se requiere de experiencia para lograr la identificación de la comunidad como un todo, por lo que, en términos de aprendizaje, para lograr ese objetivo, analizar los componentes de acuerdo a lo propuesto por el Modelo Comunidad

Participante ha resultado de utilidad para la práctica de los estudiantes de enfermería. Por ello se describirá por separado la valoración del núcleo y de los ocho subsistemas del ambiente, que componen la comunidad.

Valoración del Núcleo: La valoración del núcleo de la comunidad incluye todos los atributos o características propias de las personas (Anderson y McFarlane, 1996). Entre

ellas destacan: la historia de la comunidad; las características sociodemográficas de la población (estructura por edad y sexo), características económicas (ingreso, ocupación), características educacionales (escolaridad o nivel de instrucción, cursos de capacitación), etnia, tipos de hogares, estado civil, estadísticas vitales (nacimientos y muertes por edad y causa), religión; sus valores, creencias y costumbres; las características de salud, morbimortalidad, estilos de vida y uso de los servicios de salud.

Para la valoración del núcleo en su aplicación a la familia, la experiencia desarrollada en la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile ha incluido, además de lo que se deriva directamente de este modelo, algunos elementos del Modelo de Valoración Familiar de Calgary (Wright y Leahey, 2000), de funciones de la familia (Covarrubias et al., 1986) y patrones de funcionamiento familiar (Klainberg et al., 2000). Entre los aspectos a valorar destacan: historia familiar (desde que la familia se formó); valores, creencias y costumbres que influyen en su organización como sistema; subsistemas que se forman como díadas o dupletas, tríadas o jerarquías generacionales; características sociodemográficas (edades, género, relación de parentesco, nivel educacional, actividad, ingreso); relación con las familias de origen y con otros subsistemas del ambiente. La valoración de la familia también incluye: etapa del ciclo de vida familiar actual; problemas de salud de sus miembros (actuales y antecedentes familiares), utilización de los servicios de salud (previsión y uso que hacen de ella); impacto de los problemas de salud individual en el proceso familiar; estilos de vida; características de los patrones de la vida diaria o aspecto instrumental del funcionamiento familiar; características del componente expresivo del funcionamiento familiar, referido al tipo de comunicación, solución de problemas, distribución y ejercicio de los roles y estilo normativo de la familia.

Valoración del Ambiente: La valoración de los 8 subsistemas incluye los mismos elementos para comunidades y familias (Anderson y McFarlane, 1996).

Ambiente físico: Entre los elementos a valorar se encuentran ubicación geográfica, densidad de población, características del clima, características del terreno, presencia de animales y vectores, señalizaciones y características de la iluminación, características de las

viviendas, características de los transeúntes, áreas verdes, centros de abastecimiento, iglesias, organizaciones y otros.

Servicios sociales y de salud: Se valoran la cantidad, calidad, acceso y cobertura de recursos o servicios sociales y de salud disponibles, así como el tipo de servicios ofrecidos tanto por parte de organismos gubernamentales como no gubernamentales.

Economía: La valoración considera bienes y servicios y fuentes de trabajo disponibles para la comunidad o familia; ingreso per cápita; tasa de empleo y desempleo; tasa de actividad por edad y sexo y distribución porcentual según sector de ocupación.

Seguridad y transporte: La valoración de la seguridad del sector considera servicios de protección como bomberos, policía u otros; calidad del aire; disposición de residuos sólidos; disposición de residuos líquidos; disposición de agua potable y red de iluminación. La valoración del transporte considera principalmente el tipo de transporte disponible, tanto público como privado.

Política y gobierno: Considera la valoración de organizaciones políticas a nivel local. En nuestro medio, se considera la Municipalidad como representación de poder político, con los distintos departamentos y servicios ofrecidos a la comuna, incluyendo los programas de desarrollo comunitario. En Chile la organización vecinal está dada a través de unidades vecinales, quienes representan a los vecinos frente a la municipalidad.

Comunicación: Su valoración se realiza en el ámbito formal e informal. La comunicación formal incluye la presencia y uso por parte de la comunidad de medios como prensa, radio, TV, correo, teléfono, internet. La informal considera la forma en que la comunidad se comunica internamente, como puede ser a través de boletines, diarios comunales, radios locales, posters de la iglesia, de los establecimientos educacionales, entre otros.

Educación: Se valora el tipo y acceso a establecimientos educacionales y recursos de capacitación disponibles.

Recreación: La valoración considera recursos disponibles para la recreación y el uso que hace la comunidad y/o familia de ellos.

I.3.- Diagnóstico de salud comunitaria

El análisis es el estudio de los datos obtenidos de la valoración con el objetivo de tener una imagen clara de los factores que producen tensión o estrés (estresores); de los problemas de salud ocasionados por los estresores identificados (grado de reacción); de las conductas que están realizando para prevenir los problemas de salud (líneas flexibles de defensa), y los recursos y fortalezas para tratar o solucionar los problemas cuando se presentan y lograr el nivel de funcionamiento perdido por el daño producido (líneas de resistencia). Un buen análisis permite formular los diagnósticos de salud y/o de Enfermería para planificar la intervención de forma coherente con la realidad, y en alguno de los niveles de prevención Anderson y McFarlane (1996) destacan la importancia de analizar los parámetros en conjunto con la comunidad para llegar a un diagnóstico de salud de la misma, así como la importancia del trabajo en equipo inter e intradisciplinario. Para realizar el análisis de los estresores, se consideran los estímulos que producen tensión y tienen el potencial para causar el desequilibrio del sistema. Estos pueden tener su origen dentro o fuera del sistema (Anderson y McFarlane, 1996).

Existen estresores conocidos, desconocidos y universales. Estos pueden diferir en su potencial para alterar el nivel de estabilidad usual del sistema o su línea normal de defensa, dependiendo de la protección dada por la línea flexible de defensa (Neuman en Parker, 2000). Por lo tanto, para el análisis, se requiere identificar todos aquellos estresores (presentes en el núcleo y los ocho subsistemas) que representan un riesgo, amenaza y/o daño a la salud de la comunidad o de la familia. Un temporal de viento y lluvia o la cesantía a nivel nacional pueden considerarse como estresores extracomunitarios; en cambio, la mala disposición de basuras o la ausencia de escuelas pueden identificarse como estresores intracomunitarios. Aplicado a familias, los estresores tienen el potencial de alterar la salud o funcionamiento familiar (Jaimovich, 1992; Klainberg et al., 2000). Podrían considerarse estresores extrafamiliares, la delincuencia en el barrio, la contaminación del aire o la presencia de perros callejeros y estresores intrafamiliares un conflicto de roles familiares, conflicto de pareja o la cesantía del padre.

La Línea Flexible de Defensa (LFD) es la capacidad para mantener el equilibrio o la salud frente a cualquier estresor. Cualquier variación de la salud ocurre cuando los estresores penetran la línea flexible de defensa (Neuman en Marriner, 1999). Representa un nivel de salud dinámico resultante de la respuesta temporal a estresores, por ello se representa por una línea punteada que actúa como “amortiguador” (Anderson y McFarlane, 1996). La línea flexible de defensa se considera la primera barrera que enfrenta un estresor al intentar impactar con el sistema, y de esta barrera depende que el estresor penetre o no la línea normal de defensa; es decir, altere o no el equilibrio del sistema. Las interrelaciones particulares, en un momento dado, de las características fisiológicas, psicológicas, socioculturales, evolutivas y espirituales que posee el sistema comunitario o familiar, pueden influir en el grado de protección que le brinda su línea flexible de defensa frente a una posible reacción a un solo factor estresante o a una combinación de varios (Neuman en Parker, 2000). Esta respuesta está dada por las acciones que realiza la comunidad tendientes a evitar que un estresor les produzca daño, como ocurre, por ejemplo, cuando frente a la vagancia juvenil, la comunidad acude a la junta de vecinos para desarrollar actividades deportivas con los jóvenes, o frente a la amenaza de epidemia de influenza en los adultos mayores, la comunidad se vacuna en forma oportuna, con lo que se evita que dichos estresores penetren las líneas de defensa. Aplicado a familias, ejemplos de líneas flexibles de defensa podrían ser que, ante el aumento de la delincuencia del barrio, la familia coloque protecciones en las ventanas; por hospitalización de un miembro de la familia compartan entre todos las tareas que habitualmente ejecutaba esa persona; o frente a la pérdida de empleo del jefe de hogar, los hijos tomen conciencia de la importancia del ahorro en actividades de la vida diaria (cuidar la luz, el gas, el agua y el teléfono) e implementan un negocio familiar artesanal. En este último caso, esta respuesta temporal al estresor intrafamiliar ha permitido desarrollar fortalezas como es la creatividad en los hijos y ha contribuido a que cada uno se sienta capaz de salir adelante por sus propios esfuerzos.

El Grado de Reacción (GR) es el desequilibrio que resulta de la acción de los estresores sobre las líneas de defensa de la comunidad. El grado de reacción puede reflejarse en las

tasas de morbilidad o desempleo (Anderson y McFarlane, 1996). Otros ejemplos de daño sufrido por la comunidad pueden ser la delincuencia o la drogadicción. Aplicado a familias, el grado de reacción es el daño a la salud o funcionamiento familiar que se produce por la acción de estresores. Ejemplos de ello pueden ser las crisis situacionales, ruptura conyugal y drogadicción del hijo adolescente (Jaimovich, 1994).

Líneas de Resistencia (LR) se considera que dentro de cada sistema existen de forma implícita factores que lo defienden de los estresores cuando estos han penetrado la línea normal de defensa alterando la estabilidad del sistema. Estos factores internos se denominan líneas de resistencia y su función es intentar recuperar el equilibrio e impedir que el estresor siga penetrando y llegue a la estructura básica del sistema (Neuman en Parker, 2000). Son mecanismos internos que actúan para defenderse de los estresores y del daño producido por ellos; representan las fortalezas de la comunidad presentes tanto en las personas como en cada uno de los ocho subsistemas (Anderson y McFarlane, 1996). Ejemplo de línea de resistencia frente al grado de reacción de la delincuencia en el sector sería la capacidad de los vecinos de organizarse para que la junta de vecinos solicite mayor vigilancia policial, o a nivel nacional la organización de la policía con un plan cuadrante de vigilancia permanente. Aplicado a familias, las líneas de resistencia son las fortalezas que le permiten a la familia resolver los problemas de salud familiar. Por ejemplo, si el grado de reacción fuera “alteración de la organización familiar por hospitalización de la madre”, se podrían identificar las siguientes líneas de resistencia: poseen adecuada disposición para reorganizar el ejercicio de los roles, valoran y estimulan los esfuerzos de cada uno, cuentan con red de apoyo de familia de origen materno. Los datos necesarios para analizar las líneas de resistencia se obtienen de la identificación de aquellas fortalezas y recursos propios del núcleo y del ambiente (ocho subsistemas) que le permitirán minimizar el grado de reacción y sus consecuencias y volver al funcionamiento o nivel de salud perdido.

La Línea Normal de Defensa (LND) corresponde al estado de salud que ha alcanzado el sistema o la comunidad con el tiempo. Puede incluir características como alto porcentaje de inmunización o baja mortalidad infantil (Anderson y McFarlane, 1996). El nivel usual de bienestar del sistema corresponde a un punto del continuum salud-enfermedad y equivale

al nivel de estabilidad alcanzado en un tiempo dado (Neuman en Marriner, 1999). Neuman considera que la línea normal de defensa es dinámica, pudiendo aumentar o disminuir el nivel de estabilidad o bienestar como resultado de un tratamiento a una reacción producida por un estresor (Neuman en Parker, 2000).

La línea normal de defensa se evidencia al nivel de la comunidad a través de sus indicadores de salud y de calidad de vida (nivel de inmunidad, tasas de mortalidad, tasas de morbilidad, nivel de ingresos, grado de organización, entre otros). Un ejemplo de línea normal de defensa podría ser: la comunidad posee un nivel de escolaridad bajo el promedio nacional, que le impide acceder a trabajos mejor remunerados para satisfacer sus necesidades básicas, como vivienda adecuada, alimentación saludable y cuidados de salud apropiados. La esperanza de vida es baja en relación con el país y la causa principal de muerte son las enfermedades cardiovasculares asociadas a estilos de vida desfavorables. Aplicado a familias, el nivel de salud o funcionamiento familiar se evidencia por la forma de distribuir las tareas de la familia o capacidad para organizarse, por el grado de apoyo emocional y solidaridad entre sus miembros, y también por la estabilidad o vulnerabilidad económica. Como ejemplo, la línea normal de defensa podría expresarse cómo la distribución de tareas permite una adecuada organización familiar. La familia percibe patrones de comunicación entre padres e hijos adolescentes efectivos. Las características de la vivienda satisfacen las necesidades fisiológicas, psicológicas y de protección del peligro. La familia ha alcanzado un nivel económico con adecuada distribución de los ingresos que le permite satisfacer las necesidades básicas.

Diagnóstico: El diagnóstico de Enfermería les da la dirección a las intervenciones de Enfermería y a las metas. La meta deriva de los estresores identificados, pudiendo referirse a la eliminación o disminución de un estresor, o al fortalecimiento de las fortalezas de la comunidad, actuando sobre las líneas de defensa (Anderson y McFarlane, 1996).

La formulación de diagnósticos de Enfermería considera el grado de reacción producido por uno o más estresores. Si no se presenta grado de reacción, pero el estresor está presente, se plantea como riesgo de daño. De la experiencia obtenida en la aplicación de

este modelo durante los últimos diez años se citan los siguientes ejemplos de diagnósticos:

Al nivel de comunidad: “aumento de la incidencia de diarreas relacionada con la contaminación del agua de noria por cercanía a letrina”; “alta incidencia de accidentes en la vía pública relacionada con ausencia de señalizaciones y tránsito vehicular a exceso de velocidad”.

Al nivel de familia: “riesgo de asfixia relacionado con la instalación del calefón dentro del baño con mala ventilación”; “drogadicción por marihuana del hijo mayor relacionado con influencia de pares adictos y facilidad de acceso a la droga”.

I.3.1.- Cedula de micro diagnóstico familiar.

Video académico:

¿Cómo realizar un diagnóstico de mi comunidad?

<https://www.youtube.com/watch?v=soRXBG6oTto>

Concepto:

Es un instrumento de trabajo que permite identificar y confirmar los principales riesgos de salud de la población asentada en un área de influencia determinada. Consecuentemente la identificación de información relevante apoya en la conformación del Diagnóstico de Salud de la Comunidad y en la elaboración del Programa de Trabajo con base en problemas y necesidades reales.

Objetivo:

Captar información sobre las características de riesgo en salud de cada uno de los integrantes de familias seleccionadas, susceptibles de ser atendidas por el sector salud.

Políticas y normas de operación:

La cedula de micro diagnóstico familiar se actualizará una vez al año.

La enfermera de campo, debe llevar a cabo el levantamiento de la cedula de micro diagnóstico familiar en un lapso de 2 meses como máximo.

La cedula de micro diagnostico familiar se aplicará a toda la población del área de influencia del módulo de medicina integral familiar.

Propósito:

Captar la información de todas las familias residentes en el área de responsabilidad.

La cedula de diagnóstico cuenta con instrucciones generales para su llenado y manejo.

Contenido:

I.- Localización.

II.- Composición familiar.

III.- Seguimiento programático de atención primaria.

IV.- Estilo de vida.

V.- Vivienda.

I.3.2.- Visita Domiciliaria.

La atención integral en visitas al hogar, la detección de personas en riesgo y la solución de los problemas de salud detectados, utilizando un enfoque de riesgo y poblacional consecuente, mediante visitas de terreno al domicilio, permitirá un diagnóstico oportuno, accionar sobre los factores que afectan la salud individual y familiar, elevando con ello la calidad de vida de sus integrantes. La visita al hogar o domiciliaria es con frecuencia la actividad básica de la enfermera y el médico de la familia en el sentido de resolver los problemas de salud y crisis del individuo, la familia y la comunidad; ya que le brinda la oportunidad de observar a estos en su ambiente social, cultural, religioso, laboral, por lo que debe saber buscar estrategias que le facilite ganarse su confianza.

La visita domiciliaria tiene entre sus componentes 4 aspectos fundamentales:

Planeamiento Al tomar en consideración la necesidad que tiene una familia de recibir visitas domiciliarias la enfermera debe procurar que sea efectiva y eficaz por tanto debe tenerse en cuenta:

- Los recursos propios del vecindario.
- Necesidades de la familia y el individuo.
- Ambiente físico del antecedente médico.
- Condiciones de alojamiento.
- Facilidades sanitarias.
- Ambiente cultural.
- Actividades políticas, religión y factores económicos.
- Cumplimiento de los consejos médicos, nutrición y ocupación.
- Factores psicológicos y otros.

Introducción:

Comprende la presentación, tono de voz, explicar las razones y finalidad de la visita, conocer lo que sabe la familia al respecto, explicar de forma precisa y crear un clima que facilite la confianza de la familia. En este aspecto se contempla, además:

- Tipo de familia.
- Componentes del núcleo familiar y rol que desempeñan en la familia.
- Dispensarización de cada uno de sus miembros.
- Ciclo de desarrollo de la familia.
- Fase del ciclo vital de la familia.

Desarrollo o actividades de la enfermera en la visita:

Esto depende del motivo de la visita, por lo que debe conocer el diagnóstico, indicaciones médicas, restricciones, limitaciones, actividades permitidas, costumbres y hábitos familiares. Consta de dos etapas: examen físico y recorrido por la vivienda.

Conclusiones o terminación de la visita:

Comprende el resumen de los puntos importantes, insistiendo en los aspectos positivos encontrados durante la visita, explicación de las tareas a realizar después de la visita, la coordinación de la próxima visita y la elaboración del informe final. Tomando como base la metodología para la visita domiciliaria que se realiza, se elaboró la metodología para el pase de visita de enfermería la que complementa la actividad por poseer otros requerimientos que aportan la científicidad necesaria al culminar la 2da etapa e iniciar la 3ra con el proceso de atención de Enfermería el cual constituye el método científico a aplicar en la especialidad.

I.4.- Necesidades y demandas de salud de las familias y comunidades.

Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 1.200 familias adscritas a la UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Tlaxcala, entre octubre de 1999 y marzo del 2000.

Se calculó un tamaño muestral mediante una fórmula para estimar la proporción en una población con un grado de precisión absoluta⁵. Se definió como unidad de análisis a la familia, asumiendo que al menos un 50% de las familias solicitan servicios una o más veces al año, y dado que no se contaba con una estimación de la frecuencia de los indicadores de necesidades de salud, se estableció una probabilidad de 50% con un nivel de precisión absoluta de 0,03, obteniendo un tamaño de 1.200 familias. La selección de las familias se llevó a cabo mediante un muestreo polietápico.

Se diseñó un cuestionario denominado Diagnóstico de salud de la familia, que incluyó 8 dimensiones, construidas con diferentes variables:

I. La estructura familiar, que se clasificó de acuerdo con la convivencia de generaciones (nuclear completa e incompleta, extensa completa e extensa incompleta), por el tipo de asociación (diádica: madre soltera, padre soltero, abuelo/a-nieto, tío/a-sobrino) y por relaciones situacionales (grupos multipersonales o unidades domésticas, como los individuos de 60 años que viven solos o adultos jóvenes o profesionales que viven de forma independiente, parejas o grupos de homosexuales).

2. La función de la familia se clasificó a través del Apgar familiar, que midió 5 áreas: comunicación, toma de decisiones, satisfacción, apoyo y aceptación (escala de 0-2), de tal forma que las familias se clasifican como disfuncionales (≤ 6 puntos) o funcionales (> 6 puntos).

3. Los recursos familiares se midieron con el índice de nivel socioeconómico y se consideraron las variables de la vivienda, el hacinamiento, la escolaridad, la ocupación y el ingreso familiar.

4. Los factores de riesgo individual y familiar como: el cuidado de los menores de 5 años, la presencia de accidentes en el hogar y el antecedente de alguna muerte en la familia de un menor de 5 años. En los mayores de 5 años se consideraron: tabaquismo, alcoholismo, obesidad, práctica de ejercicio, antecedente de enfermedades crónicas, antecedentes de muerte en mayores de 15 años en la familia, y la presencia de algún miembro con discapacidad.

5. Las variables relacionadas con los programas preventivos y las condiciones actuales de salud se tomaron por grupos específicos de edad, incluidos, en el grupo de los niños, el esquema de vacunación completo, los episodios de infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en los últimos 6 meses, la alimentación con lactancia materna y vigilancia de la salud del niño en los menores de un año. En los niños de 1 a 4 años se consideraron también la detección de escoliosis y la agudeza visual. En los adultos mayores de 15 años se tuvieron en cuenta la detección de la diabetes e hipertensión arterial, las inmunizaciones y la salud dental; además, en las mujeres se valoró la utilización de métodos de planificación familiar en las que tenían una vida sexual activa, así como detección de cáncer cervicouterino y mamario.

6. La accesibilidad geográfica y de los programas de salud se midió por el tiempo de traslado desde el domicilio hasta la clínica, el tipo de transporte utilizado y tiempo de espera.

7. La disponibilidad de recursos humanos y físicos se obtuvo mediante la opinión que el usuario tiene sobre las condiciones en las que se proporciona la atención médica.

8. La satisfacción se evaluó teniendo en cuenta la opinión sobre el trato y la calidad en el servicio.

Se llevó a cabo la validación cualitativa del cuestionario mediante su revisión por un comité de expertos de las áreas de medicina familiar, salud mental y salud pública, con sesiones independientes y posteriormente 5 sesiones conjuntas para la aprobación por consenso. La evaluación de la aplicabilidad del instrumento se realizó durante la prueba piloto.

La información se obtuvo mediante visitas domiciliarias en las familias seleccionadas (previo consentimiento informado) por entrevistadoras previamente capacitadas. Se consideró como informante a un integrante de la familia mayor de 18 años que estuviera en el domicilio en el momento de la entrevista.

El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva con el objeto de conocer las características generales de la población estudiada.

Resultados

Se entrevistó a 1.200 familias adscritas a la UMF 8 del IMSS, con una tasa de no respuesta del 7,3%, por lo que se obtuvo la información de 1.112 familias (4.425 personas). El 80% de la población fue del área urbana, principalmente de los municipios de Tlaxcala, Ixtacuixtla y Panotla.

