



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

APUNTES DE CATEDRA

SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

PROGRAMA DE LA MATERIA

UNIDAD 1: EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD. Concepto de salud. Evolución de la concepción de Salud. El derecho a la salud. Determinantes de la salud poblacional. Historia natural de la enfermedad. Niveles de Prevención. Concepción integral del proceso de salud- enfermedad. Breve Historia

UNIDAD 2: LA SALUD PÚBLICA. Definición y características generales. Principales actividades. Fines y objetivos. Evolución histórica de la Salud Pública. La Nueva Salud Pública.

UNIDAD 3: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. Definición de APS: conceptos básicos que la integran. Características de las acciones que se emprenden en APS. Dimensiones y vigencia. Logros de la Atención Primaria de Salud y lecciones aprendidas. La APS en el contexto de la salud en la actualidad.

UNIDAD 4.- ADMINISTRACIÓN SANITARIA – SISTEMAS DE SALUD

La Administración Sanitaria: concepto y características. Proceso administrativo. Sistema de salud: Componentes. Modelo de gestión, financiación y atención. Tipos. Administración y Organización de los Sistemas de Salud. Niveles de atención y niveles de complejidad. Descentralización y Regionalización. Área Programática. Cobertura Universal. Nociones del Sistema Sanitario Argentino. Sector público, sector de obras sociales y sector privado. Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro. Políticas Nacionales de Salud.

UNIDAD 5.- PLANIFICACIÓN EN SALUD

Planificación y Programación Sanitaria. Planificación estratégica. Planificación participativa en salud.

UNIDAD 6: NOCIONES DE EPIDEMIOLOGÍA. Concepto. Breve historia. Definiciones básicas. Epidemiología clásica y social. Aplicaciones. Principales Indicadores de Salud y Epidemiológicos. Tasas, razones y proporciones. Concepto de investigación epidemiológica. Tipos de estudios. Concepto de Demografía. Estructura y dinámica de población. Transición demográfica y transición epidemiológica. Vigilancia epidemiológica

DESARROLLO DEL PROGRAMA

UNIDAD I CONCEPTO DE SALUD

Puede afirmarse que la salud y la enfermedad son fenómenos biológicos esenciales. La salud es percibida como el estado de normalidad, caracterizado por:

- el silencio, puesto que las reacciones bioquímicas somáticas pasan desapercibidas
- el adecuado control de las funciones normales

En cambio, durante la enfermedad, el cuerpo deja de ser silencioso para volverse demandante, haciéndose sentir por un desequilibrio biológico, que puede incluir a tejidos, órganos y/o sistemas, limitando la capacidad psicofísica, y lo que es más importante, pudiendo provocar la pérdida de la salud y la vida.

El estado de salud es una constante preocupación de la humanidad. Sin embargo, es difícil poder definir o explicar el concepto de **salud**

Existen varias concepciones para la definición de salud:

- **Salud como ausencia de enfermedad, es decir que si no hay enfermedad hay salud**

Esta es una concepción puramente biológica e incompleta ya que, como veremos más adelante, existen numerosos factores que intervienen en la salud.

- **Se incorporan las cuestiones medioambientales al concepto de Salud**

La Salud se comienza a concebir como una resultante multifactorial y el paso de la salud a la enfermedad, se ve como un proceso dinámico, dado por una fluctuación constante entre el estado de salud y la aparición de signos y síntomas, es decir, de enfermedad. El pasaje de un estado a otro, se explica por la ruptura del equilibrio existente entre los tres elementos responsables del estado de salud, que componen la triada ecológica: agente, huésped y ambiente.

- **Se consideran otras dimensiones y se reconoce la influencia de lo social**

En el año 1946, la Organización Mundial de la salud OMS, organismo que pertenece a la O.N.U (Organización de las Naciones Unidas) y tiene su sede central en Ginebra; elaboró una Constitución con el objetivo de coordinar y dirigir la labor sanitaria mundial.

En ella se definió a la Salud como ***el estado de completo bienestar psicológico, físico y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones.***

Por un lado, esta definición significó un aporte sustancial a la necesidad de considerar al ser humano en su dimensión integral bio-psico-social y de reconocer la influencia de los factores sociales en la salud de las personas.

Pero por otro la Salud según esta concepción implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Por lo tanto, esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

La salud se convierte en una meta inalcanzable, tanto para los individuos como para las colectividades, y resulta difícil evaluar con este parámetro la salud de una población, por lo que esta definición ha resultado poco operativa para la salud pública.

- **Se incorpora el concepto de equilibrio entre factores**

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) dio su propio punto de vista acerca de qué es la salud, concluyendo en que es ***un estado de equilibrio de los individuos en relación con el medio ambiente que los rodea.***

Al decir esto, se está dando la posibilidad a que un individuo con capacidades diferentes, pueda encontrar un equilibrio entre su discapacidad y el desarrollo de actividades, y lograr una adaptación al medio ambiente en que vive.