La edad media de la población fue de 24 años, con un rango de un mes a 95 años. El 55% estaba en la etapa productiva (15-49 años) y el 30,4% era < 14 años. Un 12,6% de las familias tenía algún miembro analfabeto y el promedio de escolaridad entre los sujetos > 15 años fue de 9 años. La proporción de mujeres que trabaja fue casi la mitad que la de los varones. No obstante, la proporción de mujeres profesionales fue casi igual que la de los varones (el 4,8 frente al 4,5%). Observamos que una séptima parte de los sujetos en las familias no estaban asegurados.

De acuerdo con el resultado del Apgar familiar, el 93% de las familias era funcional y dos tercios de éstas se clasificaron como nucleares; asimismo, el 60% tenía más de 4 integrantes.

Entre los factores de riesgo, encontramos las quemaduras como la principal causa de accidentes (65,44%), y la diabetes mellitus y la obesidad como los antecedentes de enfermedades crónicas más frecuentes.

Observamos que el porcentaje de inmunización más bajo se obtenía en el grupo de 5 a 14 años, mientras que el grupo con mayor morbilidad por IRA y EDA fue el de los menores de un año.

Dos tercios de las mujeres en edad reproductiva tenían una vida sexual activa y utilizaban métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos y oclusión tubárica bilateral, principalmente). La cobertura de los programas de detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama fue del 51,1 y el 36,9%, respectivamente. Sólo el 25% de la población adulta se ha realizado las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Además, el 10,9% del total de la población mayor de 15 años refiere tener alguna enfermedad crónica, y la diabetes mellitus ocupa el primer lugar.

En relación con la accesibilidad y disponibilidad de los servicios médicos observamos que la media de tiempo de traslado fue de 20 min y el tiempo de espera para recibir atención fue > 60 min. Asimismo, el 56% de las familias consideró que la calidad de la atención era buena, pero sólo el 18,3% de las familias manifestaba satisfacción.

Discusión

La evaluación de las necesidades de salud se ha abordado desde diferentes enfoques, como la visión del prestador, tanto del usuario como de los servicios, o indirectamente a través del análisis de la demanda, aunque hasta el momento no se ha propuesto una metodología uniforme.

El presente estudio intentó evaluar las necesidades de salud mediante el diagnóstico de la salud de la familia, considerando sus diferentes aspectos (individuales y grupales). Los resultados obtenidos revelaron las condiciones de salud de la población estudiada en relación con los factores de riesgo y la utilización de los servicios, tanto preventivos como curativos, además de conocer su salud y la estructura de la familia.

Observamos que los datos sobre las condiciones de vida de la familia (vivienda, ambiente físico, acceso a la educación, disponibilidad de servicios) y sus factores de riesgo reflejan aspectos importantes que influyen en el patrón de comportamiento en relación con la demanda de los servicios y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades. Un ejemplo de esta situación puede ser la presencia de accidentes en el hogar en < 5 años, ya que en nuestros hallazgos llama la atención que la principal causa sean las quemaduras, lo que podría estar relacionado con las condiciones de la vivienda y la seguridad dentro del hogar.

Esto sugiere la necesidad de que el médico de familia, junto con su equipo de salud, aborde integralmente este problema.

Los resultados respecto a la baja aceptación de los programas de detección oportuna, como la detección de cáncer cervicouterino y de mama, así como la diabetes y la hipertensión arterial, son similares a los obtenidos en otros estudios, lo que probablemente está relacionado con una inadecuada información sobre su importancia, la accesibilidad de los horarios y las barreras culturales, entre otros.

Entre las limitaciones que presentó el estudio encontramos la evaluación de la funcionalidad familiar, dado que, por un lado, los resultados muestran que el 90% de las familias era funcional, y por otro, la evaluación de otras variables, como la presencia de alcoholismo en las familias y las características sociodemográficas de éstas, hace pensar que podrían tener algún problema. Por ello, sería importante que, a pesar de que la funcionalidad sea adecuada, se centre el foco en las familias con algún otro factor de riesgo que pudiera afectar a la dinámica familiar. La otra limitación fue la parcialidad en el abordaje de las necesidades, dado que no contamos con información sobre las necesidades de los servicios para recuperar la salud.

A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, creemos que el diagnóstico de necesidades de salud familiar es importante, ya que ayuda al médico de familia y al equipo de salud del primer nivel a planificar acciones para resolver los problemas de la población que se encuentra bajo su responsabilidad. Asimismo, permite también que dichas actividades estén encaminadas a favorecer la educación y promoción de la salud.

Lo conocido sobre el tema

Las necesidades de salud tienen implicaciones importantes para establecer prioridades en lo que respecta a la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud.

La evaluación de las necesidades de salud se ha abordado desde diferentes enfoques, como la visión del prestador, tanto del usuario como de los servicios, o indirectamente a través del análisis de demanda, aunque hasta el momento no se ha propuesto una metodología uniforme.

Qué aporta este estudio

El diagnóstico de salud familiar puede ser útil para identificar las necesidades de salud en la población de manera más específica.

Podría estar relacionado con las condiciones de la vivienda y la seguridad dentro del hogar. Esto sugiere la necesidad de que el médico de familia, junto con su equipo de salud, aborde integralmente este problema. Los resultados respecto a la baja aceptación de los programas de detección oportuna, como la detección de cáncer cervicouterino y de mama, así como la diabetes y la hipertensión arterial, son similares a los obtenidos en otros estudios, lo que probablemente está relacionado con una inadecuada información sobre su importancia, la accesibilidad de los horarios y las barreras culturales, entre otros. Entre las limitaciones que presentó el estudio encontramos la evaluación de la funcionalidad familiar, dado que, por un lado, los resultados muestran que el 90% de las familias era funcional, y por otro, la evaluación de otras variables, como la presencia de alcoholismo en las familias y las características sociodemográficas de éstas, hace pensar que podrían tener algún problema. Por ello, sería importante que, a pesar de que la funcionalidad sea adecuada, se centre el foco en las familias con algún otro factor de riesgo que pudiera afectar a la dinámica familiar. La otra limitación fue la parcialidad en el abordaje de las necesidades, dado que no contamos con información sobre las necesidades de los servicios para recuperar la salud. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, creemos que el diagnóstico de necesidades de salud familiar es importante, ya que ayuda al médico de familia y al equipo de salud del primer nivel a planificar acciones para resolver los problemas de la población que se encuentra bajo su responsabilidad. Asimismo, permite también que dichas actividades estén encaminadas a favorecer la educación y promoción de la salud.

I.5.- Estrategias del sector salud

En los últimos dos decenios se han obtenido enormes progresos en materia de salud materna e infantil. La tasa de mortalidad mundial de menores de 5 años ha disminuido un 53% desde 1990, y la mortalidad materna mundial un 44% durante el mismo período. A pesar de estos logros, persisten las desigualdades dentro y fuera de los países. Además de una carga continua de enfermedades transmisibles, la incidencia y la prevalencia de causas no transmisibles de muerte y discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos son inaceptablemente altas. Asimismo, los contextos en que viven los niños están cambiando. En 2030, los niños vivirán en un mundo más viejo, más urbano y más interconectado. Debido al descenso de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, el porcentaje de niños con respecto a la población mundial disminuirá, y aumentarán las tasas de dependencia. Al mismo tiempo, el incremento de los ingresos situará a los niños en entornos más ricos, pero no necesariamente más sanos. También se prevé que persista la fragilidad en los países que luchan contra la pobreza extrema y la debilidad de los Gobiernos. Además, se pronostica que aumentará la frecuencia de las situaciones de emergencia, incluidas las de salud pública y las derivadas de causas ambientales.

Al reconocer estas tendencias y definir un proyecto de futuro, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incluyen un llamamiento a «garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades», mediante la eliminación de la mortalidad causada por las enfermedades contempladas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la atención a cuestiones emergentes tales como las enfermedades no transmisibles y la cobertura universal de salud. En respaldo del logro de estos objetivos, el secretario general de las Naciones Unidas presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, y expandió así el propósito de la era de los ODM de poner fin a la mortalidad evitable («Sobrevivir») para lograr también la salud y el bienestar («Prosperar») y ampliar los entornos propicios («Transformar»).

Guiado por los ODS y la Estrategia Mundial, así como la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, UNICEF imagina un mundo en el que ningún niño muera a causa de una enfermedad evitable y en el que todos los niños desarrollen plenamente su potencial con salud y bienestar. Para el período inicial de cinco años comprendido entre 2016 y 2020, la

Estrategia de Salud de UNICEF (en adelante denominada «la Estrategia») establece dos objetivos generales:

1. Poner fin a la mortalidad materna, neonatal e infantil evitable
2. Promover la salud y el desarrollo de todos los niños

Para lograr estos objetivos, la Estrategia considera las necesidades de salud de los niños en todas las etapas de la vida. Destaca la necesidad de intensificar los esfuerzos para hacer frente a las crecientes desigualdades en los resultados de salud y, en especial, para ocuparse de las necesidades y los obstáculos específicos de cada género que pueden determinar si los niños y las niñas desarrollarán su pleno potencial en materia de salud y bienestar.

Al reconocer la diversidad de contextos en que opera UNICEF, la Estrategia brinda a sus oficinas en los países flexibilidad para adaptar sus enfoques. Dicho esto, en todos los contextos hace hincapié en la importancia de los enfoques multisectoriales para mejorar el desarrollo del niño y abordar las causas subyacentes y determinantes de los deficientes resultados de salud. Su objetivo es que UNICEF pase de los programas verticales centrados en enfermedades específicas a fortalecer los sistemas de salud y la capacidad de resiliencia, en particular a través de la promoción de una mejor integración de las actividades humanitarias y para el desarrollo y del fomento de la programación fundamentada en los riesgos en todos los contextos. Esto significa que los programas de desarrollo han de prever los riesgos y crear deliberadamente sistemas que puedan responder con flexibilidad a las circunstancias cambiantes. Además, los programas de emergencia, incluidas las emergencias de salud pública y las epidemias, deberían estar diseñados para «reconstruir mejor» o promulgar reformas que aumenten la eficacia del sistema de salud incluso después del desastre. A fin de que los programas de salud concentren sus prioridades y sean más coherentes entre ellos, la Estrategia emplea tres enfoques:

- corregir las desigualdades en los resultados de salud;
- fortalecer los sistemas de salud, incluidas la preparación y respuesta frente a emergencias y la resiliencia; y
- promover políticas y programas integrados y multisectoriales.

Estos tres enfoques deben fundamentar toda la programación y la participación de UNICEF en el sector de la salud. La estrategia insta a las oficinas en los países a que elijan un conjunto limitado de medidas a fin de concentrar los recursos, mejorar la coherencia y la calidad de sus programas de salud, y lograr resultados mejores en favor de la infancia.

Con miras a consolidar el reconocido papel de liderazgo de UNICEF en materia de equidad, así como el potencial de la organización para diseñar y aplicar políticas y programas integrados y multisectoriales, las medidas están dirigidas a fortalecer el mandato de UNICEF de promover el derecho de los niños a la salud mediante la aportación de su amplia experiencia sobre el terreno a la esfera de la elaboración de políticas a escala mundial, regional y nacional. La Estrategia también identifica esferas en las que UNICEF únicamente ha de intervenir de manera excepcional, centrándose en su ventaja comparativa y dejando espacio para que otras partes interesadas ejerzan la función de liderazgo, ya que ello puede producir mejores resultados.

Por último, la Estrategia tiene por objeto aprovechar la experiencia y la trayectoria de trabajo de UNICEF en pro de la supervivencia infantil, y al mismo tiempo evolucionar para satisfacer las necesidades cambiantes de los niños. Este planteamiento implica seguir prestando especial atención a la supervivencia materna, neonatal e infantil, particularmente en las situaciones de menor capacidad, y a la vez adaptarse a los cambios en la carga de morbilidad y a la complejidad de la estructura sanitaria.

UNIDAD II.

DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.

2.1.- Situación demográfica y epidemiológica.

La demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición. Tales procesos son los de fecundidad, mortalidad y migración: emigración e inmigración. I Para Livi Bacci, aclarado en buena medida el concepto de población se puede acometerse el de demografía:

A partir de la definición de población puede deducirse una definición de la demografía, la cual estudiaría aquellos procesos que determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones. Tales procesos, en su forma más agregada, son los de fecundidad, mortalidad y movilidad. La variedad de combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí, supone la velocidad de las modificaciones de la población, tanto en sus dimensiones numéricas como en su estructura poblacional.

Los dos tipos o partes de la demografía están interrelacionados entre sí, y la separación es un tanto artificial, puesto que el objetivo de estudio es el mismo: las poblaciones humanas.

- **Demografía estática:** Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales.

1. La dimensión es el número de personas que residen normalmente en un territorio geográficamente bien delimitado.

2. El territorio es el lugar de residencia de las personas que puede globalizarse o desagregarse como, por ejemplo, una nación, una región, una provincia, una ciudad, un municipio, etc.

3. La estructura de una población es la clasificación de sus habitantes según variables de persona. Según las Naciones Unidas, estas variables son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad.

- **Demografía dinámica:** Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones. Ejemplos de tales mecanismos son la natalidad, la mortalidad, la familia, la fecundidad, el sexo, la edad, la educación, el divorcio, el envejecimiento, la migración, el trabajo, la emigración y la inmigración.

Su expresión son las tablas demográficas, que son los datos estadísticos numéricos y gráficos. Los administradores utilizan el censo total (real (cada diez años) o muestreos (estimados) mensuales o anuales). Tienen que estar diseñados de forma que no sólo se puedan establecer estadísticas descriptivas, sino que también puedan realizarse análisis

demográficos cruzados. Un ejemplo es: los sueldos anuales y las edades o la distribución por sueldos, por clases sociales, en la nación y en una comunidad, por viviendas y familias, etc. Tópicos generales o variables básicas son la riqueza, el poder y la movilidad social.

Los datos estadísticos sobre las poblaciones también son sometidos a análisis predictores o de futuro: interpolaciones, extrapolaciones, series de tiempo, curvas logísticas, patrones de crecimiento según tipo de sociedad, patrones de disminución por desastres naturales o epidemias o guerras, etc.

Desde el siglo XIX se descubrió que la gráfica del crecimiento de las poblaciones sigue la forma de una S alargada, de crecimiento rápido o modelo exponencial, llega a un punto de inflexión y continúa con un crecimiento suave, y es un reflejo del paso de una sociedad agrícola a una sociedad industrial: la reducción en el número de nacimientos y el aumento en la población que se halla en la tercera edad.

Según el modelo de la transición demográfica los cambios en una población tienen tres componentes: nacimientos, muertes y migración. La transición demográfica como proceso, disminuye el efecto de cuatro grandes riesgos sociodemográficos: la alta mortalidad, la elevada fecundidad, el acelerado crecimiento demográfico y la estructura etaria joven.

Con mayor o menor intensidad y velocidad, todos los países de América Latina han iniciado el proceso de la transición demográfica, porque todos han empezado a reducir sus tasas de fecundidad y mortalidad.

El Celade ha elaborado topologías para identificar los riesgos sociodemográficos por los que atraviesan los países, según el grado de avance de la transición demográfica. La transición demográfica se caracteriza por diferentes fases.

- La transición incipiente: con alta natalidad y mortalidad y con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.
- La transición moderada: alta natalidad, pero cuya mortalidad es moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. En esta etapa se ubica, por ejemplo, Guatemala, donde el descenso de la mortalidad, sobre todo durante el

primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.

- La plena transición: con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. Aquí el descenso de la fecundidad es reciente y la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.
- La transición avanzada: con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%.

El concepto de la segunda transición demográfica fue creado por Lesthaghe y D.J. van de Kaa en 1986. Es un concepto nuevo que procura dar cuenta de fenómenos emergentes en países desarrollados, pero que también parece que se confirma en países de América Latina.

La segunda transición demográfica, en un contexto estable de baja fecundidad y mortalidad, describe los cambios en la composición de la familia y de las uniones en los patrones de reconstitución de las familias en países occidentales.

Además de niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo y sostenidos en el tiempo, la segunda transición demográfica se caracteriza por: incremento de la soltería, (ii) retraso del matrimonio, (iii) postergación del primer hijo, (iv) expansión de las uniones consensuales, (v) expansión de los nacimientos fuera de matrimonio, (vi) alza de las rupturas matrimoniales, (vii) diversificación de las modalidades de estructuración familiar.

Revolución reproductiva

La teoría de la revolución reproductiva es crítica a las limitaciones de la teoría general de la transición demográfica derivadas de su metodología de investigación -apoyada en estudios transversales y expresada en las pirámides de población- ya que proyectaría una visión incompleta no holística de la dinámica población (nuevas fases se deben incorporar a la transición demográfica para dar cuenta de nuevos fenómenos) dejando sin explicación algunos de los mecanismos de reproducción de las poblaciones en la sucesión intergeneracional que se están manifestando en las sociedades modernas. Como

propuesta de cambio de paradigma la revolución reproductiva -apoyada en estudios longitudinales- pretende dar cuenta de los cambios demográficos de manera sistémica y no alarmista ni catastrofista, integrando en buena medida las consecuencias sociológicas que caracterizan la segunda transición demográfica.

La teoría de la revolución reproductiva está descrita por John MaInnes y Julio Pérez Díaz en sus publicaciones *The reproductive revolution* de 2005 y de 2009 *La tercera revolución de la modernidad. La revolución reproductiva y The reproductive revolution*. Los autores señalan la radical relevancia que tiene en su teoría y en los nuevos fenómenos demográficos el concepto de eficiencia reproductiva, así como la longevidad y el reemplazo generacional en las sociedades modernas. Siguiendo el hilo conductor de las ideas de Kingsley Davis (1908-1997) expuestas en 1937 sobre el futuro de la familia y de la fecundidad, establece consecuencias muy distintas sobre las implicaciones y consecuencias que la revolución reproductiva tiene en el descenso del trabajo reproductivo: el declive del patriarcado, la desregulación social de la sexualidad, el paso del género a la generación como eje de distribución de roles productivos-reproductivos, el reforzamiento de lazos familiares y otras consecuencias positivas de la madurez de masas-el mal llamado envejecimiento de la población.

Variación de edades y sexo

En la mayoría de países del planeta la población de las mujeres es mayor a la de los hombres, aunque en unos pocos países como Andorra, Albania, China, Costa Rica, Filipinas, India, la mayor parte de los países de Oriente Medio, Panamá, Paraguay y República Dominicana entre otros, se estima con una población masculina mayoritaria.

Sin embargo, el caso de los países donde la mayoría son personas de sexo femenino, es porque se incluye la ancianidad en las estimaciones. Las personas de sexo femenino de la población de la tercera edad son mayoría en todo el mundo. Esto está de acuerdo con la ciencia que establece que la mujer disfruta de más longevidad que los hombres. No obstante, si dejamos esta etapa a un lado encontraremos que la población de niños, adolescentes y adulta muchas veces los varones son mayoría, por ejemplo, en países como Alemania, Francia, Japón, Corea del Sur, Cuba, Bélgica, España, Italia, Reino Unido, etc. En estos últimos años los niños y adolescentes en la población de sexo masculino superan a las personas de sexo femenino, pero en la población joven y adulta las personas

de sexo femenino siguen siendo mayoría, por ejemplo, en países como Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, El Salvador, Estados Unidos, Filipinas, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Guinea Bissau, Perú, Portugal, Puerto Rico, Rusia y algunos países de los Balcanes entre otros.

Además, se estima que en algunos países como Bélgica, Canadá, Cuba, Francia, Israel, Japón, Puerto Rico algunos países árabes y entre otros, la población masculina podría igualar y superar a la población femenina, ya que en estos países existe un franco crecimiento.

1. Elaboración de tasas y otros indicadores de salud.
2. Estudios en epidemiología.
3. Planificación de la salud pública.
4. Planificación de producción alimentaria (alimentación humana).
5. Planes generales de desarrollo nacionales o regionales.
6. Proyecciones de las poblaciones para cualquier propósito.

A partir de la definición de población puede deducirse una definición de la demografía, la cual estudiaría aquellos procesos que determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones. Tales procesos, en su forma más agregada, son los de fecundidad, mortalidad y movilidad. La variedad de combinaciones de estos fenómenos, interdependientes entre sí, supone la velocidad de las modificaciones de la población, tanto en sus dimensiones numéricas como en su estructura poblacional

Los dos tipos o partes de la demografía están interrelacionados entre sí, y la separación es un tanto artificial, puesto que el objetivo de estudio es el mismo: las poblaciones humanas.

- **Demografía estática:** Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales.

1. La **dimensión** es el número de personas que residen normalmente en un territorio geográficamente bien delimitado.
 2. El **territorio** es el lugar de residencia de las personas que puede globalizarse o desagregarse como, por ejemplo, una nación, una región, una provincia, una ciudad, un municipio, etc.
 3. La **estructura** de una población es la clasificación de sus habitantes según variables de persona. Según las Naciones Unidas, estas variables son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad.
- **Demografía dinámica:** Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones. Ejemplos de tales mecanismos son la natalidad, la mortalidad, la familia, la fecundidad, el sexo, la edad, la educación, el divorcio, el envejecimiento, la migración, el trabajo, la emigración y la inmigración.

Su expresión es las tablas demográficas, que son los datos estadísticos numéricos y gráficos. Los administradores utilizan el censo total (real (cada diez años) o muestreos (estimados) mensuales o anuales). Tienen que estar diseñados de forma que no sólo se puedan establecer estadísticas descriptivas, sino que también puedan realizarse *análisis demográficos cruzados*. Un ejemplo es: los sueldos anuales y las edades o la distribución por sueldos, por clases sociales, en la nación y en una comunidad, por viviendas y familias, etc. Tópicos generales o variables básicas son la riqueza, el poder y la movilidad social.

Los datos estadísticos sobre las poblaciones también son sometidos a análisis predictores o de futuro: interpolaciones, extrapolaciones, series de tiempo, curvas logísticas, patrones de crecimiento según tipo de sociedad, patrones de disminución por desastres naturales o epidemias o guerras, etc.

Desde el siglo XIX se descubrió que la gráfica del crecimiento de las poblaciones sigue la forma de una S alargada, de crecimiento rápido o modelo exponencial, llega a un punto de inflexión y continúa con un crecimiento suave, y es un reflejo del paso de

una sociedad agrícola a una sociedad industrial: la reducción en el número de nacimientos y el aumento en la población que se halla en la tercera edad.

2.1.1.- Características demográficas y epidemiológicas de la población.

Los cambios sociales, económicos y culturales producidos en las últimas décadas en el contexto de las sociedades más desarrolladas, han generado una serie de transformaciones en las dinámicas demográficas (natalidad, mortalidad y migraciones) que tienen su reflejo en la estructura y composición poblacional (tamaño, estructura por edades o distribución territorial).

Una población está sujeta a cambios continuos. Dichos cambios se generan por procesos de entrada y salida. El número de personas que reside en una determinada localidad puede decrecer, mantenerse constante o incrementarse como resultado de estos cambios. En este sentido, el número de nacimientos, defunciones o de personas que ingresan (inmigrantes) o salen (emigrantes) de una localidad, son las variables que provocan los cambios en su estado.

Durante miles de años el estado de las poblaciones humanas experimentó un comportamiento muy vacilante. Éstas debían tener una elevada fecundidad para poder compensar la alta mortalidad a la que estaban expuestas. En ciertos períodos, donde la paz reinaba y existía abundancia de alimentos, se experimentaba un apogeo en el crecimiento poblacional. Sin embargo, periódicas crisis, tales como pestes, hambrunas y guerras, las hacían retroceder nuevamente. Esta fue la pauta que rigió por muchos años la dinámica demográfica del mundo.

El estudio del estado y de la dinámica poblacional y su evolución, son fundamentales a fin de diseñar programas para el desarrollo de los pueblos. El tamaño de la población, la edad de los residentes, el género, la ocupación, los niveles de educación, niveles de ingreso, el estado civil, son solo algunas de las variables utilizadas por profesionales en diferentes campos, para establecer sus estrategias de trabajo, tanto en el sector público como en el

privado. A continuación, se señalan algunas de las áreas que requieren de estudios demográficos, para realizar su labor de una manera exitosa:

- Planificación de nuevos programas: salud, educación, seguridad.
- Evaluación del impacto de los programas existentes.
- Distribución equitativa de los recursos.
- Identificación de problemas y necesidades futuras.
- Identificación del potencial de las localidades para el mercado de bienes y servicios.
- Determinación de las características de los potenciales clientes.
- Desarrollo de estrategias de mercadeo para nuevos productos.
- Empleo de técnicas y modelos demográficos para explicar otros comportamientos.

Conceptos básicos de epidemiología.

Algunos de los términos incluidos en este glosario de los Anuarios 1984-2018 permitirán al usuario complementar y entender las palabras técnicas utilizadas en el área de la salud pública, ya que gran parte de éstas, son las definiciones y herramientas que frecuentemente se aplican en el contexto de la vigilancia, investigación y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles en nuestro país.

Brote Es la ocurrencia de dos o más casos similares, los cuales están epidemiológicamente relacionados.

Caso Se le denomina así a aquella persona o animal enfermo o infectado con características clínicas, de laboratorio y epidemiológicas específicas.

Daño a la salud Se entiende como a todos los posibles cambios en el estado de salud que son consecuencia de la exposición a factores de riesgo o de la manera en que es abordado un problema de salud. (los más estudiados son la enfermedad y muerte).

Datos agrupados Son los aquellos datos que han sido tabulados dentro de una distribución de frecuencia.

Defunción Es la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo (cesación de las funciones vitales con posterioridad al nacimiento sin posibilidad de resucitar).

Distribución porcentual Indica como se distribuye una enfermedad o variable entre diferentes grupos seleccionados. No mide el riesgo de enfermar o morir, sino que permite observar cómo se distribuyen los casos entre las personas, eventos o grupos afectados.

Endemia Es la presencia constante o la prevalencia habitual de casos de una enfermedad o agente infeccioso en poblaciones humanas dentro de un área geográfica determinada.

Enfermedad Es una alteración del estado de salud normal asociado a una caracterización secuencial de signos y síntomas ocasionados por un agente etiológico específico.

Enfermedad transmisible Se incluye a las enfermedades infecciosas y parasitarias, complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio y ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Enfermedad no transmisible Se incluye a el resto de capítulos de enfermedades crónicas como el cáncer en todos sus tipos, a las lesiones y accidentes.

Epidemia Es el aumento de la incidencia de casos similares en poblaciones humanas en un área geográfica determinada.

Epidemiología Se define como el estudio de la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas.

Estadísticas demográficas Son aquellas que se dedican al estudio de las poblaciones que habitan en una superficie geográfica determinada en un tiempo definido

Estadísticas vitales Son aquellas que se refieren al estudio de los hechos relacionados con el comienzo, presente y fin de la vida y los cambios de estado que acaecen en un lugar geográfico en un período determinado.

Estratificación En epidemiología se puede definir como un proceso dinámico y continuo de investigación, diagnóstico, análisis e interpretación de información, que sirve para

categorizar metodológicamente y de manera homogénea áreas geo-ecológicas y grupos de población de acuerdo a factores de riesgo de la enfermedad y o evento en cuestión.

Estudio analítico Estudio diseñado para examinar asociaciones, comúnmente relaciones causales supuestas o hipotéticas...suele ir dirigido a identificar o medir los efectos sobre la salud de exposiciones específicas.

Estudios descriptivos Estudio diseñado única y exclusivamente para describir la distribución existente de las variables, sin ocuparse de su causa, ni de otras hipótesis.

Factor de riesgo Es toda característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que se sabe está asociada con un incremento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar en especial vulnerabilidad a un proceso mórbido.

Frecuencia En epidemiología se refiere a la aparición de una enfermedad o de otro atributo o hecho en una población, sin hacer distinción entre incidencia y prevalencia.

Histograma Es una gráfica de distribución de frecuencias.

Incidencia Se le define como el número de casos de enfermedad que comienzan o de personas que se enferman durante un período dado en una población determinada. Número de nuevos casos de una enfermedad.

Información epidemiológica La epidemiología depende de la información que se recolecta en el sistema de salud; por ello, es importante conocer los principales mecanismos y procedimientos que establecen las autoridades sanitarias nacionales e internacionales para obtener conocimientos oportunos, uniformes, completos y confiables, referentes al estado y evolución del proceso salud-enfermedad en la comunidad, para apoyar la vigilancia epidemiológica.

Investigación Es un estudio conducido para identificar la fuente de los casos individuales y el modo de transmisión del agente.

Lesiones Se refiere a la clasificación suplementaria de causas externas de traumatismos y envenenamientos.

Media o promedio Es la medida de tendencia central que es calculada sumando todos los valores individuales y dividiendo esta suma por el número de individuos.

Mediana Término que utiliza la estadística y la epidemiología el cual se define como la división más simple de una serie de medidas en dos partes, una superior y otra inferior. El punto que divide el grupo de esta manera se denomina mediana.

Medicina preventiva Es el cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen al mantenimiento de la salud y a la prevención de la enfermedad, ya sea en el individuo o en la colectividad.

Método epidemiológico Es primariamente estudio comparativo, estudio de daños a la salud y se realiza comparando su frecuencia y distribución en diferentes grupos poblacionales, tiempos y lugares.

Morbilidad Se le denomina a cualquier separación, subjetiva u objetiva, del estado de bienestar fisiológico o psicológico. En este contexto, los términos enfermedad, trastorno y estado mórbido se consideran sinónimos.

Morbilidad estatal y/o

municipal Se refiere al contenido de las enfermedades generales o seleccionadas, según entidad federativa o municipio de residencia habitual del enfermo.

Morbilidad nacional Se refiere a todos los casos enfermos de una patología en todo el país y se traduce estadísticamente como el número de enfermos de "X" diagnóstico entre la población total del país en un determinado periodo de tiempo multiplicado por una constante (100 000, 10 000 o 1000 hab).

Pandemia Enfermedad epidémica que afecta poblaciones en varios países o continentes

Prevalencia Es el número de casos existentes, en una población en un momento determinado, sin distinguir si son casos nuevos o antiguos.

Rango Es una de las medidas de variación más sencillas y se determina como el valor de la diferencia existente entre la observación más pequeña y la observación más grande.

Riesgo atribuible Es la tasa de enfermedad o de otro tipo de resultado, en los individuos expuestos, que pueda atribuirse a dicha exposición. Esta medida es la diferencia entre la tasa de que se trate (habitualmente incidencia o mortalidad) entre los individuos expuestos y la misma tasa entre los no expuestos.

Riesgo relativo Es la razón de las probabilidades de experimentar un daño a la salud, que tienen aquellos individuos y grupos humanos con un determinado factor de riesgo, en comparación con los que no lo tienen.

Salud pública Es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia, tanto física como mental, mediante los esfuerzos sociales organizados para el saneamiento del ambiente, el control de las infecciones en la comunidad, la educación de los individuos acerca de la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad y el desarrollo de un mecanismo social que permita asegurar a los individuos el disfrutar de un buen estado de salud.

Socio medicina Es un concepto que integra tres áreas; la preventiva, la social y la de salud pública y es aquí donde ha sido posible observar dos campos importantes en el ramo médico, la investigación y la docencia.

SUIVE Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica del Sector Salud.

SUAVE Sistemas Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.

Tasa Es una medida estadística usada comúnmente en epidemiología y se refiere a la probabilidad de ocurrencia en una población de algún evento particular tal como casos o muertes y los tres tipos de tasas usados son la tasa de morbilidad, mortalidad y natalidad.

Tasa de incidencia Es una medida de la frecuencia de ocurrencia de casos nuevos de una enfermedad dentro de una población definida durante un período específico de tiempo.

Tendencia Es una gráfica lineal la cual permite visualizar y representar el comportamiento de la enfermedad en un determinado periodo de tiempo (años, meses o décadas).

Unidad médica Es el sitio establecido física y geográficamente en un lugar, el cual proporciona atención médica y/o quirúrgica al usuario, estos centros de salud pueden ser de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Vigilancia epidemiológica Se define como la utilización de los conceptos, fundamentos, categorías y comportamiento del proceso salud-enfermedad en la sociedad, a través de

una estructura incluida en el sistema nacional de salud, la cual permite, mediante el conjunto de actividades que le son propias, obtener la información pertinente, explicar en todo momento el perfil de salud de la población, y detectar y prever los cambios que puedan ocurrir para recomendar oportunamente sobre bases objetivas y racionales los mecanismos de vigilancia epidemiológica como un instrumento de apoyo a los servicios de atención a la salud. Es una alternativa para definir con mayor oportunidad, las medidas de prevención y control de los principales problemas de salud-enfermedad que afectan a la sociedad, incluidos los factores que los condicionan.

Conceptos básicos de demografía.

La descripción de las principales características poblacionales es de suma importancia tanto para la definición de necesidades como para las estrategias de intervención.

Se requiere de esa información a fin de poder describir enfermedades y problemas de salud e identificar sus determinantes (objeto de la epidemiología); así como identificar los grupos poblacionales sobre los que se actuará.

Población, desde un punto de vista estadístico, es sinónimo de universo; es decir, conjunto de elementos que constituyen un colectivo que es objeto de estudio. En salud pública, siendo la población humana ese colectivo, aquella nominación hace referencia (casi siempre) a individuos, personas, definidas por alguna razón o característica especial. Una de esas características, por las que más habitualmente se define una población, es la de compartir un espacio geográfico: la población de Argentina, de Corrientes, de un barrio de Resistencia, etc. Pero, también, la característica de definición puede ser otra que comparte el conjunto. Podemos decir, así, la población de mujeres embarazadas, de menores de 5 años de edad, de niños no vacunados, de hipertensos, de fumadores, de desocupados, de los que no disponen de agua potable, etc. Como podemos ver, en la definición de una población hay aspectos biológicos propios del individuo (edad, sexo, medidas antropométricas, estados fisiológicos, etc.) y de interrelación con el entorno (sociales, culturales, económicos, ecológicos, etc.). Una población, entonces, se determina por la elección del observador respecto a las características (variables) de interés. Para definir una población es necesario especificar, además, dos aspectos (sin los cuales sería

difícil identificarla): el tiempo y el lugar. La “población infantil de desnutridos” no tendría una clara definición si no se hace referencia a esas dos dimensiones por la cuales, por otra parte, se estudian los fenómenos de salud.

Una distinción que suele hacerse es entre población en estudio y población objeto. Cuando se habla de la primera se hace alusión a aquella población cuyas características se desean describir. En tanto, la segunda expresión tiene que ver, más, con las intervenciones; es decir, la expresión hace referencia a la población sobre la que se aplicarán determinadas acciones. Claro está que, en muchas ocasiones, ambas finalidades no son más que etapas de un mismo proceso. Pero, en otras circunstancias, se estudia una población para definir otra (subgrupo de la general) que será objeto de algún programa, de algún conjunto de actividades; es decir, de alguna intervención. Esta población suele ser aquélla que, por alguna característica particular presenta una vulnerabilidad especial para algún problema de salud. Es la que se denomina población a riesgo.

La disciplina que estudia las características de la población es la demografía. Una definición de demografía dice: “Es la ciencia que tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas; tratando, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, su evolución y sus características generales” Podemos decir que la demografía se encarga de la cuantificación de aspectos poblacionales, tales como: volumen, estructura y distribución geográfica; así como los cambios que estos aspectos tienen en el tiempo (evolución). Estos cambios son debidos a tres fenómenos básicos: fecundidad, mortalidad y migraciones.

Esquematizando los conceptos dados, entonces, la demografía estudia:

Fuentes de datos

Las fuentes de datos demográficos pueden ser primarias o secundarias.

FUENTES PRIMARIAS. Es cuando los datos han sido obtenidos y elaborados por el propio investigador o usuario de la información. En salud esta situación se da cuando se

conocen los “límites” de la población de referencia; es decir, se puede determinar esta población por delimitación geográfica o por conocerse a los usuarios de un servicio. El conocimiento cabal del universo se tendrá cuando se haya efectuado un censo propio (a cargo del servicio o programa de salud) con los datos de su interés. Esta circunstancia es posible en poblaciones pequeñas y cuando, como se dijo, se puede definir su extensión.

FUENTES SECUNDARIAS. Son a las que con mayor frecuencia se recurren. Básicamente, los censos de población y los registros. A los primeros, en nuestros países (América Latina) se los denominan Censo de Población y Vivienda, por recoger datos acerca de ambas características poblacionales. La Argentina ha realizado ocho censos (1895, 1914, 1947, 1960, 1970, 1980, 1991 y 2001). En ellos se recogen información “individualizada” de todas las personas que han pernoctado la noche anterior en el domicilio censado (esto se llama “de juri”). Además de las características básicas de población y de vivienda, se recoge información respecto a ocupación, mortalidad, fecundidad, etc. Estas últimas sirven para completar las que proveen los registros y, eventualmente, corregirlas. El censo es una fuente de datos poblacionales muy completa; aunque su limitante es la periodicidad de su ejecución. Los registros, en tanto, recogen información de manera permanente. El más vinculado a los aspectos demográficos es el Registro de Hechos Vitales. A cargo del mismo están las oficinas del Registro Civil de las Personas; el que provee la información a Estadísticas de Salud Pública que las procesa y difunde. De los hechos que se anotan en este registro interesan aquí, básicamente, los nacimientos y las defunciones. También, este registro se encarga de las anotaciones de casamientos, adopciones, legitimaciones, etc., de utilidad más restringida en el campo de la salud. Para migraciones existe, también, un registro: el que llevan las direcciones de migraciones. Su uso es, también, más limitado en demografía. Gran parte de los conocimientos y de las estimaciones acerca de los movimientos migratorios se derivan de la información de los censos. Por último, se obtiene información de población, también de encuestas. En Argentina, por ejemplo, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) recoge (dos veces al año) información sobre aspectos socio-económicos en los principales centros urbanos del país. Esos datos, luego, son extrapolados a nivel país.

Aspectos demográficos

Lo que sigue es una síntesis de los principales aspectos demográficos de interés en salud y, sobre todo, en epidemiología y de las técnicas de medición más habitualmente utilizadas. No se hará mención de valores de indicadores por no considerarse ese el objetivo de esta presentación. Existen fuentes de datos nacionales y jurisdiccionales en la Región (actualizados periódicamente) que brindan amplia información al respecto.

Volumen

Es ésta la primera de las características que interesan de una población.

En salud su conocimiento es indispensable por varios motivos; entre ellos: para la identificación de casos de una enfermedad o problema de salud, para la previsión de las actividades (y, obviamente, de los insumos necesarios para llevarlas a cabo) y para la adecuada valoración del impacto de tales fenómenos sobre la población.

Crecimiento poblacional. Como ha sido visto anteriormente, los cambios poblacionales en el tiempo pueden deberse, exclusivamente, a uno de estos tres factores: fecundidad, mortalidad y migraciones. A éstos se los denomina “componentes demográficos”. Ellos son los que actúan como variables inmediatas que determinan los cambios demográficos; aunque, son la resultante de fenómenos más estructurales (sociales, económicos, histórico, culturales, etc.). Estos componentes afectan a todos los aspectos que estudia la demografía: volumen, estructura y distribución geográfica.

Por fecundidad se entiende el peso o impacto de la reproducción humana sobre la población. La mortalidad hace referencia a tal influencia dada por el hecho biológico de la muerte. Las migraciones son el desplazamiento territorial de las personas que, igualmente, determinan cambios demográficos.

De acuerdo a lo dicho, la población variará en función de los nacimientos, las defunciones, las inmigraciones y las emigraciones que ocurran en un período. El crecimiento poblacional estará dado por la frecuencia de estos fenómenos. Esto determina el “crecimiento poblacional total” que se expresa con valores absolutos. Si a éste se lo relaciona con la población inicial, se tendrá el crecimiento poblacional proporcional para el período. Si, en cambio, se relaciona ese valor absoluto con la población estimada a mitad del período y se divide por los años del mismo (podrían ser otras unidades de tiempo que no sean años; aunque éstos son los más utilizados) se tendrá la tasa anual media de crecimiento poblacional (expresada por 100 o por 1000).

Las migraciones son las de más difícil estimación, en razón de que: no siempre se dispone de datos, son menos previsibles (los motivos de las migraciones suelen cambiar más rápidamente) y, salvo casos especiales, no suelen repercutir tanto en el crecimiento poblacional. Debido a esta dificultad en establecer una “tendencia” (como puede hacerse con los otros componentes) y a que es posible efectuar una buena estimación, aun no incluyéndolas, la tasa referida en el párrafo anterior suele calcularse con los datos de nacimientos y defunciones y, entonces, se tendrá la tasa de crecimiento vegetativo o tasa de crecimiento natural.

Transición demográfica. Una interesante teoría, que explica los cambios en la fecundidad, la mortalidad y el crecimiento poblacional.

XX a partir de lo ocurrido durante los s. XVIII y XIX en los países, hoy, desarrollados. Si bien es una descripción de hechos observados, el interés de esta “llamada” teoría reside en que el comportamiento de esos cambios de los componentes demográficos se da con las mismas características en otros momentos y en otras poblaciones, siempre que se pase de un régimen de alta fecundidad y alta mortalidad a otro de niveles más bajos en ambas variables.

La transición demográfica (según su descripción original) se inició en los países europeos (en Francia, inicialmente) en la segunda mitad del s. XVIII Así, la Fase I (pretransición): mortalidad y fecundidad elevados con, consecuentemente, un escaso crecimiento

poblacional se mantuvo en aquellos países, por lo menos, hasta mediados del citado siglo. La poblacional, a pesar de tener una alta reproducción, aumentaba muy lentamente por la elevada mortalidad. Pestes, hambrunas, guerras, explican este escaso crecimiento. En la Fase 2 (transición incipiente) comienza el cambio; el cual se hace, primero, a favor de la mortalidad. El descenso de esta ocurre antes que el de la fecundidad. Las mejoras en las condiciones de vida (incluida, fundamentalmente, la alimentación) es lo vinculante a este cambio. La fecundidad (más ligada a factores culturales) tarda más en descender. En esta segunda fase se observa el mayor crecimiento poblacional debido a que sigue siendo alto el número de nacimientos cuando disminuyen las defunciones. En el viejo mundo esta fase se extendió hasta alrededor de 1870. En la Fase 3 (en transición) comienza el descenso importante de la fecundidad (mayor que el de la mortalidad, que ya estaba en disminución) y el crecimiento, si bien sigue alto, comienza a ser menor que en la etapa anterior. Por último, en la Fase 4 (transición avanzada) ambas variables llegan a niveles bajos y el crecimiento, nuevamente, se hace muy escaso; situación que ocurrió, aproximadamente, en 1920.

En la se observa la evolución del nivel de la fecundidad y de la mortalidad y la brecha que queda entre ambas en los distintos momentos y que refleja el crecimiento demográfico. Lo que ocurrirá en la 4ª fase queda, de alguna manera, indeterminado por las variaciones disímiles que se están dando en diferentes poblaciones. Así, en algunos países la fecundidad ha llegado a ser igual (o inferior) a la mortalidad; con lo que el crecimiento es nulo o, aún, hay decrecimiento. Otra trascendente consecuencia que resulta de estos cambios es el efecto sobre la estructura y tárea de la población. Las primeras fases de la transición demográfica determinan un rejuvenecimiento de la población (predominancia de la población joven); mientras que en las últimas el proceso es hacia el envejecimiento.

El Centro Latinoamericano de Demografía (CEPAL, Chile) ha estudiado la evolución de la mortalidad y la fecundidad en América Latina en la segunda mitad del s. XX; mostrando cómo los cambios se corresponden (o pueden ser descrito) con el modelo de la transición demográfica. Sobre la misma (utilizada para describir la transición demográfica) se puntualiza lo ocurrido en América Latina; señalándose: los niveles de fecundidad y

mortalidad que poseía la región alrededor del año 1995 (tasas por mil), el tipo de crecimiento expresado con valores aproximados de las tasas de crecimiento anual (por ciento) y el ejemplo de algunos países que, al momento citado, se ubicarían en alguna de estas fases.

Estructura

Hace referencia a cómo se compone una población según variables de interés. ¿Qué es una variable de interés? La respuesta estará dada por aquellas características que, se piense, tengan más relación con el fenómeno en estudio (en nuestro caso, la salud de la población).

Siempre existe algún antecedente previo que hace presumir la posible relación (asociación) entre determinadas variables y el fenómeno a investigar; es decir, la probabilidad que para dichas variables el fenómeno se comporte de manera distinta en los diferentes subgrupos poblacionales que se determinan al categorizar la variable. Es imposible, entonces describir a todas ellas; pero hay dos características por las que siempre se comienza la descripción de una población: sexo y edad. A estas suelen agregarse variables de interés socio-económico cultural, cuya variedad dependerá de la finalidad de la descripción poblacional hecha.