Por lo tanto, uniendo las ideas de la O.P.S. y la O.M.S. se llega a la conclusión de que la salud ***es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.***

A partir de la Declaración de Bogotá (1992) aparece mejor reflejada la concepción de la salud como un **producto social**, es decir, el resultado de las relaciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos-sociales que se dan en una determinada sociedad y que generan las condiciones de vida de las poblaciones.

La salud, en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad.

Es importante destacar que, como producto social, la salud está condicionada a una determinada visión del bienestar que es propia para cada cultura, y por lo tanto es definida y materializada de manera autónoma por cada sociedad o conjunto social.

Por ello se puede concluir que dar una definición de salud es algo difícil, siendo más útil conocer y analizar los determinantes de la salud o condicionantes de la salud.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a las profesiones sanitarias, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y, en definitiva, sus

problemas económicos, mientras que, en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación.



Una vez leído el material elaborar una red conceptual, la que incorpore los diferentes conceptos vistos, esto ayudará a la comprensión y posterior estudio

Aporte de la cátedra:

La salud en la constitución de la OMS



<http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>

DETERMINANTES DE LA SALUD POBLACIONAL

Se pueden definir como un “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”. (OMS 1998).

Dicho de otra forma, son los factores que influyen en la salud individual que interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población

La gran preocupación que sentimos frente a la pérdida de la salud se fundamenta en la evidencia de que ningún ser humano deja de padecer una enfermedad en algún momento de su vida. Por ello, todos los esfuerzos se centran en conseguir la disminución de la frecuencia con que se padecen los procesos patológicos y en obtener una rápida y eficaz curación.

Los factores que determinan la salud y, por tanto, la enfermedad es muy variados. Unos dependen de la persona y otros del medio en el que esa persona está inmersa.

Estos factores se relacionan entre sí y pueden clasificarse en:

Factores relacionados con la biología humana

Son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores.

Entre ellos cabe mencionar la fortaleza general, la resistencia a la enfermedad, la susceptibilidad a la enfermedad (sistema inmune), el envejecimiento y la genética.

Factores ambientales

El hombre no es un ser aislado, sino que está inmerso en un medio, y no puede vivir ajeno a él. Los factores que afectan al entorno del hombre influyen también decisivamente en su salud. No sólo el ambiente natural, sino también el artificial que el hombre ha creado, pueden verse alterados por distintos factores:

- Físicos: temperatura, ruidos, radiaciones.
- Químicos: contaminación por plaguicidas, metales pesados
- Biológicos: presencia de bacterias, virus y otros microorganismos patógenos.
- Sociales y culturales: condiciones de trabajo, pobreza desempleo ignorancia, grado de desarrollo, nivel cultural etc.

Estilos de vida

Cada día hay más evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan no sólo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos a ellas destinados. La conducta personal en determinados aspectos influye enormemente en el binomio salud- enfermedad. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social y puede modificarse con la adecuada educación.

En la década de 1970 se introdujo en el vocabulario sanitario un tipo nuevo de enfermedad llamada "**estilo de vida nocivo**".

El tabaco, el alcohol en exceso, los hábitos dietéticos, la falta de ejercicio, las conductas violentas, las conductas sexuales irresponsables, el abuso de medicinas son algunos de estos factores.

Atención sanitaria

La asistencia sanitaria encaminada a diagnosticar y tratar a la persona individualmente, no tiene demasiado efecto sobre la salud de la población. Sin embargo, los programas de salud dirigidos a un grupo social más amplio elevan el nivel de salud de la sociedad. Por ello debe ser amplia, de calidad, ofrecer cobertura suficiente y accesibilidad a toda la sociedad.

Los recursos que un país destina a la salud, y los resultados de éstos, pueden medirse mediante diversos indicadores (índices y valores numéricos), cuyo estudio y correcta interpretación es fundamental para una adecuada política sanitaria. Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad entre sus habitantes.

Aportes de cátedra:



http://www.who.int/social_determinants/es/

CONCLUSIÓN

Los determinantes de la salud comprenden además de lo estrictamente biológico los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Hay una creciente evidencia de que la contribución de la Medicina y la atención de la salud es bastante limitada, y que aumentar el gasto en atención no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. Por otro lado, hay fuertes indicios de que otros factores como las condiciones de vida y de trabajo son crucialmente importantes para una población saludable.

En algunos países a pesar de los grandes logros en desarrollo humano, muchas personas se sienten amenazadas por los índices cada vez más altos de homicidios y otros crímenes violentos, indica la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Es por ello relevante el concepto de "determinantes sociales de la salud (DSS)" que son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan.