SEXO. Las poblaciones humanas están compuestas “aproximadamente” por el mismo número de varones y mujeres; pero, no es una igualdad absoluta. Sobre todo, la diferencia está vinculada con la edad. Nacen más individuos del sexo masculino en una relación que, de manera bastante constante es de 105/106 niños por cada 100 niñas. A este indicador se le denomina razón (o índice) de masculinidad al nacer, para especificar a la edad en que se lo mide. Esta razón es aplicable al conjunto de la población o a edades específicas, como la señalada. Dado que la mortalidad es mayor para los varones que para las mujeres “a todo lo largo de la vida”, la razón de masculinidad va disminuyendo con la edad.

Esta sobre masculinidad existe desde el momento mismo de la concepción (la línea discontinua a la izquierda de la ordenada indica el período fetal); y la mortalidad, también, es mayor para el sexo masculino en esta etapa. Por este motivo la razón de masculinidad

desciende continuamente con la edad. En poblaciones cuyos individuos viven más años (mayor esperanza de vida) este índice (para toda la población) es menor, aún.

EDAD. Las diferencias entre las poblaciones en cuanto a su estructura y tarea son, actualmente, importantes. Poblaciones con alto crecimiento poblacional tienen estructuras con predominio de las edades más jóvenes. Por extensión, se las llama a estas poblaciones jóvenes. Lo contrario ocurre cuando la población de adultos y viejos ocupa una proporción de importancia: son las poblaciones envejecidas. Entre una y otra tenemos a las poblaciones intermedias.

Distribución geográfica

Este aspecto estudiado por la demografía tiene que ver con la forma en la que el hombre ocupa el espacio. Hace referencia a la mayor o menor concentración poblacional y a los emplazamientos poblacionales dentro de un territorio. De los indicadores estudiados se destacan:

- 1) De distribución: a) densidad poblacional: habitantes/superficie; b) urbanización: porcentaje de población urbana; c) distribución poblacional según tamaño de las ciudades; etc.

- 2) De concentración: a) porcentaje de población que vive en grandes ciudades; b) índice de primacía: proporción de población en la ciudad (o conglomerado poblacional) de mayor importancia respecto a la suma de las tres subsiguientes; c) proporción de población en la ciudad (o conglomerado poblacional) de mayor importancia respecto al resto del país; etc.

Al igual que para los otros aspectos demográficos (volumen y estructura) estas características se estudian en cuanto a su nivel y tendencia.

LOS COMPONENTES DEMOGRÁFICOS

Los factores que pueden determinar cambios en el volumen y las características estructurales de la población, como se ha dicho, son: la fecundidad, la mortalidad y las migraciones. Para describir estos componentes demográficos es necesario hablar de su nivel, de su tendencia y de su estructura. El nivel hace referencia a la intensidad del fenómeno; es decir, de qué modo impacta en la población. La tendencia habla de su comportamiento histórico; y la estructura a los diferenciales (de niveles y tendencias) para las distintas categorías de alguna variable (p.ej.: mortalidad por edad, fecundidad por nivel de instrucción, migración por clase social, etc.). La forma de expresar estos fenómenos es por medio de cifras absolutas y de cifras relativas (tasas, esencialmente); siendo estas últimas útiles para la comparación. En este documento analizaremos aspectos vinculados a la mortalidad y a la fecundidad; dejando las migraciones, por las razones antes señaladas.

Mortalidad

De los componentes demográficos el más antiguamente estudiado ha sido el de la mortalidad. Ya en el s. XVII comenzaron en Inglaterra a llevarse registros de este fenómeno. Quizás, por ser un hecho de honda preocupación para el hombre, porque les ocurre a todos (y una sola vez en la vida), porque es más fácil de detectar y de registrar, antecedió, en mucho, a los estudios de fecundidad. El subregistro es menor para este componente que para los otros. La mortalidad ha sido utilizada como indicador del nivel de salud de una población dada la falta de integridad en el conocimiento de la morbilidad y el escaso desarrollo de indicadores directos (o positivos) de salud. Asimismo, como fue descrito, es el fenómeno que inicia la transición demográfica y los cambios poblacionales consecuentes; ya que la fecundidad suele cambiar su tendencia bastante más tarde.

La mortalidad es diferencial por edad: alta en el primer año, disminuye en la infancia, la adolescencia y en la juventud a valores muy bajos; para, luego, comenzar a subir de manera permanente hasta los últimos años de la vida. Entre los 5 y 15 años se observan las tasas más bajas de mortalidad. El nivel de este fenómeno variará de población en población y asociado, en general, a su nivel de desarrollo; pero el comportamiento

descrito para las distintas etapas es siempre similar. Cuando la mortalidad desciende (partiendo de niveles altos del fenómeno) favorece primero a los jóvenes y niños; puesto que lo que primero que se reducen son las muertes por causas más factibles de controlar (infecto-contagiosas, carenciales, medio-ambientales) y éstas son más frecuentes en las edades jóvenes. Más tarde, nuevos descensos de la mortalidad se harán por control del daño debido a las más difícilmente reductibles (crónicas y degenerativas). Este patrón de comportamiento influye en la estructura etárea de la población. En un primer momento se produce un “rejuvenecimiento” por el ahorro de vidas en edades jóvenes. Esto se reflejará en la pirámide en un ensanchamiento de la base y de los primeros escalones de la zona media. Nuevas disminuciones de la mortalidad favorecerán más a las edades mayores y, al aumentar la longevidad, la parte superior de la pirámide se ensanchará; es decir, tiene aquí un efecto de “envejecimiento” de la población.

La diferencia por sexo es, como ha sido dicho, a favor de la población femenina. Esta sobremortalidad masculina se observa a todo lo largo de la vida y se acentúa con el correr de la edad. Cuando la mortalidad desciende en una población, también, lo hace a favor de las mujeres; por lo que esta diferencia, en general, aumenta. Podrá observarse en la pirámide de población que su “punta” se hará, proporcionalmente, más ancha del lado derecho.

Medidas de mortalidad.

Tasas Las tasas expresan la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. Se pueden definir como la magnitud del cambio de una variable (enfermedad o muerte) por unidad de cambio de otra (usualmente el tiempo) en relación con el tamaño de la población que se encuentra en riesgo de experimentar el suceso. En las tasas, el numerador expresa el número de eventos acaecidos durante un periodo en un número determinado de sujetos observados.

A diferencia de una proporción el denominador de una tasa no expresa el número de sujetos en observación sino el tiempo durante el cual tales sujetos estuvieron en riesgo de

sufrir el evento. La unidad de medida empleada se conoce como tiempo-persona de seguimiento. Por ejemplo, la observación de 100 individuos libres del evento durante un año corresponde a 100 años-persona de seguimiento; de manera similar, 10 sujetos observados durante diez años corresponden a 100 años-persona.

Dado que el periodo entre el inicio de la observación y el momento en que aparece un evento puede variar de un individuo a otro, el denominador de la tasa se estima a partir de la suma de los periodos de todos los individuos. Las unidades de tiempo pueden ser horas, días, meses o años, dependiendo de la naturaleza del evento que se estudia.

El cálculo de tasas se realiza dividiendo el total de eventos ocurridos en un periodo dado en una población entre el tiempo-persona total (es decir, la suma de los periodos individuales libres de la enfermedad) en el que los sujetos estuvieron en riesgo de presentar el evento. Las tasas se expresan multiplicando el resultado obtenido por una potencia de 10, con el fin de permitir rápidamente su comparación con otras tasas.

ESPERANZA DE VIDA. Este indicador, muy utilizado como medida del nivel de salud de una población, surge de la Tabla de Mortalidad (o Tabla de Vida) de la población. Ésta se construye con el conjunto de “tasas de mortalidad específicas por edad” (en grupos quinquenales, excepto para el primer quinquenio de la vida). El símbolo de este indicador: esto significa “esperanza de vida (o) a la edad “x”; esto es los años que, en promedio, se espera vivirá una cohorte de individuos que al momento tiene edad “x”. Cuando esa edad es “0” el indicador es la esperanza de vida al nacer, el más utilizado de esta familia, que expresa los años por vivir (en promedio) de la cohorte de nacidos al momento del cálculo. Este indicador lleva implícito un supuesto: que en el futuro se mantengan las tasas específicas de mortalidad por edad como las existentes al momento. Como puede verse, en realidad la eo es una medida sintética de mortalidad (surge de tasas de mortalidad); pero al expresarse en términos de tiempo de vida esperados se convierte en un indicador “positivo” de salud. La esperanza de vida es mayor para las mujeres y la diferencia con la de los hombres suele aumentar cuando disminuye la mortalidad en la población; es decir,

la ganancia es mayor para el sexo femenino. La mortalidad infantil influye de manera especial en la esperanza de vida; por ello, cuando esta baja de manera especial y selectiva (como ha ocurrido en poblaciones en las que la aplicación de programas de control han permitido descenderla sin modificar, sustancialmente, la mortalidad en el resto de las edades) aquel indicador aumenta de manera importante.

Fecundidad

La fecundidad, uno de los componentes demográficos, estudia la reproducción intergeneracional (manifestación de la capacidad de la especie de crear nuevos efectivos poblacionales). En tanto, fertilidad es la potencialidad de dicha reproducción. Es decir, el último término hace referencia a una condición predisponente para la reproducción; mientras que el primero al hecho manifiesto de aquella creación. En inglés estos términos se utilizan de manera algo diferente. Así, fecundity significa fecundidad; mientras fertility puede significar tanto fertilidad como fecundidad.

El estudio de la fecundidad de la población, como se dijera en el punto anterior, ha tenido un desarrollo más reciente que el de la mortalidad. La preocupación por el crecimiento demográfico ha sido, históricamente, posterior al que despertara el peligro de la muerte. Además, la fecundidad es de más difícil estudio por varias razones. Entre ellas: el subregistro es mayor que para la mortalidad, es un hecho que lo producen dos personas, se puede repetir para ellas y, aún, con otros compañeros. Por ello, los indicadores que se utilizan para este fenómeno son mediciones hechas sobre la mujer.

Los cambios en los niveles históricos de fecundidad comenzaron en algunos países europeos en el s. XIX. Como se vio en la Teoría de la Transición Demográfica, el descenso de este fenómeno ocurre después que el de la mortalidad y, dependiendo del retardo con que se inicie, habrá un período más o menos largo de crecimiento acelerado

de la población. Esto ha venido ocurriendo en la segunda mitad del s. XX en los países de América Latina. La fecundidad es diferencial por edad. Tomando el período fértil de la mujer, las tasas específicas de fecundidad por edad describen una curva cuyo acmé se encuentra entre los 20 y 30 años. Esta curva será más o menos baja en función del nivel de la fecundidad. Asimismo, cuando este fenómeno es más bajo la curva tiende a ser más puntiaguda acercándose más hacia el inicio del señalado decenio. Sin embargo, es dable señalar que este comportamiento tradicional de la fecundidad por edad de la madre y según el nivel del fenómeno ha sufrido variaciones en los últimos tiempos. La edad media de la paridez (antes cercana a los 20 años) se ha trasladado hacia edades más avanzadas, cercana a los 30 años. La incorporación de la mujer a la actividad productiva, una mayor permanencia de ésta en su propia educación, así como los cambios en modos de vida y elección de valores de las parejas (propios de la modernidad) son algunas de las explicaciones de este retraso. También, aquí, puede observarse una relación existente entre grado de desarrollo de un país, nivel de la fecundidad y evolución del fenómeno según edad de la madre.

Los cambios en la fecundidad tienen una influencia directa en la estructura y tárea de la población. Así, el descenso lleva a un paulatino envejecimiento demográfico debido a la menor proporción de los jóvenes en la población. Si se tiene en cuenta que este descenso suele ocurrir después del descenso de la mortalidad, ambos fenómenos contribuyen al referido “envejecimiento”. En la pirámide de población se observará un achicamiento de la base que transformará el gráfico, rectificando los bordes y aumentando el tamaño de los escalones superiores. Recordemos que estos elementos del dibujo tienen un largo que es proporcional a la población general; por lo que, independientemente del aumento de la población adulta y vieja (en cifras absolutas), su mayor peso porcentual se verá representado por un aumento del tamaño de esos cuadriláteros. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, cuando en una población joven comienza a descender la fecundidad, su envejecimiento tardará en producirse debido a que durante años habrá un volumen importante de población en edad reproductiva que seguirá generando muchos nacimientos. A medida que esa población envejezca y las cohortes más jóvenes (ahora, menos importantes porcentualmente) ingresen a la etapa fértil se irá produciendo una

mayor declinación de la natalidad con efectos más directos sobre la estructura etárea de la población.

2.2.- Enfoque de riesgo

Entendemos como estimación de riesgo cada una de las características que perfilan a un grupo considerado vulnerable. Estos grupos están conformados por individuos en situación de indefensión o inseguridad, que son propensos al déficit social, económico, político, cultural u otros. Así, por ejemplo, la pobreza, la desestructuración familiar y la precariedad en materia de salud; son estimaciones de riesgos asociadas a las adultas mayores viudas en países pobres. En materia demográfica, la estimación de riesgo es una característica asociada a una variable o indicador demográfico que perfila un grupo vulnerable. El comportamiento estructural de la estimación de riesgo variará según el manejo que desde afuera se haga de la misma. Así, por ejemplo, la esperanza de vida tiene un comportamiento estructural hacia el aumento, incluso en países muy pobres; pero su evolución depende de características culturales, económicas y otras que inciden desde el exterior sobre el indicador. En el campo gerontológico, la estimación de riesgo demográfico remite a las características asociadas a una variable o indicador demográfico que incide sobre los grandes mayores (75 años y más). Estas estimaciones de riesgo son:

1. Personas de 75 años y más de edad: dado el aumento progresivo de la esperanza de vida, los especialistas distinguen como tercera edad el subgrupo 60-74 años, y como cuarta edad o ancianos los de 75 y más (Chackiel, 2004). Este último subgrupo es particularmente vulnerable y con los mayores riesgos sociodemográficos.
2. Ancianos (as) que viven solos: la vulnerabilidad que ocasiona a un anciano el vivir solo se traduce; por un lado, en no contar con apoyo familiar constante, y por otro, la menor capacidad de mantener una red de relaciones sociales y afectivas, la disminución de la capacidad económica, sentimientos de soledad y la declinación de las actividades.

3. Ancianos (as) solos, enfermos o inválidos graves: las enfermedades, muchas de ellas crónicas, merman sus capacidades físicas y mentales, y les hacen dependientes de los cuidados prestados por sus familiares y/o cuidadores, siendo candidatos para la institucionalización debido a que son cuidados de larga duración y, por lo general, requieren de seguimiento permanente.

4. Matrimonios de ancianos que viven solos: se asocia a la carencia de un apoyo familiar constante, factor de riesgo para el aislamiento de la pareja que afecta de forma negativa la salud y el bienestar de las personas de edad; aunado a la precariedad económica cuando hay bajos ingresos.

5. Matrimonios de ancianos donde uno de ellos está gravemente enfermo o discapacitado: en atención a esta variable, la incapacidad física les dificulta el valerse por sí mismos y por ende realizar sus actividades de la vida diaria, con el consiguiente perjuicio para su calidad de vida y la posible claudicación del cuidador. De acuerdo a lo planteado por la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid 2002, las mujeres asumen las tareas de cuidado en el seno familiar incluso en edades avanzadas, constituyendo en la mayoría de los países del mundo la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad.

6. Ancianas solteras y viudas: especial atención merecen las mujeres que viven solas, debido a su mayor esperanza de vida y tradición cultural de unirse a hombres mayores, lo que las enfrenta a largos periodos de viudez, aunado a que en su mayoría carecen de seguridad social, pues no trabajaron formalmente en sus etapas anteriores o perciben pensiones insuficientes para satisfacer sus necesidades. Por otra parte, de acuerdo a lo planteado por Rodríguez (2000), la pérdida de la pareja constituye un punto crítico en las personas de edad, debido a que ocasiona carencias afectivas e implica cambios importantes en sus funciones; situación que afecta sobre todo a las mujeres de edades más avanzadas. En este sentido, las mujeres, sobre todo las viudas sin apoyo familiar, son quienes corren el mayor riesgo de sufrir un deterioro en su calidad de vida.

7. Ancianos (as) sin hijos: son ancianos proclives a la institucionalización por no presentar descendencia, bien por no haber constituido una familia propia o haber quedado solteros. Para el caso venezolano, De Lima y Chirino (2006) sostienen, basadas en estudio de campo, que el permanecer soltero sin hijos y la no formación de un grupo familiar propio

conduce a que la red colateral se coloque a distancia del anciano, aun cuando esté inserto en la comunidad, hecho que estimula la institucionalización

8. Ancianos (as) institucionalizados: habitualmente, los adultos mayores sufren una ruptura con el núcleo familiar al ser trasladados a instituciones totales, generando sentimientos de aislamiento e inutilidad; por esta razón se constituyen en un grupo de población de especial riesgo para sufrir soledad y abandono, factores que contribuyen a aumentar su vulnerabilidad, empeorar aspectos somáticos, psicológicos, así como reducir su calidad de vida acortando, incluso, la esperanza de vida.

9. Ancianos que viven con ayudas del Estado o incluso menos: sobre este aspecto el seguimiento de la CEPAL no deja lugar a dudas; las condiciones de seguridad económica para la población de adultos en América Latina y el Caribe son deficientes, desiguales y poco equitativas; tanto en las áreas urbanas como en las rurales, más de un tercio de las personas de 65 años y más no dispone de ingresos de pensiones o jubilaciones, ni de un trabajo remunerado (CEPAL, 2003). En lo que respecta al adulto mayor venezolano, existe una política de mínimo ingreso con respecto a los viejos, bien sea por la seguridad social o por la asistencia social, lo cual coloca a las personas mayores en una situación desfavorable con respecto al grueso de la población. El gobierno actual elevó a rango constitucional el ingreso por seguridad social, equiparando las pensiones al salario mínimo urbano. Sin embargo, igual resulta insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores.

2.3.- Relaciones entre economía y salud

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. Estas consideraciones se toman en cuenta al observar que, en general, las condiciones de salud de los países industrializados son mejores que las condiciones de salud de los países no industrializados. De esta manera, se considera que

el crecimiento económico es un determinante básico para la elevación de las condiciones de salud de una población, de la mejor organización y prestación de 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. 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 puede 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 propósito de este trabajo es contribuir a la discusión de la relación entre desarrollo económico y nivel de salud; además es descriptivo y apunta algunas líneas de investigación para un posterior análisis. La evaluación se realiza a través de la comparación de las condiciones de salud y el nivel de crecimiento económico de algunos países industrializados (Estados Unidos e Inglaterra) con países latinoamericanos de mediano ingreso (Colombia, Costa Rica y México).

DESARROLLO ECONÓMICO

Al término desarrollo económico se le han asignado múltiples connotaciones, algunas con objetivos o metas alcanzables y otras más como la expresión de un proceso o camino deseable a recorrer. En una definición operativa S. Kuznets define al desarrollo como: "Entendemos por desarrollo económico de un país el crecimiento sostenido en su magnitud como unidad económica. A la inversa, el estancamiento y la decadencia pueden

definirse como la incapacidad sostenida de crecimiento de la magnitud económica de la nación, o su persistente disminución".

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 través del aumento sostenido del Producto Nacional Bruto (PNB) se estima que podría elevarse el bienestar general, pues los beneficios podrían diseminarse gradualmente a toda la población. 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. Cardoso enuncia las condiciones de dependencia y subdesarrollo "como a la estructura de un tipo de sistema económico, con predominio del sector primario, fuerte concentración de la renta, poca diferenciación del sistema productivo y, sobre todo, predominio del mercado externo sobre el interno".

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. Al desarrollo económico se asocian el crecimiento y distribución del PNB, el estado de la tecnología y las condiciones institucionales que permiten el crecimiento. En palabras de A. Lewis, el desarrollo económico, a la vez que nos permite tener mayor disponibilidad de bienes, nos ofrece mayores oportunidades de elección y de ocio.

Sin embargo, por las dificultades que tiene la operacionalización del concepto de desarrollo económico, generalmente se ha asociado al simple crecimiento del PNB como

sinónimo del desarrollo económico, como lo postula Kuznets. De esta forma el Banco Mundial ha venido clasificando a los países con diferentes procesos de desarrollo con base en su nivel del PNB per cápita, en dólares de los Estados Unidos. En su última publicación clasifica a los países en:

- a) Economías con ingresos elevados: que alcanzaron un PNB per cápita anual igual o superior a \$ 6 200 dólares.
- b) Economías con ingresos medios: países con un PNB per cápita de \$ 570 a \$ 6 199 dólares.
- c) Economías con ingresos bajos: países con un PNB per cápita menor a \$ 570 dólares.

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. Sin embargo, debe hacerse notar que el PNB per cápita de Haití es 50 veces menor que el de los Estados Unidos, el cual es al menos seis veces más elevado que el de los países con mayores ingresos de Latinoamérica.

Al menor PNB per cápita 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. Las nuevas estrategias de los procesos de ajuste con "human face" que han venido impulsando los organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Banco Mundial, con el "combate a la pobreza" buscan reducir el fuerte deterioro que la población de bajos ingresos ha sufrido con las políticas de ajuste macroeconómico. Algunos analistas, como Musgrove, afirman que el carácter de las políticas macroeconómicas es un asunto interno

de los gobiernos nacionales, por lo que la repercusión de estas políticas de ajuste en el sector salud responde a las prioridades nacionales, y no son una imposición de los organismos financieros.

DESARROLLO ECONÓMICO Y NIVEL DE SALUD

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.

Sin embargo, esta asociación está lejos de ser determinística. En los niveles muy bajos de desarrollo, como en el caso de Haití, parece ser que la elevación del PNB per cápita tendría un impacto directo en los niveles de salud. 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. La Fundación Rockefeller llevó a cabo una investigación, con el propósito de ver las condiciones que permitirían elevar los niveles de salud poblacionales sin esperar a una fuerte elevación de los niveles del PNB per capita, y en sus conclusiones afirma que el crecimiento económico no es el determinante sine qua non para que pueda elevarse el nivel de salud de una población.

DESARROLLO ECONÓMICO Y NIVEL DE SALUD EN MÉXICO

Con el propósito de evaluar la relación entre nivel de desarrollo económico y niveles de salud en el caso de México, se realiza una comparación entre algunos países con diferentes niveles del PNB per cápita, con algunos indicadores de salud de la población, de la disponibilidad de los recursos de los servicios de salud y de la eficacia con que éstos operan.

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.

La vinculación del nivel de desarrollo y de la situación de salud se analiza a través de la relación entre el nivel del PNB per cápita y de la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de cinco años. La tasa U5MR es el indicador que emplea UNICEF para evaluar el nivel de desarrollo y de bienestar de una población, en oposición al simple PNB per cápita que atiende más al aumento de bienes y servicios en general, sin considerar las condiciones en que se genera su crecimiento, y su impacto sobre los grupos más vulnerables de la sociedad.