SALUD COMO DERECHO

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de

los derechos fundamentales de todo ser humano.

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.



EJERCICIOS

En cada uno de los siguientes casos identifique los factores determinantes que están presentes en el proceso salud enfermedad.

- Hilda es una paciente con diagnóstico de neumonía bacteriana, de 90 años de edad, se encuentra viviendo en una institución geriátrica. El servicio médico de la institución la deriva al Hospital de cabecera, donde es tratada en cuidados intensivos, donde se recupera.
- Jorge es un paciente de 50 años de edad, empresario, se interna en Sanatorio Privado por dolor en el pecho y pérdida de conocimiento. Se diagnostica infarto agudo de miocardio. De su interrogatorio surge que es fumador, desde los 15 años, pesa 130 kilos y está tramitando su divorcio.
- Ramiro de 44 años es un paciente con trastornos pulmonares, su actividad laboral la cumple en una mina de carbón. Los trabajadores de esa empresa no cuentan con la protección indicada y el puesto sanitario más cercano está a 130 kilómetros.
- Yanina es una niña de 8 años que concurre al centro de salud del barrio con herida cortante en el pie derecho, del interrogatorio surge que estaba jugando en el basural cercano a su casa y se lastimó con una lata.
- Raúl de 20 años es internado por politraumatismos por un accidente mientras circulaba en su moto, se encuentra alcoholizado y llevaba el casco en el brazo.



Una con flechas:

Factores ambientales sociales	Consumo de tabaco
Factores relacionados con la biología humana	Envejecimiento
Estilos de Vida	Contaminación por plaguicidas
Factores ambientales químicos	Cobertura sanitaria
Factores ambientales físicos	Contaminación por radiaciones
Atención sanitaria	Calentamiento global
	Accesibilidad a los servicios de salud
	Malos hábitos alimenticios
	Pobreza
	Conductas sexuales irresponsables
	Condiciones de trabajo
	Genética

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Se conoce como historia natural la secuencia de acontecimientos que se suceden en el organismo humano desde que comienza a actuar la causa de la enfermedad, hasta que se desarrolla ésta y ocurre el desenlace o sea a la relación ordenada de acontecimientos que resultan de la interacción del ser humano con su ambiente, que lo llevan del estado de salud al de enfermedad.

La historia natural de la enfermedad se divide en tres periodos que son:

- Periodo prepatogénico
- Periodo patogénico
- Resultados



Aporte de cátedra

http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad_1/Rodriguez_Historia-natural-Prevencion.pdf

Período prepatogénico

En esta fase se demuestra la intervención de la tríada ecológica. Se caracteriza porque no está presente la enfermedad.

En este periodo se estudian las características del:

AGENTE que es el elemento, sustancia o fuerza animada que causa la enfermedad. Se infiere que el agente causal puede ser biológico, físico, químico, mecánico, no solamente puede ser un microbio.

HUÉSPED: es la persona portadora de un agente patológico en el cual se va a incubar, desarrollarse o manifestarse. De él se estudian los siguientes factores: edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres, características hereditarias y susceptibilidad.

MEDIO AMBIENTE: lugar que propicia el enlace entre el agente y el huésped en el cual se estudian factores:

- Físicos: clima, geografía, etc.
- Socioeconómicos: ingreso, educación, promiscuidad, hacinamiento
- Biológicos: animales.

Período Patogénico

En este periodo ya el agente causal penetró en el organismo.

Según sus manifestaciones se puede dividir en:

- Asintomático o Sub Clínico: en el que se producen cambios en el organismo, pero la persona no los percibe, están por debajo del horizonte clínico.
- Sintomático o clínico: la persona percibe las manifestaciones de la enfermedad, aparecen síntomas y signos.

Resultados o Postpatogénico

Aquí se anotan los posibles resultados que se pueden esperar después de haber padecido una enfermedad:

- Recuperación o sea el restablecimiento de la salud, la persona vuelve al estado anterior a la enfermedad.
- Cronicidad: algunas enfermedades, si no son tratadas, permanecen en estado subclínico.
- Incapacidad: son las secuelas que deja la enfermedad y permanecen en el tiempo.
- Muerte: la persona no se recupera.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, a detener su avance, limitar el daño que produce y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Existen 3 niveles de prevención:

PREVENCIÓN PRIMARIA: son acciones enfocadas a inhibir el desarrollo de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

Este nivel de prevención corresponde al periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad.

Dentro de esta se encuentran:

La promoción de la salud: proceso destinado a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para conservar su salud y mitigar el riesgo de enfermar.