Con este propósito se analiza primeramente la asociación que guarda el PNB per cápita con la tasa U5MR entre los países de la muestra.

- a) Los países de elevados niveles de ingreso (Inglaterra y Estados Unidos) se asocian con bajos niveles de U5MR; sin embargo, a pesar de que el PNB per cápita de los Estados Unidos es 0.6 veces mayor que el de Inglaterra, su tasa de U5MR es más elevada 19 por ciento.
- b) A pesar de que el PNB per cápita de Costa Rica es 10.7 veces menor que el de los Estados Unidos, las diferencias en las tasas de U5MR sólo llegan a ser 0.7 veces.

- c) Las tasas de U5MR de México y Colombia son iguales, aun cuando el nivel del PNB per cápita de México es 0.5 veces más elevado que el de Colombia.
- d) México y Costa Rica disponen de un nivel similar del PNB per cápita, pero México tiene una tasa U5MR 2.1 veces mayor que la de Costa Rica.

En forma complementaria se ofrece en un panorama de la relación entre el PNB per cápita y la tasa de mortalidad infantil U5MR en el contexto latinoamericano (no se contó con información de Cuba). Los países con una elevada tasa de mortalidad infantil U5MR disponen de un PNB per cápita menor: Haití y Bolivia. Los países con mayores ingresos en el área, no gozan de las menores tasas de mortalidad infantil U5MR, las cuales se registran en Costa Rica, Jamaica y Chile. México se encuentra en una situación parecida a la de Colombia y Paraguay, sólo que estos países disponen de un PNB per cápita mejor; los altos niveles de las tasas de mortalidad U5MR en México lo acercan más a las condiciones que guardan los países de la región centroamericana y Brasil; pero debe tenerse en cuenta que los países centroamericanos disponen de la mitad del PNB per cápita mexicano

El análisis de la relación del PNB per cápita y de la tasa de U5MR da luz a un serio cuestionamiento, a la afirmación de que el crecimiento de la producción (PNB) se traduce en un mejor nivel de salud de la población. Primero, el elevado PNB per cápita de los Estados Unidos no se ha traducido en una reducción de la mortalidad infantil, y lo mismo se puede decir de los países latinoamericanos de mayores ingresos. Segundo, las tasas de mortalidad infantil de Costa Rica están muy cerca de las que tienen los países de ingresos elevados, a pesar del PNB per cápita relativamente bajo de Costa Rica (10.7 veces menor que el de los Estados Unidos). Y, por último, México acusa una tasa de mortalidad infantil muy superior a la de Costa Rica y similar a la de Colombia, aun cuando este país dispone de un menor PNB per cápita que el de México.

La relación del PNB per cápita y de la esperanza de vida al nacer muestra una asociación directa; los países con ingresos elevados tienen la mayor esperanza de vida al nacer y los países con menores niveles de ingreso registran una menor esperanza de vida. Sin embargo, Costa Rica ha alcanzado una elevada esperanza de vida al nacer, similar a la de Inglaterra y los Estados Unidos, a pesar de que dispone de un PNB per cápita sustancialmente menor que el de los otros países.

Las condiciones de bienestar y de salud en general están estrechamente vinculadas con las condiciones de la vivienda, disponibilidad de alimentos y de ingreso, junto con la disponibilidad de adecuados servicios de salud y educativos.

La proporción de la población con acceso a agua potable es menor en México que en los otros países de la muestra. Los países de ingresos elevados ofrecen a toda su población acceso al agua potable, mientras que en los países de menores ingresos la proporción varía del 91 por ciento en Costa Rica, 92 por ciento en Colombia y del 77 por ciento en México.

Los servicios de salud ofrecen una cobertura completa en el caso de los países de ingresos elevados Inglaterra y Estados Unidos. Costa Rica ofrece una cobertura adecuada de servicios de salud a cuatro quintas partes de su población, Colombia a tres quintas partes, mientras que en México sólo se ofrecen estos servicios al 45 por ciento de la población. Para México este promedio es el resultado de una cobertura del 90 por ciento en el medio urbano, pero de una ausencia de servicios de salud adecuados en el medio rural.

El número de médicos por habitante se tomó como un indicador de la disponibilidad de recursos de los servicios de salud. Los países con elevados ingresos cuentan con mayor número de éstos, y la situación inversa se presenta con los de menores ingresos. La disponibilidad de recursos médicos en Costa Rica es 1.6 veces menor que en los Estados Unidos, pero 0.3 veces mayor que en México y Colombia.

La proporción de los niños con bajo peso al nacer es menor con un PNB per cápita más alto, y mayor con un PNB per cápita más bajo. Costa Rica vuelve a ser la excepción y su porcentaje de niños con un bajo nivel de peso al nacer se acerca al de los países de elevados ingresos.

Por último, se analiza la eficacia de la operación de los servicios, así como su disponibilidad, a través de las tasas de mortalidad materna. Estas son más bajas en los Estados Unidos e Inglaterra (8 y 9, respectivamente), y más elevadas en los países de ingresos menores (Colombia 110; México 82; Costa Rica 36). A pesar de que Costa Rica no dispone de una cantidad y calidad de los servicios de salud similar a la de los países de ingresos elevados, su tasa de mortalidad materna se ha alejado bastante de las de países

de ingresos medios, lo cual es una referencia de la eficacia con la que está operando el sistema de salud costarricense.

POLÍTICA ECONÓMICA Y POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO

El crecimiento económico de México, al igual que la mayoría de los países en vías de desarrollo, se ha caracterizado por una polarización de la sociedad. En el caso de México, la política económica se ha orientado a apoyar al crecimiento industrial, a través de una protección externa y con subsidios indiscriminados en detrimento de las actividades del sector primario. El llamado milagro económico mexicano llegó a su fin en los setenta, sin haber sentado las bases de un desarrollo sostenido a largo plazo y con una marcada desigualdad económica y social.

El agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, la crisis mundial de los setenta y la ausencia de democracia condujeron al país a una severa crisis, en la que se acentuó la desigualdad social. Los diferentes programas macroeconómicos de ajuste, desde mediados de los setenta, dieron lugar al inicio de una creciente partida presupuestal para el pago del servicio de la deuda, cuya contrapartida fue la reducción del gasto social. Para 1987, el pago de los servicios de la deuda ya absorbía la mitad del gasto público. La nueva política económica, bajo un enfoque neoliberal, redujo en mayor proporción el gasto en educación y salud. De esta forma, la inversión y el gasto corriente del sector salud se redujeron al mínimo, en términos reales, para alcanzar una operación eficiente. A pesar de los esfuerzos de la administración pasada por modificar el modelo curativo dominante a un enfoque de prevención —de acuerdo a los postulados de la estrategia de salud para todos de la OMS— no se registró un avance significativo en este sentido.

En los aspectos financieros del sector salud, se debe tener en cuenta que la mayor parte del presupuesto ejercido corresponde al gasto de las instituciones de seguridad social (75%), un 9 por ciento a la Secretaría de Salud (SSA), y el resto a las otras instituciones, por lo que las acciones de las primeras ejercen una acción fundamental en el sector.

El gasto curativo absorbía el 82 por ciento en 1977, y diez años después se mantenía en un nivel similar (82.4%).¹⁸ Sin embargo, debe hacerse notar la diferencia de los programas de las instituciones de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con los de la SSA. Para 1987, el IMSS y el ISSSTE orientaban el 93.8 por ciento y el 90.5 por ciento de su gasto a la atención curativa, respectivamente, mientras que la SSA y otras instituciones oficiales de asistencia social destinaban alrededor del 50 por ciento de su presupuesto a la atención curativa. Por el contrario, en acciones preventivas la SSA destinaba el 38.5 por ciento de su presupuesto, el IMSS el 36.1 por ciento y el ISSSTE el 10.9 por ciento.

El bajo nivel que representan los gastos de prevención en el total del gasto en salud (5.2%), y la disminución del gasto real per cápita en salud afectaron la eficacia de los programas de prevención. En el Plan Nacional de Salud 1989-1994 se hacen explícitos los efectos de la crisis económica en el sector "la crisis económica, ha limitado la disminución del rezago en los servicios de salud, el suministro insuficiente de los insumos y el deterioro de la infraestructura. " Los niveles de cobertura de los programas de vacunación que se informaron en el Estado de México, uno de los estados con mayores recursos en la atención a la salud, indican que el promedio de los esquemas completos de vacunación (DPT, polio, sarampión y BCG) sólo alcanzaron un 47 por ciento en 1987. A pesar de la falta de una documentación que muestre la relación de las políticas de ajuste y las condiciones de salud de la población, el descenso de la eficacia de las acciones de vacunación muestra con claridad el daño que las políticas económicas neoliberales le hicieron a la salud de la población.

En el nuevo Programa Nacional de Salud 1989-1994 se replantean cuatro estrategias, que en diferente forma ya habían estado presentes en las anteriores programaciones sectoriales, en las cuales se perseguía abatir los rezagos sociales para contrarrestar los efectos indeseables de la desigualdad social a que ha dado lugar el crecimiento económico. Las estrategias generales a seguir son las siguientes:

- a) Mejorar la calidad de los servicios de salud
- b) Atenuar las desigualdades sociales
- c) Modernizar el sistema de salud

- d) Descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

La acumulación de capital en México se realizó con base en una creciente desigualdad social, que en términos de salud se manifiesta en las dimensiones que aún asume la patología de la pobreza en el país. La comparación de las tasas de mortalidad nacionales con las mínimas tasas de mortalidad a nivel internacional, muestra el enorme rezago en que ha quedado el país a nivel internacional. A la vez, es un indicador de los problemas y retos que enfrentan los servicios de salud, dado que las tasas que exceden a las internacionales son dos veces más elevadas que las de Argentina, tres veces mayores que las de Costa Rica y nueve veces superiores a las de un país con ingresos elevados como España.

Las estrategias delineadas en el Programa Nacional de Salud 1989-1994 marcan una pauta para eliminarlos rezagos a que ha dado lugar el crecimiento económico, y la ausencia de una fuerte voluntad política para abatir la pobreza absoluta y sus manifestaciones en salud. La modificación del modelo de salud hacia un enfoque preventivo, podría contribuir significativamente al abatimiento de las enfermedades prevenibles, a la vez que podría poner un dique de contención al aumento sostenido de los costos de los servicios de salud, al poner menor énfasis en los servicios curativos que requieren de insumos costosos y muchas veces de importación.

2.4.- Principios básicos de economía y su relación con la salud

Definición de economía. Se dice usualmente, que la economía es la ciencia o quizás, el arte que estudia la forma en que los seres humanos resuelven el problema de cómo satisfacer sus necesidades materiales ilimitadas, frente a una disponibilidad escasa de recursos.

Escasez: Se puede definir la escasez como la deficiencia ya sea en cantidad o calidad de bienes y servicios que es posible adquirir con los recursos disponibles, frente a las cantidades que la gente desea.

Es imposible satisfacer todos los deseos de la gente. Esto plantea la necesidad de identificar prioridades según juicios de valor para luego asignar los recursos en función de las mismas.

Pero la economía sólo reflexiona sobre las mejores formas de asignar los recursos materiales. Entonces, el ámbito de la economía de la salud necesita una definición más restringida. La economía de la salud es la ciencia que estudia las consecuencias de la escasez en el sistema de salud. Entendemos por sistema de salud la forma en que se organizan las instituciones que proveen, aseguran, regulan y supervisan los servicios de salud en un país.

La economía utiliza “modelos”, mediante los cuales describe una situación señalando los factores más importantes, los cuales llama “variables”. Este modelo abstracto sirve para explicar una situación generalizada y para predecir lo que sucederá si hay cambios en las variables.

Modelos explicativos: En economía se construyen modelos explicativos de una realidad y en base a ellos se formulan hipótesis que guían la toma de decisiones. De esta forma, podemos sopesar los pros y los contras de una posible decisión y podemos seleccionar las mejores opciones, según nuestro sistema de valores. Supongamos que nos planteamos como hipótesis: “si el precio de un bien se eleva, la gente tiende a consumir menos cantidades de ese bien”. Si esta observación resulta verdadera en la mayoría de los casos, es decir, si es generalizada, entonces la hipótesis se convierte en teoría. También las teorías nos permiten predecir fenómenos económicos, dentro de determinadas situaciones. Ella nos dice la relación de causa y efecto entre las variables de un modelo. Por ejemplo, si las exportaciones de un país crecen, entonces el producto nacional también tenderá a crecer.

Grandes áreas de la economía

La economía en general, y la economía de la salud en particular, se dividen en dos grandes ramas de pensamiento:

- La microeconomía.

- La macroeconomía.

MICROECONOMÍA DE LA SALUD.

La microeconomía estudia el comportamiento económico de los productores y consumidores individuales. Asimismo, estudia el comportamiento económico de grupos de productores y consumidores, los que se denominan “mercados”, por ejemplo, el “mercado de servicios de salud”.

¿Quiénes son los productores?

- Médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y otro personal de salud.
- Clínicas ambulatorias, clínicas rurales.
- Laboratorios, bancos de sangre.
- Centros de diagnóstico por imágenes.
- Hospitales con servicios de internamiento (ya sean de segundo, tercero o cuarto nivel).

Los consumidores serían Todas las personas que demandan servicios de salud, vale decir, casi toda la población de un país. Generalmente, se les llama “pacientes”. En los últimos años se utilizan más los términos “cliente” o “usuario”.

Principales mercados

En el sector salud hay varios mercados importantes, sujetos a características propias.

Algunos de ellos son:

1. Mercado de servicios de salud.
2. Mercado de seguros.
3. Mercado de productos farmacéuticos y otros insumos.
4. Mercado de equipos y tecnología.

Teoría de precios

Los mercados se rigen por la teoría de los precios. En una economía capitalista, el mecanismo libre de los precios – determinados por las leyes de la oferta y la demanda -- guía las acciones de los agentes económicos y decide qué producir, cómo producir y para quién producirlo. En los mercados donde hay competencia, este mecanismo es muy eficiente para asignar los recursos.

¿Qué produce el sector salud?

Produce una amplia gama de bienes y servicios, desde agua limpia hasta cirugía estética y trasplante de órganos. Esta producción puede clasificarse en:

- **Bienes públicos.** Los bienes públicos son aquellos que benefician a toda la colectividad, sin que se pueda identificar una persona en particular. Como ejemplo de ello tenemos la producción de agua limpia, alcantarillado sanitario, control de vectores, limpieza del aire, educación masiva para la salud
- **Bienes meritorios.** Bienes meritorios son aquellos cuyo consumo produce un efecto social mayor que el beneficio del individuo que lo consume. Por ejemplo, los servicios de planificación familiar, las vacunaciones, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la educación para el control de los accidentes de tránsito, los servicios de emergencia para trauma
- **Bienes privados.** Los bienes privados son los que benefician exclusivamente a la persona que los consume. La mayoría de los servicios curativos que ofrece un sistema de salud, así como los insumos, medicamentos y tecnología, caen dentro de la categoría de bienes privados.

¿Quién debe financiar cada uno?

Los bienes públicos y meritorios deben ser financiados por el gobierno, porque el sector privado no tiene ningún interés en hacerlo y la sociedad los necesita. Los bienes privados pueden ser financiados por el sector privado con mayor eficiencia. Sin embargo, incluso este mercado tiene grandes imperfecciones y requiere intervención estatal.

Para que el mercado libre asigne eficientemente los bienes privados, debe reinar la “soberanía del consumidor”, es decir, éste debe tener suficiente conocimiento sobre los

precios, calidad y otros beneficios, a fin de poder escoger y tomar decisiones racionales. Esto no sucede en el sector salud.

En economía se supone que el consumidor es libre, soberano, racional y que siempre trata de maximizar su beneficio y su satisfacción con los escasos recursos de que dispone. También supone que el productor es libre y que tiende a producir lo que quiere el consumidor, tratando de maximizar sus ganancias. Pero en el sector salud las cosas no funcionan así.

Los pacientes no tienen conocimiento médico como para saber si necesitan o no un tratamiento o un medicamento, ni tampoco pueden escoger entre alternativas de medios de diagnósticos o de medicamentos. Las decisiones sobre el consumo de estos bienes o servicios las decide el médico, no el consumidor final. El médico hace de “agente” del consumidor, asesorándolo sobre cuál bien o servicio consumir. Pero el médico también “provee” el servicio y vive de ello, por lo que hay un conflicto de interés. Hay una relación imperfecta en este mercado y el médico puede inducir un consumo innecesario.

Incertidumbre del precio.

Uno de los prerrequisitos para que haya libre mercado es el conocimiento de las condiciones de éste, particularmente, de los precios. Como normalmente hay incertidumbre en el diagnóstico, así como en la capacidad de recuperación de cada individuo, tampoco es posible para el consumidor conocer los precios por adelantado.

Seguros.

El riesgo de tener una enfermedad seria que produzca efectos catastróficos en las finanzas de una familia, ha dado como lugar el surgimiento de los seguros médicos. La gente los demanda para prevenir grandes pérdidas financieras. El Estado procura que todos tengan este derecho a través del seguro social.

Pero también este mercado es imperfecto: Si no hay regulación estatal, pueden surgir dos grandes fallas:

- Selección adversa: los enfermos se afilian a las compañías de seguros y el riesgo no se distribuye.

- Selección de riesgo: las compañías de seguros usan técnicas para afiliar a los sanos y para excluir a los enfermos.

MACROECONOMÍA DE LA SALUD

La macroeconomía estudia los fenómenos económicos en función de todo el sistema. En el caso del sector salud, le interesa conocer los flujos financieros en todo el sistema de salud. De aquí se obtienen conclusiones de política, tales como la importancia del sector en la economía y quiénes reciben los beneficios de las acciones públicas.

El estudio de la macroeconomía de la salud permite sacar conclusiones entre la situación de salud, su financiamiento y el potencial de desarrollo económico de un país. La mala salud y una carga financiera excesiva para la población, constituye un lastre que obstaculiza el desarrollo económico.

Mediante la macroeconomía de la salud podemos saber si ésta se distribuye equitativamente entre toda la población o si hay grupos menos favorecidos. A través del financiamiento público, el Estado tiene el potencial de mejorar la equidad y reducir la pobreza. De esta forma, contribuye al desarrollo de la sociedad.

El estudio del financiamiento del sistema, necesita información de todos los flujos financieros. Las CNS constituyen un sistema de datos financieros que permiten estimar el gasto nacional en salud, de manera completa, coherente, consistente y comparable internacionalmente.

¿Qué nos dicen las CNS?

1. ¿Quién paga por las necesidades de salud de una comunidad y quién recibe esos pagos?
2. ¿Cómo se distribuyen los fondos entre distintos tipos de servicios?
3. ¿Cuáles son las prioridades de salud y cuál es el financiamiento que reciben las intervenciones diseñadas para atenderlas?
4. ¿Cuánto gasta mi país en salud y cómo compara este nivel de gasto con sus resultados sanitarios?

5. ¿Cuánto gastan las familias pobres de su bolsillo para atender su salud?
6. ¿Cuánto gasta el gobierno?
7. ¿Es elevada la carga financiera del gasto en salud para las familias pobres?
8. ¿Puede el gobierno reducir la pobreza mediante una racionalización del gasto en salud?

La economía de la salud nos ayuda a comprender el sistema de salud y el papel que juegan las instituciones del sector. A través de ella aprendemos a seleccionar las prioridades y asignar mejor los recursos para beneficiar a la población y mejorar su estado de salud y su nivel de vida.

2.5.- Principales recursos económicos para la salud

Se observa últimamente en el sector sanitario un creciente interés por la economía de la salud, prueba de la importancia otorgada por dicho sector a la interrelación objetiva de los conceptos de salud y economía. No es posible imaginar ninguna estabilidad política o crecimiento económico sin que el bienestar se extienda a la sociedad en su conjunto, es decir, sin que las coberturas de salud y las oportunidades sociales sean iguales para todos.

La economía tiene como objeto estudiar las elecciones que orientan la asignación de recursos y la distribución de la riqueza, atendiendo a qué, cómo y para quién producir bienes y servicios, así como a la necesidad de lograr beneficios máximos con un mínimo de riesgos económicos y sociales. La salud es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento exigen trabajo y dinero. Lograrla implica satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes. Requiere de una función de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad.

La introducción del análisis económico en el sector de la salud ha permitido incorporar los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, analizar los procesos y los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos de un modo

efectivo en función del costo según su impacto no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida. La economía de la salud integra las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas a fin de estudiar los mecanismos y factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud. La economía de la salud se aplica para investigar los siguientes aspectos principalmente: los factores que determinan y afectan a la salud; el desarrollo de instrumentos de política; la salud y su valor económico; la demanda y la oferta de atención médica; el equilibrio del mercado; la planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y la evaluación microeconómica.

Se sabe desde hace años que la pobreza y la salud están vinculadas, siendo evidente que los pobres tienen más problemas de salud. Si se eliminaran las condiciones sanitarias insalubres que afectan a los sectores pobres, la productividad de estos mejoraría. En la medida en que aumentara el ingreso, la esperanza de vida también aumentaría y las tasas de mortalidad infantil se reducirían. Se ha comprobado que no es solo el ingreso absoluto lo que importa, sino también su distribución en la sociedad, factor que tiene un profundo impacto sobre los indicadores de salud.

Un mundo sin poliomielitis representa un ahorro anual en costos de vacunación de \$US 1 500 000. Una sola inversión de \$370 000 000 redundará en ahorros de \$1,5 mil millones anuales por tanto tiempo como sea imaginable. Hoy en día el producto nacional bruto (PNB) de África sería probablemente de unos \$100 000 millones más si la malaria hubiera sido controlada hace 30 años, cuando se aplicaron las primeras medidas eficaces de control.

La planificación sanitaria

Toda actividad humana consciente está orientada hacia un fin cuyo logro implica estudiar los antecedentes del caso y la situación actual, hacer pronósticos, sopesar necesidades y posibilidades, e idear actividades para alcanzar los objetivos trazados. Planificar es anticipar cambios en la dirección deseada.

La planificación sanitaria debe basarse en las necesidades de salud sentidas por la población y en su situación de salud, teniendo en cuenta que la salud obedece a múltiples

causas y se ve influida por factores determinantes de índole socioeconómica y por factores biológicos relacionados con el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. Otros factores no dependen del sistema sanitario: las posibilidades de financiamiento, las necesidades y problemas sociales, y el grado de desarrollo tecnológico.

La planificación a menudo se concibe como un proceso continuo compuesto de momentos encadenados sistemáticamente. Dicho proceso consiste en un ciclo de cuatro fases: a) la explicativa (los antecedentes de la situación, la situación actual, las tendencias observadas); b) la normativa (la situación deseada); c) la estratégica (lo que es factible); y d) la táctica operacional (lo que se va a hacer).

En relación con los costos, la planificación requiere un concepto más allá de la cantidad de dinero que el sector de la salud gasta en bienes y servicios. El concepto de costo que más comúnmente se usa en la planificación es el costo de oportunidad. La planificación de las decisiones y orientaciones que tendrán consecuencias a largo plazo se conoce por planificación estratégica y consiste en un esfuerzo por tomar decisiones y emprender acciones para orientar a una organización en su quehacer, en su manera de hacer las cosas y en las razones que tiene para hacerlas, enfocado todo hacia el futuro. Tres son los pilares fundamentales de la planificación estratégica los valores, la misión y la visión, y todos contribuyen a definir la viabilidad política, económica e institucional de un programa.

En septiembre de 1978 se reconocieron en Alma-Ata el derecho y la responsabilidad de las personas de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su propia atención sanitaria. El método propuesto en el marco de la planificación local para mejorar la salud en el ámbito comunitario se basa en los siguientes pasos: identificar los problemas y establecer prioridades; concebir y poner en marcha proyectos y programas, y evaluar el impacto de las intervenciones. Una vez que la comunidad identifica sus problemas, pone en marcha las estrategias nacionales adecuadas a la luz de su propia realidad, moviliza recursos, y fomenta la participación social y comunitaria. Para el planificador, la salud comunitaria sirve de concepto integrador.

Los procesos de descentralización han puesto de manifiesto que es posible potenciar la gestión local con una participación más consciente y activa por parte de los distintos

sectores, los líderes locales formales e informales y la comunidad en general. En Cuba, las estructuras del gobierno vienen funcionando de forma descentralizada desde 1976. El Ministerio de Salud Pública, en su afán por incrementar el alcance de sus acciones, ejecuta desde 1996, en colaboración con la Representación de la OPS/OMS en Cuba, proyectos de desarrollo municipal. Estos proyectos han dado origen a una amplia estrategia de desarrollo sostenible.

Las cuentas nacionales de salud (CNS)

¿Cuánto gasta el país en los servicios de salud? ¿Es mucho o poco? ¿Qué fracción del gasto nacional en salud (GNS) proviene del gobierno, y qué fracción aportan las personas? ¿Quién se beneficia del gasto público? Se torna vital para las políticas de salud disponer de información fiable sobre el financiamiento y el gasto destinado a la salud, a fin de analizar la eficiencia y la evolución del sistema sanitario. En el ámbito internacional, la forma más común de comparar los gastos es determinando qué porcentaje del producto interno bruto (PIB) representa el GNS. En 1998, América Latina y el Caribe destinaban a los servicios de salud 7,5% de su PIB, cifra que equivalía a \$US 115 000 millones. Otro aspecto de interés es la composición pública y privada del gasto en la Región (entre 41% y 59% del total, respectivamente).

Ningún sistema de salud en el mundo es público o privado en su totalidad, ni en su financiamiento ni en su prestación. Entre los mecanismos más comunes de financiamiento del sector sanitario figuran los fondos públicos, los seguros de salud, el cobro a los usuarios, la seguridad social y la cooperación internacional. El gasto tiene diferentes grados de impacto sobre la situación de salud, según el tipo de sistema y las estrategias, programas e intervenciones que se adopten. De acuerdo con los tipos de servicios que se ofrecen, los gastos pueden destinarse, entre otras cosas, a la promoción de salud, a acciones preventivas o curativas y a la obtención y producción de fármacos.

Las CNS muestran las fuentes y destinos de los fondos dedicados a la atención de salud, la concentración de gastos en los diferentes servicios y programas, y la distribución del presupuesto sanitario entre diferentes regiones y grupos de población. Asimismo, las CNS dan la respuesta a las siguientes preguntas: ¿De dónde provienen los fondos y a dónde van? ¿Qué servicios se brindan y qué productos se compran? ¿Quién provee los servicios? ¿Quiénes se benefician de ellos? ¿Cómo cambiaría la demanda si cambiase el nivel de

ingresos económicos del usuario? ¿Cuál es la distribución geográfica de los gastos, desglosada por edad, sexo y zona residencial? ¿Cómo ha cambiado a lo largo del tiempo la estructura del financiamiento? ¿Cómo funciona la asistencia internacional? ¿Cómo se comporta el GNS en los diferentes países en relación con el financiamiento?

Lo que distingue a las CNS de otros informes de cuentas es la utilización de matrices para presentar la información. Las matrices varían según las condiciones de cada país y reflejan diferentes definiciones de salud, sistema de salud, servicio de salud y sistema de seguros. Los límites del concepto de salud aún son imprecisos y a veces sumamente subjetivos y complejos.

Entre los aspectos más importantes de un sistema de CNS se encuentran las fuentes de información, los clasificadores y codificadores, las definiciones y sus límites, y los indicadores. Algunos de los indicadores más importantes son el GNS como proporción del PIB (elección sobre cómo distribuir los recursos frente a otras opciones de gasto social); las fuentes de financiamiento (razón entre fuentes públicas y privadas); los cambios en las fuentes (monitoreo de tendencias); los gastos según el tipo de servicios (evaluación de servicios); los cambios en los servicios (evaluación de las estrategias y políticas); y las proyecciones (el gasto según tendencias), etc.

LA CONTABILIDAD

El desarrollo de los servicios de salud, especialmente en la atención primaria, ha propiciado un incremento del volumen de recursos humanos, materiales y financieros con los que dichos servicios cuentan para poder llevar a cabo sus acciones. Ante el constante incremento del gasto, las unidades de salud necesitan establecer y sistematizar controles económicos y financieros internos, así como tener la posibilidad de interactuar con los organismos rectores de la salud pública en el marco de las regulaciones establecidas.

Entre los factores clave del incremento del gasto en la salud se encuentran el envejecimiento de la población; el desarrollo de la tecnología; los pagos al personal; el precio de los medicamentos; las nuevas enfermedades y las enfermedades reemergentes; los problemas de origen ambiental; las necesidades de investigación y capacitación; y la gestión administrativa.

En el caso de los costos en el campo de la salud, no solo se miden los ingresos, sino también los beneficios, el bienestar y la calidad de vida. Es necesario destacar, desde un inicio, que los conceptos de costo manejados por los economistas y los contadores son distintos. Un economista concibe el costo en términos del costo de oportunidad, es decir, lo que implica renunciar a la mejor de las demás opciones cuando se elige una en particular. Un contador, en cambio, concibe el costo en términos del valor monetario total de los recursos consumidos para alcanzar algo. El costo es una categoría económica, mientras que el gasto es una categoría contable.

La contabilidad de costos es un sistema de información que recopila, clasifica, registra, controla y notifica los costos para facilitar la toma de decisiones, la planeación y la administración. Los informes de costos son muy útiles también para la selección de opciones en cualquier situación. Los principales objetivos de la contabilidad de costos son: 1) generar informes para medir la utilidad proporcionando el costo correcto de producción, ventas o servicios; 2) determinar los costos de los inventarios; y 3) proporcionar informes para facilitar la planeación, ejercer el control administrativo y tomar decisiones.

La información contable de los servicios de salud es una herramienta útil que permite a los administradores de salud gestionar los recursos adecuadamente. Sirve no solo para indicar la cantidad de fondos necesaria para llevar a cabo los programas, sino también para determinar el uso dado a los recursos humanos, materiales y financieros en la prestación de servicios a la población. Los recursos a disposición de los servicios de salud son limitados; de ahí la importancia de aprovecharlos mejor, cosa que puede lograrse mediante la información sobre los costos y su análisis.

La evaluación económica

La evaluación económica consiste en valorar una acción concreta en términos del monto de inversiones que precisa y su rentabilidad económica y social. Es un proceso analítico que establece criterios útiles para tomar decisiones y elegir entre diferentes formas de asignar los recursos. Aplicada al sector sanitario, el proceso sirve para valorar la relación entre el monto de los recursos invertidos y los resultados obtenidos, tanto en efectos como en utilidades y beneficios. Si se quiere lograr un máximo de bienestar social, hay que tener en cuenta tanto los efectos positivos como los negativos.

En la práctica se reconocen distintos métodos de evaluación económica. Drummond ideó una clasificación muy interesante en la cual los métodos de evaluación económica se dividen en parciales y completos atendiendo a tres elementos: costos, consecuencias o resultados, y alternativas. Si se prescinde de uno o más de estos tres elementos, el estudio se clasifica como parcial. Entre los estudios parciales se encuentran los siguientes:

- Los estudios de descripción de consecuencias, donde se evalúa un programa o un servicio en términos de sus efectos y beneficios sin comparar alternativas ni analizar los costos;
- Los estudios de descripción de costos, en los cuales se analizan los costos, entre ellos los que se asocian con una enfermedad, sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias.
- Los estudios de costos y consecuencias, en los cuales no se tienen en cuenta las alternativas, sino solamente los costos y los resultados del tratamiento de una enfermedad;
- Los estudios de eficacia y efectividad, en los cuales se examinan las alternativas y los resultados, sin estimar los costos;
- Los análisis de costos, en los que se comparan distintas alternativas y se tienen en cuenta los costos, sin tomar en cuenta los resultados.

Por otra parte, los estudios completos de evaluación económica son los siguientes:

- Los estudios de costo-beneficio, cuya característica principal es que tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades monetarias. Desde el punto de vista económico se considera la forma de análisis más ortodoxa.
- Los estudios de costo-efectividad, en que se comparan los efectos de las distintas opciones en unidades clínicas, entre las cuales se encuentran, por ejemplo, los años de vida ganados, los ingresos hospitalarios evitados, el número de casos prevenidos, las vidas salvadas y las complicaciones evitadas. Los resultados pueden presentarse como valor medio de la razón de costos a efectividad, o bien como incremento de dicha razón (costo-efectividad incremental).

- Los estudios de costo-utilidad, que buscan valorar la vida ganada no solo en términos de cantidad (años de vida), sino también de calidad. Las unidades obtenidas son los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los resultados se presentan de la misma forma que en el análisis de costo-efectividad, pero usando como denominador de la fracción los AVAC obtenidos en lugar de la efectividad.
- Los análisis de minimización de costos, que se utilizan cuando no hay diferencia entre los efectos de las alternativas comparadas. En este caso se selecciona la opción menos costosa.

La evaluación de las tecnologías sanitarias

La tecnología sanitaria desempeña un papel determinante en la calidad de los servicios médicos y en su costo. Si a ello se suma la premisa de que los recursos son limitados y las necesidades siempre crecientes, también habrá que realizar, en lo referente a la tecnología sanitaria, una búsqueda permanente de la mejor relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos.

Pese a que las nuevas tecnologías son casi siempre eficaces, es muy importante que sean sometidas a una evaluación, pues podría darse el caso, dada la rápida difusión actual de toda tecnología, de que se disemine una técnica costosa cuya verdadera eficacia no ha sido demostrada. Desde el punto de vista económico, también es importante utilizar la tecnología sanitaria de un modo eficiente. El empleo indiscriminado de algunas tecnologías, sin tomar en cuenta la necesidad real de los pacientes, resulta ineficiente y contribuye a incrementar los costos y a obtener resultados de mala calidad.

La tecnología sanitaria abarca los instrumentos, técnicas, equipos, dispositivos, medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos, programas sanitarios y sistemas de información destinados a prevenir, diagnosticar y tratar afecciones específicas, a rehabilitar a quienes las padecen, y a mejorar la calidad de vida de las personas y la comunidad. Las definiciones y los métodos aplicados en la evaluación económica encuentran un espacio oportuno dentro de la tecnología sanitaria, ya que permiten medir, entre otros parámetros, los costos asociados con el uso de una tecnología y la relación entre su costo y los efectos de su aplicación. Suministran, además, información clave para sentar prioridades en la asignación de recursos, así como en la adopción de una u otra tecnología. El análisis de los resultados puede ser aplicado a cualquier tipo de tecnología

sanitaria, por lo que resulta necesario tener un conocimiento adecuado del impacto real de cada una sobre la salud y de su uso racional.

La evaluación de las tecnologías sanitarias es la forma integral de investigar, en el marco de las técnicas de la evaluación económica en salud, las consecuencias técnicas (casi siempre clínicas), sociales, éticas, jurídicas y económicas que se producen a corto o largo plazo, así como los efectos directos o indirectos, deseados o indeseados, del uso de una tecnología sanitaria.

El fármaco economía

En la actualidad, el marcado aumento de los costos de las tecnologías sanitarias y la creciente presión por disminuir los presupuestos destinados a la salud en la mayoría de los países han llevado a la necesidad de evaluar el empleo de los medicamentos no solamente en términos fármaco terapéuticos, sino de su impacto económico y social, sin dejar de lado los aspectos técnicos y científicos relacionados con su eficacia, inocuidad y calidad. Con tal propósito, la evaluación fármaco económica compara las propiedades terapéuticas de distintos medicamentos y otras formas de tratamiento y los costos de usarlos como métodos alternativos, así como la factibilidad de aplicar conceptos económicos de costo-beneficio para tomar decisiones en el sector farmacéutico y en el sistema sanitario.

En este sentido, la farmacoeconomía puede definirse como la aplicación del análisis económico al campo de los medicamentos o, si se quiere, como la vinculación de la teoría económica con el campo de la farmacoterapia. La evaluación económica de los medicamentos podría definirse también como el proceso de determinar la eficiencia (la relación entre los costos y los efectos logrados) de un tratamiento farmacológico y compararla con la de otras opciones, a fin de seleccionar la opción que presente una relación de costos a efectos más favorable.

La aplicación de los conocimientos y técnicas de la evaluación económica al campo de los medicamentos permite centrar el análisis en el tratamiento de los problemas que plantea una adecuada prescripción, tanto desde el punto de vista de la efectividad terapéutica, como de la eficiencia; es decir, la obtención de un beneficio social a un costo razonable. La farmacoeconomía es, por lo tanto, una herramienta útil para medir los efectos que tienen las decisiones sobre los recursos disponibles y también las posibilidades de

cuantificar su impacto sobre la salud y los costos de una intervención sanitaria determinada.

La evaluación económica de los medicamentos constituye un instrumento de trabajo útil para aprovechar al máximo los recursos humanos, materiales y financieros que se destinan a los servicios de salud. Su aplicación práctica, basada en la noción de que el paciente debe recibir la atención que requiere para mantener su salud, está orientada hacia la realización de estudios que permitan respetar ese principio mediante la eficiencia y racionalidad en el uso de los fármacos.

La evaluación económica de los medicamentos no resuelve todos los problemas que enfrentan diariamente los profesionales de la salud, pero permite reducir la arbitrariedad en la toma de decisiones en torno al uso de los recursos disponibles, siendo por lo tanto una medida indispensable para mejorar la práctica sanitaria a un costo asumible para la sociedad. En otras palabras, solo se puede practicar una medicina eficaz si hay una administración eficiente de medicamentos, y a la farmacoeconomía le ha correspondido un papel importante en la consecución de estos objetivos, siendo a la vez un elemento más para promover lo que la OMS ha denominado el "uso racional de los medicamentos".

La investigación

La investigación, cuyo objetivo es explicar la realidad, enfrenta obstáculos a los que no escapan los estudios en el campo de la economía de la salud. Estos obstáculos pueden estar relacionados con factores tales como la falta de un plan de investigaciones, la falta de motivación debido a la poca competencia de los profesionales, y la falta de reconocimiento de esta actividad. Todo ello, sumado a la insuficiente aplicación y publicación de los resultados alcanzados, limitan el desarrollo de este proceso. Para poder conocer e interiorizar estos retos, es necesario adoptar medidas que permitan no solo reducirlos todo lo posible, sino también lograr una continua retroalimentación del proceso de investigación como elemento de evaluación.

La investigación científica, como forma sistemática y técnica de razonar que emplea procedimientos e instrumentos para resolver problemas y adquirir conocimientos, encierra un proceso que consiste en los siguientes pasos: identificar y delimitar el

problema; desarrollar un protocolo de investigación; idear una prueba piloto de la metodología concebida; ajustar, procesar y analizar la información y los datos obtenidos; presentar un informe, y divulgar y aplicar los resultados.

El protocolo de investigación es un documento básico donde se consigna la planificación de una tarea de investigación, atendiendo a los pasos o etapas del método científico. Existen muchos esquemas para confeccionar un protocolo, y a cada institución le compete adoptar uno de ellos. A continuación, se presenta una síntesis de la guía orientada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente de Cuba (CITMA) para elaborar proyectos de investigación. La guía comprende los siguientes aspectos:

El diseño es un paso importante en el proceso de investigación y depende de lo que se quiera investigar y del tipo de investigación que se desee realizar. Se debe definir si un estudio es transversal o longitudinal, retrospectivo o proyectivo, descriptivo o analítico, observacional o experimental.

2.6.- Interacción entre persona y comunidad

La participación de la comunidad en salud es un componente fundamental de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Sus antecedentes provienen de múltiples experiencias desarrolladas prioritariamente en comunidades, países y regiones de América Latina, África y Asia, en el mundo del subdesarrollo. Para su análisis, es indispensable considerar los antecedentes históricos y el contexto económico, social y cultural, así como la idiosincrasia, los valores, costumbres y creencias de los grupos humanos protagonistas.

En 1977, la XXX Asamblea Mundial de la Salud definió la meta social de: " Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva". Un año después, en septiembre de 1978, 134 países se comprometieron en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, URSS, impulsar la estrategia de Atención Primaria de Salud para garantizar el cumplimiento de la meta social de

"Salud para todos en el año 2000".

Los gobiernos de la región de las Américas acordaron, en 1980, la definición de los objetivos regionales fundamentales orientados hacia la reducción de las desigualdades sociales y económicas. Se aprobó, de igual modo, que la atención primaria debe ser una estrategia para la acción y el cambio del sistema de salud en su conjunto y no simplemente un programa de actividades.

El Plan de Acción Regional, aprobado por los gobiernos en 1981, reconoció que se dará prioridad a las poblaciones rurales y urbanas marginadas y, dentro de éstas, a las familias y a los trabajadores de alto riesgo. Una de las principales líneas del Plan de Acción es el fomento y desarrollo de políticas intersectoriales que estimulen y faciliten la prestación de una asistencia integral a la familia. En este contexto, la participación comunitaria se constituye en el apoyo más importante para el logro de los objetivos de salud. Así las comunidades pueden llegar a ser agentes de su propio desarrollo, en lugar de beneficiarios pasivos de la ayuda que reciben.

En México, en el capítulo referente a la política social del Plan Nacional de Desarrollo

1983-1988 del Poder Ejecutivo Federal se señala que: "En una sociedad que tiene como principio la justicia social y persigue ser más igualitaria, la protección a la salud es un derecho social... El mejoramiento sustancial del nivel de salud dependerá de que sean complementarias y estén debidamente articuladas las acciones que realicen las dependencias y entidades involucradas y los diversos sectores de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la población. El Programa Nacional de Salud 1984-1988 ha estimado que actualmente 14 millones de mexicanos no tienen acceso a los servicios de salud. La participación de la comunidad en el autocuidado de la salud se considera un componente fundamental de la estrategia general del Programa Nacional de Salud.

Por su importancia, se ha destacado como una de las cinco estrategias instrumentales, junto con la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa y la coordinación intersectorial.

Características de la atención primaria de salud

De acuerdo a la definición a probada en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, se considera a la Atención Primaria de Salud (APS) como:

- Asistencia sanitaria esencial
- basada en métodos y tecnologías prácticos,
- científicamente fundadas,
- socialmente aceptables,
- puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad,
- mediante su plena participación,
- a un costo que la comunidad y el país pueda soportar,
- en todas y cada una de las etapas de su desarrollo,
- con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Los componentes fundamentales de la estrategia de APS son:

- a) El enfoque intersectorial.
- b) La participación de la comunidad.
- e) Las tecnologías apropiadas.
- d) Los servicios básicos articulados con la medicina tradicional.

Entre las características más importantes de la APS se pueden destacar las siguientes:

- a) Es reflejo y consecuencia de las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas.
- b) Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad.
- c) Presta atención de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- d) Comprende actividades de:

Educación comunitaria.

Promoción de alimentación y nutrición.

Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.

Asistencia materno infantil.

Inmunizaciones.

Prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales.

Tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes.

Suministro de medicamentos esenciales.

- e) Se enfoca hacia la participación y coordinación intersectorial.
- f) Se basa en la autorresponsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la APS.
- g) Incluye un sistema de regionalización de servicios.
- h) Requiere de equipos humanos multidisciplinarios con capacitación técnica y social.

Conceptos sobre participación de la comunidad

Existen muchas definiciones de comunidad, la mayoría de las cuales son incompletas, o por lo menos, no reflejan fielmente la realidad. Para algunos, comunidad es cualquier grupo que tenga intereses comunes o que esté interrelacionado por razones de convivencia en la localidad, de función o administración. Para otros, comunidad es simplemente un tipo particular de grupo radicado en un área dada, más su cultura.

Con un mayor grado de precisión, se ha considerado a la comunidad como: "Un agregado de población, que habita un territorio contiguo, con un pasado histórico (su tradición), consciente de su unidad local y que tiene sentido de proyección". En forma operacional, CINDER (Colombia, 1980) la define como: Área delimitada y conocida con un nombre, en la cual viven grupos de personas que se relacionan entre sí, que realizan actividades conjuntamente, que tienen una misma formación social y cultural y comparten los mismos problemas e intereses.

En los diversos conceptos sobre "comunidad" destacan, en general, la presencia de los siguientes elementos integrantes.

- a) Espacio físico delimitado.

- b) Grupo humano.
- e) Intereses comunes.
- d) Sentimiento de solidaridad.

Se entiende por "participación", la acción y efecto de participar, así como la intervención más o menos directa en la realización de una cosa o en la consumación de un hecho. Participar, en concreto, es: "Tener parte en una cosa, tocarle a uno algo de ella".

La participación de la comunidad, componente indispensable de la salud familiar y comunitaria, también tiene varias conceptualizaciones. Entre las definiciones más difundidas pueden destacarse:

"Proceso de auto transformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y al de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo" (OPS/OMS).

"Proceso mediante el cual el mayor número posible de habitantes toma parte en las decisiones que le afectan y asume la mayor responsabilidad posible en los programas y acciones de salud y bienestar, junto al personal del servicio local interesado"

"Proceso orientado fundamentalmente a crear una conciencia en los individuos y colectividades sobre la realidad de la situación de salud en que viven: y canalizar deliberadamente las acciones de los individuos, grupos e instituciones comunitarias para la expansión y fortalecimiento de los servicios de salud.

Experiencias de participación comunitaria

Los servicios de salud deben estar insertos en las comunidades, los que deben definir sus propios objetivos, movilizar sus recursos y evaluar sus esfuerzos. Muchas de las experiencias de participación comunitaria nunca han salido de sus ámbitos locales para ser difundidas y evaluadas científicamente. Los éxitos y fracasos, las facilidades y dificultades, los cambios culturales logrados y la ausencia de modificaciones pese a los esfuerzos invertidos, han quedado en dichos casos sólo como experiencias vivenciales y como recuerdos transmitidos por la tradición oral. Históricamente, la participación de la comunidad ha sido un tema que se ha manejado con poco rigor científico y mucha

intención política. La participación al perder su contenido humanista, creativo y democrático, puede dar como resultado situaciones de decepción, escepticismo o desconfianza.

Entre los errores que frecuentemente se han observado en esta experiencia, se pueden mencionar los siguientes:

- Empleo de modelos copiados del exterior con estrategias inadecuadas.
- Manipulación o uso de la comunidad para fines ajenos a ella.
- Ausencia de formas o modelos concretos de participación en salud.
- Promoción del paternalismo y dependencia.
- Acciones impuestas desde afuera y desde arriba.
- Desconocimiento de la organización y estratificación de las comunidades.
- Tentación de presionar para organizar grupos propios en torno a salud, ajenos al desarrollo comunitario.
- Exigencia de aportes exclusivos de mano de obra y recursos materiales.
- Programas enfocados exclusivamente a disminuir conflictos sociales.

Para que la participación de la comunidad sea efectiva, deberá ser:

- Activa
- Consciente
- Responsable
- Deliberada
- Organizada
- Sostenida.

En el proceso de participación se deben considerar los aspectos relacionados con la organización social, concientización, capacitación y movilización social. A la vez, debe incluir tareas continuas de formación, información y concientización para que conozcan

mejor su realidad y asuman el papel de sujetos de acción y actores responsables de su propio desarrollo, así como para que participen en la toma de decisiones en un proceso creativo con voluntad de cambio.

Para establecer las mejores interrelaciones entre los servicios de salud a nivel local y las comunidades, se consideran los siguientes requisitos mínimos

- a) Servicios básicos de salud
- b) Equipo de salud participante.
- e) Respeto por la comunidad.
- d) Coordinación con organizaciones comunitarias.
- e) Coordinación con instituciones oficiales y privadas.
- f) Apoyo técnico y logístico.

Son innumerables las experiencias con respecto a la participación de la comunidad en salud. El intento de encauzar en algunas modalidades o formas esquemáticas la riquísima gama de experiencias realizadas es tarea difícil.

Por tal motivo, sólo se pretende resumir algunas experiencias que podrían servir de base para establecer un diálogo creativo, un análisis más crítico y un estímulo para acelerar el desarrollo de modelos operativos de participación comunitaria en los programas de salud. Entre las modalidades concretas de participación se pueden mencionar:

a) Voluntariado comunitario. Existen múltiples denominaciones, con interpretaciones diferentes. En general, se acepta que corresponde a personas en que la misma comunidad delega su responsabilidad porque las considera más aptas o más hábiles para realizar tareas de salud, recibiendo capacitación específica por parte de los servicios. Se puede aceptar que:

- Constituyen un recurso humano, comunitario, voluntario y no remunerado
- Son representantes auténticos de la comunidad, designados por las propias organizaciones o agrupaciones sociales.

- Reciben capacitación técnica de la unidad de salud más cercana.
 - Tienen asignado un número pequeño de familias por unidad territorial mínima.
 - Desempeñan tareas mínimas de salud bajo la supervisión del equipo local y de preferencia en acciones de promoción y protección de la salud.
- b) Comités locales de salud. Las funciones de estos organismos son muy variables según las realidades locales, su composición y los fines que tengan. Entre otras, se pueden señalar las siguientes funciones:
- Conocimiento y análisis de los problemas de salud y de los programas locales de salud.
 - Participación en la elaboración y actualización de la información básica.
 - Participación en la búsqueda y utilización racional de recursos directos e indirectos.
 - Contribución a la evaluación del cumplimiento de los programas operativos.
 - Análisis periódico del funcionamiento de la unidad de salud y denuncia responsable de las irregularidades que pudieran cometerse.
- c) Consejos locales de desarrollo comunal. La necesidad del trabajo multisectorial en el proceso del desarrollo integral plantea la conveniencia de unificar esfuerzos a nivel local y de potencializar los recursos de las diversas instituciones oficiales y privadas, así como de las organizaciones comunitarias. En el nivel local el Sector Salud debe coordinarse con los sectores de educación, vivienda, trabajo y otros.
- d) Brigadas de salud. No siempre en ellas participa la comunidad, ya que muchas veces están constituidas sólo por trabajadores o estudiantes que acuden a las comunidades a realizar campañas y otras acciones específicas. Sin embargo, hay experiencias muy valiosas en brigadas integradas por miembros del equipo de salud y por representantes voluntarios de la comunidad en sectores o subsectores territoriales del ámbito de acción de la unidad de salud.

Bases para una estrategia de participación de la comunidad en salud

Los programas operativos de salud en las comunidades, especialmente rurales y urbanas marginadas, requieren la participación consciente y organizada de las personas, las familias y los grupos comunitarios. Para la elaboración de una estrategia de participación se propone considerar los siguientes aspectos.

- a) Los individuos, familias y grupos comunitarios participan efectivamente sólo si son consultados e intervienen en sus propias decisiones.
- b) Se debe tener profunda fe en la capacidad de la comunidad para entender y abordar sus problemas de salud-enfermedad.
- c) Es indispensable el reconocimiento y respeto a los conocimientos del pueblo, a su dignidad humana y a sus potencialidades individuales.
- d) La comunidad debe recibir apoyo logístico y traspaso tecnológico simplificado.
- e) Deben emplearse modelos endógenos, autosuficientes y conforme a las tradiciones culturales y a la ecología local.
- f) Muy importante es la concientización para la creación de una conciencia crítica que permita descubrir factores causales, así como capacitarse en el ejercicio de la democracia participa ti va.
- g) Debe haber una intervención consciente y organizada de los propios afectados en todas las fases del proceso de desarrollo.
- h) Entre los objetivos de la participación está el conocimiento por parte de la población de las causas de sus propios problemas, así como la búsqueda de alternativas de solución.
- i) La primera tarea para la puesta en práctica de una estrategia de participación comunitaria es ubicar las organizaciones comunitarias existentes, identificarlas y establecer contacto con ellas, para actuar así con efecto multiplicador y proyección social.

Promoción de la salud familiar y comunitaria

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad.

Constituye la forma más simple de organización, en la cual dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones. Por tanto, se puede considerar a la familia como la unidad biosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad y/o afinidad y que viven en un mismo hogar.

Las funciones básicas de la familia en nuestra actual sociedad pueden resumirse en las siguientes, según área correspondiente

a) Área biológica:

- Reproducción humana.
- Crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes.
- Nutrición.
- Protección de la salud.

b) Área psicológica.

- Sentido de identidad.
- Maduración de la personalidad.
- Protección psicológica.
- Habilidad para establecer relaciones fuera de la familia.

c) Área sociológica:

- Transferencia de valores en relación a comportamientos, tradiciones, hábitos y costumbres.
- Socialización.
- Formulación de normas de comportamiento.
- Adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes.
- Capacidad productiva y de consumo.

La participación de la comunidad, con sus diferentes modalidades, es un componente indispensable de la salud familiar y comunitaria.

El concepto de "salud familiar" involucra algo más que la simple suma de la salud individual de cada uno de los miembros de la familia, al considerar las funciones e interacciones que se producen como conjunto y unidad; asimismo el concepto de "salud comunitaria" engloba tanto la suma de la salud de cada una de las familias que integran una comunidad, como las interrelaciones sociales, la organización, el desarrollo y la participación de los individuos, las familias y las organizaciones comunitarias en el ejercicio del derecho a la salud con los deberes que ello involucra.

Para una correcta aplicación de la epidemiología a la salud familiar y comunitaria es necesario que se supere al enfoque tradicional biologista, predominantemente descriptivo, y orientado sólo al estudio de las enfermedades transmisibles, para incorporarse al estudio de los factores biopsicosociales que determinan "familias y comunidades de alto riesgo", tratando de buscar sus explicaciones causales. El fenómeno salud-enfermedad se da, ocurre, en un espacio socio-histórico concreto, por lo que un enfoque moderno de la salud familiar y comunitaria debe orientarse hacia:

- Describir el fenómeno salud-enfermedad en situaciones históricas concretas, con su distribución tiempo-espacial y estructural.
- Contribuir a la jerarquización de los problemas prioritarios.
- Analizar los posibles factores causales.
- Buscar las alternativas más factibles.

Actualmente se considera que los mayores esfuerzos se deben concretar en la verdadera promoción de los autocuidados primarios y la autosuficiencia máxima en salud familiar y comunitaria. La promoción debe motivar a la comunidad para que asuma conscientemente la necesidad de organizarse en torno a proyectos específicos en relación a salud y bienestar. El método de trabajo deberá ser horizontal, democrático, crítico y reflexivo.

La promoción en salud puede entenderse como un proceso orientado hacia la toma de conciencia de la realidad, la identificación de los problemas prioritarios y la búsqueda de soluciones en salud con la participación plena de individuos, familias y grupos comunitarios.

El trabajo comunitario de promoción en salud debe incorporar diversas acciones en las fases secuenciales del proceso, tales como:

- Coordinación con las organizaciones comunitarias existentes.
- Estudio participativo para la detección de problemas y necesidades prioritarias en salud (diagnóstico de situación).
- Elaboración del programa operativo a nivel comunitario, que incluya tareas a realizar para la búsqueda de soluciones alternativas (programación participativa).
- Operación participativa y reflexiva de las tareas programadas.
- Selección y capacitación de voluntarios comunitarios en salud.
- Asesoría en salud a comités, escuelas, centros laborales y otras agrupaciones específicas.
- Evaluación permanente para la retroalimentación y programación de las acciones siguientes (evaluación participativa).

En la actualidad se tiende a lograr un consenso en la necesidad de promover efectivamente la toma de conciencia individual y social que conduzca a la participación ya la autodeterminación de la población. Con este enfoque es indispensable estar convencido que en la promoción en salud deben participar todos los miembros de los equipos institucionales de salud y bienestar, así como los individuos, las familias y los grupos involucrados en los programas de salud comunitarios

Los nuevos enfoques sobre los autocuidados de la salud precisan nuevas orientaciones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en comunidad. Es importante estudiar y analizar métodos alternativos de enseñanza, teniendo presente que el propósito fundamental debe ser, ayudar a las personas a obtener los conocimientos, las habilidades y la conciencia que se requiere para hacer frente a las necesidades y desafíos de la vida. Las técnicas de promoción en salud' son múltiples y complementarias. Es conveniente reflexionar sobre las diversas opciones para elevar la calidad del trabajo comunitario y contribuir al cambio real en conocimientos, actitudes y prácticas en salud y bienestar.

2.7.- Factores que influyen impositivamente o negativamente en la comunidad

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que vivimos, aprendemos, trabajamos y jugamos. Estas condiciones pueden influir en su salud y bienestar y los de su comunidad. Pueden incluir cosas como su nivel de educación, su exposición a la violencia, la forma en que está diseñada su comunidad y si tiene acceso a la atención médica. Estos factores afectan su capacidad para participar en comportamientos saludables y esto afecta su salud.

Estos son algunos ejemplos de los principales factores sociales que pueden influir en su salud:

Educación

Su nivel de educación puede tener un efecto sobre qué tan saludable es usted. La educación le brinda las herramientas que necesita para tomar buenas decisiones sobre su salud. Las personas con más educación tienen más probabilidades de vivir más tiempo. Es más probable que participen en actividades saludables como hacer ejercicio y consultar a su médico regularmente. Son menos propensos a participar en actividades no saludables, como fumar. La educación también tiende a generar empleos mejor remunerados. A menudo vienen con beneficios, como seguro de salud, condiciones de trabajo más sanas y la oportunidad de establecer conexiones con otras personas. Todas estas cosas se suman a una mejor salud.

Ingresos

La cantidad de dinero que gana tiene un efecto en su salud. Las personas con mayores ingresos tienden a ser más saludables y vivir más tiempo que las personas con bajos ingresos. Es más probable que vivan en vecindarios seguros. Tienen mayor acceso a

tiendas de comestibles y alimentos saludables. Por lo general, tienen más acceso a espacios seguros para el ejercicio u otras actividades. Las personas con bajos ingresos tienen más probabilidades de vivir en una comunidad de pobreza. Son más propensas a enfrentar situaciones que pueden conducir a una mala salud. Estas situaciones pueden incluir viviendas inseguras, más desafíos para obtener alimentos saludables y menos tiempo para hacer ejercicio o actividad física. Tener un ingreso más bajo también afecta su capacidad de tener un seguro de salud asequible, lo que puede afectar la frecuencia con la que visita a su médico y esta frecuencia puede tener un efecto directo sobre su salud.

Vivienda

El lugar en donde vive tiene un impacto significativo sobre su salud. Las personas que están continuamente expuestas a condiciones de vivienda deficientes corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud. Las condiciones tales como plagas, moho, problemas estructurales y toxinas en el hogar pueden afectar su salud. Es importante que su hogar esté seguro y libre de peligros como estos. La vivienda puede contribuir a su salud cuando le proporciona un lugar seguro en el cual estar.

Las condiciones del vecindario son una parte importante de la vivienda y también pueden afectar su salud. Un vecindario libre de violencia, delincuencia y contaminación brinda a niños y adultos un lugar seguro para la actividad física. Una casa que está cerca de tiendas de comestibles hace que sea más fácil para las familias comprar y comer alimentos saludables. Un vecindario próspero también ofrece empleo, transporte y buenas escuelas. Estar rodeado de todas estas cosas le ayuda a vivir una vida más saludable.

Acceso a la salud

La facilidad con la que usted puede acceder a la atención médica es un factor determinante de su salud. Si tiene seguro de salud, es más probable que visite a su médico regularmente. Estas visitas pueden incluir pruebas de detección y atención preventiva que evitan que desarrolle enfermedades crónicas. Pero no todos tienen acceso a un seguro de

salud o un acceso fácil a la atención médica. Algunas personas no tienen un medio de transporte para ir al médico. Algunos no pueden pagarlo, mientras que otros hablan un idioma diferente. Todas estas cosas pueden evitar que obtengan la atención médica que necesitan. **No poder obtener atención médica puede tener un impacto enorme sobre su salud.**

Aspectos a tener en cuenta

Los anteriores son solo algunos de los determinantes sociales de la salud que pueden afectar su salud y bienestar. Existen muchos otros. Algunos de ellos son los siguientes:

- Acceso a alimentos nutritivos.
- Acceso a agua potable y servicios públicos (electricidad, saneamiento, calefacción y refrigeración).
- Entornos sociales y físicos de la primera infancia, incluidos el cuidado de niños.
- Etnicidad y cultura.
- Familia y otro apoyo social.
- Género.
- Idioma y otras capacidades de comunicación.
- Ocupación y seguridad laboral.
- Identificación sexual.
- Condición social (qué tan integrado o aislado está de los demás).
- Estresantes sociales, como la exposición a la violencia.
- Condición socioeconómica.
- Valores espirituales/religiosos

Todos y cada uno de estos factores juegan un papel en su salud todos los días. Es importante entender cómo estas cosas afectan su salud para que pueda tomar medidas para mejorarlas y así mejorar su salud.

UNIDAD III

BASES CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.

Video académico:

Rol y funciones de la enfermería familiar y comunitaria.

<https://www.youtube.com/watch?v=zn6lwKeBPLo&t=65s>

3.1.- Enfoques de atención de la enfermería comunitaria.

La ciencia y el arte de la enfermería en salud comunitaria se basan en las ciencias físicas, biológicas y de la conducta. Partiendo de este hecho, el Comité identificó varios conceptos importantes que pueden ser considerados como marco de referencia para la enseñanza y el ejercicio de la enfermería en salud comunitaria, y adoptó las siguientes definiciones de los mismos:

Comunidad. Es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes. Sus miembros se conocen e influyen mutuamente. La comunidad funciona dentro de una determinada estructura social, y presenta y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales. El individuo pertenece a la sociedad en el sentido más amplio a través de su familia y de su comunidad.

Salud humana. La salud del individuo y del grupo está determinada por la biología humana, el medio ambiente, los modos de vida de la comunidad, y el sistema de asistencia sanitaria.

Salud de la comunidad. Como la salud es el resultado de una relación recíproca del hombre con su ambiente, la salud de la comunidad está determinada por la interacción del hombre con su ambiente y el impacto de los servicios de salud sobre estos. En

consecuencia, la salud de la comunidad es algo más que la suma de la salud de cada uno de sus miembros.

Prevención. Es la aplicación de la tecnología y de métodos científicos, a nivel de grupos o de individuos, para promover, mantener o restaurar la salud. Según Leavell y Clark, la prevención es practicada por todos los que utilizan a su leal saber y entender los conocimientos modernos para promover la salud, evitar la enfermedad o incapacidad, y prolongar la vida.

Enfermería en salud comunitaria. Es la síntesis y aplicación de un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas a la promoción, restauración y conservación de la salud comunitaria. El sujeto primario de su asistencia es la comunidad y los grupos dentro de ella, unidades de trabajo a través de las cuales se logran niveles más altos de salud comunitaria. A la enfermería en salud comunitaria le incumbe la identificación de necesidades de salud generales de la comunidad y la tarea de conseguir la participación de esta en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población.

La enfermería en salud comunitaria vigila la salud de la comunidad como un todo y determina el impacto de sus acciones sobre grupos o conjuntos de grupos servidos en relación con la comunidad total y su nivel de salud. Sirve a la comunidad por medio de actividades que conducen a la utilización de los recursos individuales y colectivos existentes y potenciales para la solución de problemas prioritarios de salud y del ambiente comunes a individuos, grupos o conjuntos de grupos y que influyen en el nivel de salud de la comunidad. En resumen, la enfermería en salud comunitaria tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública con los de enfermería para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad; utiliza los de la epidemiología para diagnosticar las necesidades de atención de los habitantes urbanos o rurales, vigilando las tendencias en la salud de esas poblaciones, e identifica, por medio del diagnóstico, grupos y conjuntos de grupos de individuos que comparten las mismas necesidades de salud. Asimismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a esta a alcanzar mejores niveles de salud. Por último, determina el impacto de sus acciones sobre el sujeto de su atención.

El cuidado enfermero con enfoque comunitario es un modelo de atención que responde a las necesidades de comprender e integrar el cuidado de la salud de las personas, familia y la propia comunidad, dentro del contexto de las relaciones en que viven.

Enfoques de la salud comunitaria:

Los enfoques de la salud comunitaria son importantes para comprender, explicar y formular intervenciones que impacten en el proceso salud-enfermedad-atención; y deben ser considerados durante el proceso de toma de decisiones, según las condiciones y circunstancias particulares de cada comunidad. Entre los enfoques más influyentes que pueden ser utilizados por la salud comunitaria se encuentran: el enfoque de determinantes de salud, el enfoque de competencia y el enfoque conductual (estilo de vida).

Enfoque de determinantes de salud: Habla de los determinantes como un conjunto de condiciones en las que una persona nace, crece, trabaja, vive, envejece y que afectan/determinan de alguna manera su salud, funcionamiento y calidad de vida. Estas condiciones incluyen a las estructuras y sistemas en materia política, social, ambiental, laboral, seguridad, alimentaria, religiosa, educativa, económica, cultural, legislativa, entre otras.

Enfoque de competencias: De acuerdo con Guilbert, Grau & Prendes, este modelo sugiere la adopción de estrategias basadas en la transmisión de información; el objetivo es socializar el conocimiento científico y promover el desarrollo de habilidades que le permitan a las personas vigilar y cuidar de su propia salud. Destaca la redefinición de roles en la comunidad, en donde deben existir personas que se desempeñen dos roles: a) técnicos (definidos como los facilitadores del proceso y b) usuarios (aquellos a quienes están dirigidas las acciones).

Enfoque Conductual/Estilo de Vida: De acuerdo con Flórez-Alarcón, el estilo de vida hace referencia a los hábitos (o patrones comportamentales) que son capaces de fungir como factores de riesgo para la enfermedad o de protección para la salud. En otras palabras, es la manera general en cómo es que las personas viven (en términos de salud) y esta depende a su vez de factores socioculturales e individuales (rasgos de personalidad, por ejemplo); por lo que al mismo tiempo es uno de los cuatro factores relacionados con los determinantes de la salud.

3.2.-Roles que cumple la enfermería comunitaria.

Proveedor de cuidados: Son todas aquellas actividades independientes del personal de enfermería e interdependientes realizadas junto con otras disciplinas con el fin de ayudar a la persona a ayudarse a sí misma.

- Educador: El enfermero es capaz de enseñar a muchas personas, muchas cosas, no solamente a nivel escolar, sino a conseguir información, a difundirla etc.
- Administrador: El enfermero será capaz de distribuir los recursos con los que cuenta, para así hacer más eficiente su servicio.
- Investigador: El enfermero realizará investigación documental y de campo que contribuya a enriquecer la práctica profesional.
- Defensora de la familia: Trabajar para ayudar a las familias y brindar orientación con respecto a la seguridad y el acceso a los servicios.
- Gestora y coordinadora: Gestionar, colaborar y servir de enlace con los miembros de la familia, los servicios de salud, sociales y otros, para mejorar el acceso a los cuidados.
- Consultora: Servir de consultora a las familias y organismos para identificar y facilitar el acceso a recursos.

3.3.- Modelos y teorías de enfermería comunitaria.

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (fawcett, 1996). Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.

¿Qué entendemos por metaparadigma? Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

En este esquema de la estructura conceptual, la filosofía se encuentra ubicada en una línea staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "El cuidado", por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por; persona, salud, entorno y enfermería.

Los modelos en general presentan visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan solo una aproximación o simplificación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Son representaciones de la realidad de la práctica y representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería y la relación entre los factores físicos, psicológicas que se debe tener en cuenta al brindar estos cuidados. (fawcett, 1996). Estos modelos ofrecen una visión global de los parámetros generales de la enfermería que incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel del paciente y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la enfermería, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería. Todos estos conceptos se pueden caracterizar de la siguiente forma:

- La persona que recibe los cuidados.
- El entorno en el que existe la persona.
- El concepto de salud, como meta de la persona en el momento de su interacción con la enfermera.
- Las propias acciones de enfermería.

3.3.1.- Modelo de promoción de la salud de Nola Pender.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Metaparadigmas:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

3.3.2.- Teoría de la enfermería transcultural de Madeleine Leininger.

La enfermería actual, como todas las ciencias en general, incluidas las llamadas ciencias de la salud, está en un proceso continuo como disciplina, planteándose y replanteándose

tanto sus marcos teóricos como metodológicos. No en vano, las ciencias cartesianas, los saberes modernos, llevan años en un proceso de revisión y complicación constante. En todo el universo teórico y práctico del profesional de enfermería existe una urdimbre de creencias, prácticas y problemas todos ellos enlazados y relacionados con la salud siempre en constante visión y revisión. En las sociedades complejas actuales, el proceso de la globalización y la movilidad humana, reflejada en las continuas y abundantes migraciones, el fenómeno de la vivencia y convivencia cultural está en primer plano. En la historia de la humanidad estos procesos siempre han existido, pero ahora devienen más importantes por su amplitud y significancia; son parte constitutiva de la realidad social, una realidad donde las culturas humanas toman relevancia en unos espacios heterogéneos sometidos a un proceso de homogeneización globalizante.

De la lógica de la pluralidad de las culturas y de la lógica del progreso y cambio dentro de la disciplina de enfermería han surgido conceptualizaciones y herramientas cognitivas para hacer frente a estas nuevas realidades. Ahí hay que centrar el origen y la intención de la enfermería transcultural. A modo que la enfermería transcultural pretende facilitar una asistencia sanitaria multicultural segura y eficaz. Se parte de la hipótesis que el profesional enfermero debe enfrentarse en su cotidianeidad a unos usuarios con un fondo cultural o étnico distinto del propio con las necesidades y dificultades que, supuestamente, este hecho genera. En definitiva, parece estar en juego la posibilidad de proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con la cultura de la persona que recibe la atención del profesional de enfermería.

La enfermería puede entenderse y abordarse como una disciplina claramente dualista. Por una parte, corresponde al universo de las ciencias de la salud como objeto propio de conocimiento, pero por otra parte los sujetos de la disciplina, son objeto de las ciencias sociales y humanas. La enfermería no solo pertenece al mundo de las ciencias cartesianas, del empirismo, del estudio de lo natural, lo biológico. La enfermería también es una ciencia de lo humano, holística, de lo probabilístico, de lo cultural. De aquella definición dada por la antropología sobre el ser humano, como un ser sujeto a unas tramas de significación tejidas por él, vemos al pensar en la enfermería como ésta participa, está sujeta a unas tramas, a unos saberes que elabora, que construye, que reconstruye y participa, a veces activamente y otras veces pasivamente. Y quizás, que es lo que se plantea en este artículo, es la naturaleza dual de la enfermería la que por un lado otorga a

la disciplina su particularidad, una particularidad llena de claros, aunque también es poseedora de oscuros.

La dualidad de la enfermería es gestionada a su vez desde pares conceptuales como salud-enfermedad, biológico-cultural, individual-comunitario, diagnosticar-curar, técnica-cuidados Y otros que podríamos y que de manera directa en algunos casos e indirecta en otros están presentes en el imaginario común de la disciplina. La enfermería siempre ha tenido una vocación holística (aunque no haya sido reconocida en sus orígenes como disciplina). Por esto la dualidad de la enfermería se nutre de las aportaciones de otras disciplinas y saberes como la medicina, la biología, la psiquiatría, la bioquímica, la farmacia, la psicología, la sociología e, importante en el caso que nos ocupa, la enfermería transcultural, la antropología. Estas aportaciones son claros, aunque a veces estas aportaciones mal interpretadas o aplicadas pueden suponer oscuros.

Las culturas son tradiciones y costumbres, transmitidas mediante el aprendizaje, que rigen las creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas. El proceso de adquisición de la cultura se denomina endoculturación. La cultura no es en sí misma biológica, pero se apoya en ciertas características de la biología humana. La enfermería por su parte no es solo biología, también se apoya en la especificidad de la biología humana y es producto y elaboración humano. En definitiva, comparte en plenitud la dualidad naturaleza-cultura.

3.3.3.-Teoría del déficit del autocuidado Dorothea Orem.

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de

autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

- Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
- Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.

- Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
- Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente posoperado de una cardiopatía congénita.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La Enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

- Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.

- Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
- Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
- Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

- Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
- Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
- Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

3.3.4.- Modelo de sistemas Betty Neuman.

Pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se centra en el estrés y la reducción del mismo, se publica en 1.972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de posgrado. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1.985.

Metaparadigmas:

Persona: Se refiere al receptor de los cuidados, lo considera como un sistema abierto donde puede recibir información del entorno: (positivo o negativo), de la cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe y lo que experimenta. Mantener un equilibrio. **Salud:** Se refiere a como la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa o entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

Entorno: Se refiere en general a condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos o de relación. La persona/cliente se contempla como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno.

Enfermería: rol del cuidado, es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

Epistemología: Utiliza el modelo de contenido abstracto y de ámbito general. Predice los efectos de un fenómeno sobre otro. (teorías predictivas o de relación de factores), mediante el análisis de la información del cliente; principalmente diagnóstico, tratamiento e intervención. Utiliza un sistema de prevención primario, secundario y terciario para reducir los agentes estresantes del paciente/cliente.

UNIDAD IV

COMUNIDAD Y FAMILIA.

Video académico:

Bases conceptuales y teóricas de la familia y comunidad.

<https://www.youtube.com/watch?v=SLDMgMLp0oE&t=7s>

4.1.- Conceptos y clasificación de las familias.

Familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, afectividad, reciprocidad y dependencia.

Inicialmente se trata de dos adultos que concretan intensas relaciones en los planos afectivo, sexual y relacional.

El núcleo familiar se hace más complejo cuando aparecen los hijos, entonces la familia se convierte en un ámbito en el que la crianza y socialización de los hijos es desempeñada por los padres, con independencia del número de personas implicadas y del tipo de lazo que las una. Lo más habitual es que en ese núcleo haya más de un adulto y lo más frecuente es que ambos adultos sean los progenitores de los niños a su cargo, pero también hablamos de familia cuando alguna de esas situaciones no se da.

Lo más importante en la familia no es el compromiso legal o las relaciones de consanguinidad entre sus miembros, sino:

1. La interdependencia, la comunicación y la afectividad que se da entre los adultos que la forman.
2. La relación de vínculo afectivo estable entre quien cuida y educa, por un lado, y quien es cuidado y educado, por otro.
3. Esta relación está basada en un compromiso personal de largo alcance de los padres entre sí y de los padres con los hijos.

Dos criterios en los que se basa la familia son: uno de orden natural, como la necesidad de cooperación para sacar adelante a los hijos, y otro de índole cultural como las creencias religiosas, filosóficas y las tradiciones transmitidas de generación en generación.

En la familia es fundamental la conducta de apego que tiene una importante función en la supervivencia, porque asegura la proximidad y la protección de los padres a los hijos durante un período prolongado de tiempo en que la debilidad del nuevo ser requiere de la asistencia directa y continuada de los adultos.

El papel fundamental de los padres consiste en asegurar la supervivencia de los hijos y también su integración sociocultural. La familia constituye en sí misma un contexto sociocultural a través del cual llegan a los niños muchas de las actividades y elementos que son característicos de esa cultura, logrando así que la mente infantil se llene de contenidos, normas y reglas de convivencia que le permita desarrollarse como ser social.

El tipo de familia en la que nace y se cría un niño afecta significativamente a las creencias, valores, expectativas, roles, comportamientos, e interrelaciones que tendrá a lo largo de su vida.

Tipos

La familia es una institución históricamente cambiante, sólo en el último cuarto de siglo se han ido acumulando grandes transformaciones demográficas, sociales y culturales que han afectado a su configuración. Aquí examinaremos tres estilos básicos de familia:

1. Familia nuclear se describe como un agrupamiento compuesto por el padre, la madre y los hijos tenidos en común, todos bajo el mismo techo.

2. La familia extensa incluye al resto de parientes y a varias generaciones en estrecha relación afectiva y de convivencia.

3. Históricamente podemos hablar de la existencia de estos dos modelos tradicionales de familia.

4. Familias actuales. Hoy en día debemos incluir en la definición de familia los nuevos elementos que la conforman y sobre todo la diversifican, como, por ejemplo:

- Además de a través del matrimonio se ha ampliado el concepto de familia a uniones no matrimoniales o consensuadas dando lugar a la formación de nuevas familias.
- Uno de los progenitores puede faltar, quedándose entonces el otro solo con los hijos; tal es el caso de las familias monoparentales, en las que por muy diversas razones

uno de los progenitores (frecuentemente la madre) se hace cargo en solitario del cuidado de los hijos.

- Los hijos del matrimonio pueden llegar por la vía de la adopción, por la vía de las técnicas de reproducción asistida o proveniente de otras uniones anteriores.
- La madre, ya sea en el contexto de una familia biparental o monoparental, no tiene porqué dedicarse en exclusiva al cuidado de los hijos, sino que puede desarrollar ya actividades laborales fuera del hogar.
- El padre no tiene porqué limitarse a ser un mero generador de recursos para la subsistencia de la familia, sino que puede implicarse muy activamente en el cuidado y la educación de los hijos.
- El número de hijos se ha reducido drásticamente, hasta el punto de que en muchas familias hay solamente uno.
- Algunos núcleos familiares se disuelven como consecuencia de procesos de separación y divorcio, siendo frecuente la posterior unión con una nueva pareja, constituyendo nuevas familias con la incorporación de los hijos de ambos.

4.2.- Funciones de la familia.

a) **El desarrollo emocional y de la autoestima.** La familia es el escenario donde el sujeto se construye como persona adulta con una determinada autoestima y un sentido de sí mismo, que le proporciona un cierto nivel de bienestar psicológico para enfrentarse a la vida cotidiana, a los conflictos y situaciones estresantes. Dicho bienestar está relacionado con la calidad de las relaciones de apego que las personas adultas han tenido en su niñez. Es, por tanto, a través de la familia desde donde se empieza a formar la idea que el individuo tiene de sí mismo (autoconcepto) y la valoración de uno mismo que resulta de dicha idea (autoestima). Así, se define la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo.

b) **La maduración psicológica y el desarrollo de la personalidad.** Elementos considerados como herramientas básicas para la vida futura donde se deberá afrontar retos, así como asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una vida fructífera, plena de realizaciones y proyectos e integrada en el medio social.

c) **La transmisión de valores y de la cultura.** Aspectos que hace de puente entre el pasado (la generación de los abuelos y anteriores) y hacia el futuro (la nueva generación: los hijos). Los principales elementos de enlace entre las tres generaciones (abuelos, padres e hijos) son, por una parte, el afecto y, por otra, los valores que rigen la vida de los miembros de la familia y sirven de inspiración y guía para sus acciones.

d) **El apoyo emocional.** Elemento vital para enfrentar diversas vicisitudes por las que pasa el ser humano. La familia puede ser un “seguro existencial” que permanece siempre a mano y un elemento de apoyo ante las dificultades surgidas tanto fuera de la familia como dentro de ella.

4.3.- Concepto de comunidad.

La comunidad es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria, por eso es muy importante clarificar qué se entiende por comunidad. Siendo una comunidad un conjunto de personas que tienen algo en común que las identifica y las define, entenderemos que, según el significado que le demos al término «comunidad», ésta será una u otra e incluirá a unos u otros sujetos. Así, una misma persona pertenece a varias comunidades, por ejemplo, según su lugar de residencia, profesión, hobbies, etc. Todo lo anterior justifica la consideración de que no es sencillo simplificar el concepto de comunidad, ya que implica pensar en homogeneidad («la comunidad» como un ente único) que viene dada por la característica común de los sujetos que la conforman, pero que al mismo tiempo ésta puede tener diversos grados de heterogeneidad precisamente por las características que diferencian entre ellos a los individuos que la componen.

El Glosario de Promoción de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define la comunidad como un «grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas

en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas».

4.4.- Elementos de una comunidad.

1.- Grupo de personas – población:

-Estructura demográfica.

-Edad.

-Nivel socioeconómico.

-Etnia.

2.- Lugar – zona geográfica:

- Fronteras.

- Tamaño.

- Historia.

- Ambiente físico.

- Transporte.

3.- La organización o sistema social:

- Cohesión de grupo.

- Socialización.

-Control.

- Ayuda mutua.

4.4.1.- Influencia sobre la salud.

Las Prioridades de Salud Pública (1997-2002) definen la acción en salud pública como “la acción sobre los determinantes de salud y bienestar en el nivel de la población y de los sistemas que la rigen”. Esta acción se caracteriza por cuatro funciones: promoción de la salud y del bienestar, protección de la salud de la población, prevención de los problemas de salud y de los problemas sociales y, vigilancia del estado de salud de la población. Los determinantes reconocidos en salud pública son clasificados en cinco categorías:

1. Factores endógenos o biológicos.

2. Hábitos de vida y comportamientos.

3. Entorno físico.

4. Entorno social: medio de vida (familia, escuela, trabajo) y condiciones de vida (ingreso, escolaridad, vivienda, empleo, eventos estresantes).

5. Organización del sistema de servicios de salud.

4.5.- Participación comunitaria.

Es la capacidad de grupos y comunidades de actuar colectivamente con el fin de ejercer el control de los determinantes de la salud. Proceso por el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar como así también de la comunidad, contribuyendo a su desarrollo. De acuerdo a los problemas y necesidades percibidas. A partir del empoderamiento que es el mayor control sobre acciones y decisiones que afectan la salud, promueve la participación social en pro de un objetivo, no transfiere poder, lo crea.

El concepto de participación comunitaria en salud (PCS) no es en absoluto un concepto nuevo ni atribuible exclusivamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Históricamente, el interés, la motivación y el abordaje de la problemática de la salud, de la enfermedad y de la vida por los individuos, las familias y los grupos sociales son anteriores

a la existencia de un sistema sanitario determinado por el desarrollo científico-técnico y el proceso de internacionalización e institucionalización de la PCS.

La Comunidad forma parte de un proceso de:

- Información: conocimiento participado.
- Planificación: decisiones participadas.
- Realización: acciones participadas.
- Beneficios participados.

Participación según el enfoque de la OMS:

- Como colaboración o contribución voluntaria o por incentivo a cambio del beneficio.
- Como beneficiarios del proyecto. Tomando en cuenta sus expectativas Influencian de algún modo el mismo.
- Participación con empoderamiento Informando, planificando, decidiendo, ejecutando y evaluando.

4.5.1.- Objetivos de la participación comunitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reclama llevar lo más cerca posible la atención a la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, fomenta en grado máximo la responsabilidad y estimula la participación comunitaria. Allí es donde se identifican los problemas y es donde deben efectuarse los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a través de la Atención Primaria de Salud (APS). Mediante este mecanismo los países proveen mejor salud a las poblaciones, con mayor equidad en los subgrupos y con menores costos. El objetivo central es organizar la sanidad en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente.

Los servicios de salud deben estar insertos en las comunidades, los que deben definir sus propios objetivos, movilizar sus recursos y evaluar sus esfuerzos. Muchas de las experiencias de participación comunitaria nunca han salido de sus ámbitos locales para ser difundidas y evaluadas científicamente. Los éxitos y fracasos, las facilidades y dificultades,

los cambios culturales logrados y la ausencia de modificaciones pese a los esfuerzos invertidos, han quedado en dichos casos sólo como experiencias vivenciales y como recuerdos transmitidos por la tradición oral. Históricamente, la participación de la comunidad ha sido un tema que se ha manejado con poco rigor científico y mucha intención política. La participación al perder su contenido humanista, creativo y democrático, puede dar como resultado situaciones de decepción, escepticismo o desconfianza.

Para establecer las mejores interrelaciones entre los servicios de salud a nivel local y las comunidades, se consideran los siguientes requisitos mínimos:

a) Servicios básicos de salud.

b) Equipo de salud participante.

e) Respeto por la comunidad.

d) Coordinación con organizaciones comunitarias.

e) Coordinación con instituciones oficiales y privadas.

f) Apoyo técnico y logístico. Son innumerables las experiencias con respecto a la participación de la comunidad en salud.

El intento de encauzar en algunas modalidades o formas esquemáticas la riquísima gama de experiencias realizadas es tarea difícil. Por tal motivo, sólo se pretende resumir algunas experiencias que podrían servir de base para establecer un diálogo creativo, un análisis más crítico y un estímulo para acelerar el desarrollo de modelos operativos de participación comunitaria en los programas de salud.

Entre las modalidades concretas de participación se pueden mencionar:

a) Voluntariado comunitario. Existen múltiples denominaciones, con interpretaciones diferentes. En general, se acepta que corresponde a personas en que la misma comunidad delega su responsabilidad porque las considera más aptas o más hábiles para realizar tareas de salud, recibiendo capacitación específica por parte de los servicios. Se puede aceptar que:

- Constituyen un recurso humano, comunitario, voluntario y no remunerado.
- Son representantes auténticos de la comunidad, designados por las propias organizaciones o agrupaciones sociales.
- Reciben capacitación técnica de la unidad de salud más cercana.
- Tienen asignado un número pequeño de familias por unidad territorial mínima.
- Desempeñan tareas mínimas de salud bajo la supervisión del equipo local y de preferencia en acciones de promoción y protección de la salud.

b) Comités locales de salud. Las funciones de estos organismos son muy variables según las realidades locales, su composición y los fines que tengan. Entre otras, se pueden señalar las siguientes funciones:

- Conocimiento y análisis de los problemas de salud y de los programas locales de salud.
- Participación en la elaboración y actualización de la información básica.
- Participación en la búsqueda y utilización racional de recursos directos e indirectos.
- Contribución a la evaluación del cumplimiento de los programas operativos.
- Análisis periódico del funcionamiento de la unidad de salud y denuncia responsable de las irregularidades que pudieran cometerse.

c) Consejos locales de desarrollo comunal. La necesidad del trabajo multisectorial en el proceso del desarrollo integral plantea la conveniencia de unificar esfuerzos a nivel local y de potencializar los recursos de las diversas instituciones oficiales y privadas, así como de las organizaciones comunitarias. En el nivel local el Sector Salud debe coordinarse con los sectores de educación, vivienda, trabajo y otros.

d) Brigadas de salud. No siempre en ellas participa la comunidad, ya que muchas veces están constituidas sólo por trabajadores o estudiantes que acuden a las comunidades a realizar campañas y otras acciones específicas. Sin embargo, hay experiencias muy valiosas en brigadas integradas por miembros del equipo de salud y por representantes voluntarios de la comunidad en sectores o subsectores territoriales del ámbito de acción de la unidad de salud.

4.5.2.- Formas de participación comunitaria.

Los programas operativos de salud en las comunidades, especialmente rurales y urbanas marginadas, requieren la participación consciente y organizada de las personas, las familias y los grupos comunitarios. Para la elaboración de una estrategia de participación se propone considerar los siguientes aspectos:

- a) Los individuos, familias y grupos comunitarios participan efectivamente sólo si son consultados e intervienen en sus propias decisiones.
- b) Se debe tener profunda fe en la capacidad de la comunidad para entender y abordar sus problemas de salud-enfermedad.
- c) Es indispensable el reconocimiento y respeto a los conocimientos del pueblo, a su dignidad humana y a sus potencialidades individuales.
- d) La comunidad debe recibir apoyo logístico y traspaso tecnológico simplificado.
- e) Deben emplearse modelos endógenos, autosuficientes y conforme a las tradiciones culturales y a la ecología local.
- f) Muy importante es la concientización para la creación de una conciencia crítica que permita descubrir factores causales, así como capacitarse en el ejercicio de la democracia participativa.
- g) Debe haber una intervención consciente y organizada de los propios afectados en todas las fases del proceso de desarrollo.
- h) Entre los objetivos de la participación está el conocimiento por parte de la población de las causas de sus propios problemas, así como la búsqueda de alternativas de solución.
- i) La primera tarea para la puesta en práctica de una estrategia de participación comunitaria es ubicar las organizaciones comunitarias existentes, identificarlas y establecer contacto con ellas, para actuar así con efecto multiplicador y proyección social.

La salud individual sólo es posible alcanzarla en plenitud, en el contexto de la salud familiar y comunitaria. La búsqueda de la justicia social, del desarrollo integral, del acceso al derecho a la salud y de la participación democrática de la sociedad son partes integrantes

de los proyectos de transformación y cambio para una vida mejor, más plena y de mayor calidad para las personas, sus familias y sus comunidades.

El más alto grado de salud que pueda alcanzarse debe ser un objetivo social prioritario que promueva la necesidad de actuar simultáneamente en los múltiples factores determinantes, tanto biológicos y ambientales, como económicos, sociales y culturales. El reconocimiento que la salud es parte integrante del desarrollo implica la necesidad de la definición de objetivos que contribuyan a la satisfacción de los niveles de bienestar social, expresados en términos de salud, educación, alimentación, vivienda, producción, empleo e ingreso familiar, particularmente para los grupos humanos más postergados y marginados.

La salud de las familias y las comunidades está íntimamente interrelacionada con el nivel de vida y todos sus componentes. No se puede aislar ni considerarla fuera del contexto histórico concreto. Por ello, la lucha de los pueblos en la búsqueda de su propio desarrollo, es la lucha de todos los que creen que la salud y la vida deben ser asequibles igualitaria mente para todos los seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTONIO VILLA ROMERO, EPIDEMIOLOGIA Y ESTADÍSTICA EN SALUD PUBLICA, MC GRAW HILL, 2009.
- HERNÁNDEZ AGUADO, MANUAL DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA, MC GRAW HILL 2013.
- RAFAEL ÁLVAREZ, SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA, MC GRAW HILL 2008.
- GUSTAVO MALAGÓN LONDON, LA SALUD PUBLICA, EDITORIAL MEDICA, 2008.
- JOSÉ FRUTOS GARCÍA, SALUD PUBLICA Y EPIDEMIOLOGIA, MASSON EDITORES, 2008.
- LUIS SERRA MAJEN, NUTRICIÓN Y SALUD PUBLICA, MASSON EDITORES, 2012.