Comprende además acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Un ejemplo de promoción son los mensajes mencionando las medidas más avanzadas para conservar la salud física, mental y social, informando al público sobre los recursos médicos y asistenciales con los que cuentan y como utilizarlos.

Medidas tales como la educación sanitaria, disponibilidad de alimentos para una buena nutrición, provisión de vivienda adecuada, condiciones aptas de trabajo y recreación, son importantes realizaciones de la promoción de la salud, pero pueden quedar como simples recomendaciones académicas en comunidades con altos índices de analfabetismo y desempleo y desequilibrada distribución del ingreso económico.

Dentro de estas, la **educación para la salud** es la forma como se instruye al individuo, familia y/o comunidad sobre cómo vivir en el estado óptimo de salud.

La Protección inespecífica y específica: son medidas que protegen contra las enfermedades, es decir se colocan "barreras" para prevenir enfermedades. Cuando las barreras son para más de una enfermedad se trata de protección inespecífica. Ejemplos: práctica de deportes, hábitos de higiene personal, saneamiento ambiental etc.

Protección específica está referida a una enfermedad determinada. Ejemplo: inmunizaciones.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: en este nivel de prevención, la enfermedad está presente, pero se puede mejorar su pronóstico si es detectada y tratada adecuadamente y oportunamente evitando que siga avanzando y se complique.

Este nivel corresponde al nivel patogénico de la historia natural de la enfermedad. Comprende: **El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno:** su objetivo es prevenir la transmisión de la enfermedad y detener el avance de la misma, evitar complicaciones y prevenir incapacidades. Comprende acciones como: radiografías, análisis clínicos, screening, prescripción de medicamentos, etc.

Limitación del daño: tratamientos adecuados para evitar complicaciones, prevenir secuelas o acortar períodos de incapacidad. Se trata de detener la enfermedad e impedir que se llegue al desenlace.

PREVENCIÓN TERCIARIA: en este nivel la enfermedad ha avanzado ocasionando secuelas o incapacidades, sin embargo, lo que se hace es limitarlas al máximo, minimizar el sufrimiento y rehabilitar al individuo a fin de que pueda utilizar sus capacidades remanentes y de esta manera adoptar un papel útil, satisfactorio y autosuficiente en la sociedad.

Este nivel de prevención corresponde a los resultados de la historia natural de la enfermedad.



EJERCICIOS para aplicar lo visto en la unidad

Se presentan brevemente dos enfermedades Hipertensión Arterial y Neumonía, elija qué acciones llevaría a cabo y a qué periodo de la historia natural y a qué nivel de prevención corresponden.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Enfermedad crónica caracterizada por un aumento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Está asociada a altas tasas de mortalidad y morbilidad y es uno de los principales problemas de salud pública de todo el mundo.

Caracterizada por un incremento de la resistencia vascular periférica y aumento de la tensión arterial por encima de valores normales (140 mmhg/90 mmhg).

Es una enfermedad no trasmisible y se caracteriza por:

- Ausencia de un microorganismo causal
- Los factores que aumentan el riesgo son edad avanzada, ingesta de sal elevada, obesidad, tabaquismo, estrés, sedentarismo, consumo de alcohol.

En la etapa subclínica puede presentar alteraciones en la estructura cardíaca.

En etapa clínica puede manifestar dolor de cabeza, disneas, hemorragias nasales, pérdida de la visión, etc.

Si no se trata genera infartos, insuficiencia cardíaca, ACV, etc. pudiendo causar invalidez y llegar a la muerte.

De la siguiente lista de acciones elija cuáles aplicaría a esta enfermedad, y ordénelas según el período de la historia natural y a qué nivel de prevención corresponde:

- Acciones de promoción de la salud sobre hábitos alimenticios.
- Vacunación obligatoria a mayores de 60 años.
- Indicación médica de realizar actividad física y dieta baja en sodio.
- Campaña de educación para la salud relacionada con buenos hábitos de vida. Dar 1 ejemplo para este caso.
- Controles de tensión arterial.
- Indicación de intervención quirúrgica.
- Análisis clínicos.
- Tratamiento con antibióticos.
- Administración de antihipertensivos.
- Aislamiento
- Rehabilitación.

NEUMONÍA

Enfermedad aguda infecciosa e inflamatoria que afecta a los pulmones. Éstos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que —en las personas sanas— se llenan de aire al respirar. Con el ingreso del agente infeccioso los alvéolos pulmonares de los enfermos de neumonía se llenan de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. La neumonía es la principal causa infecciosa de muerte infantil en el mundo.

El germen causante más común es el neumococo (bacteria), aunque también puede ser causada por virus u hongos.

El germen ha sido aislado en reservorios naturales tales como ríos, pantanos y suelos húmedos, desde allí coloniza el hábitat del hombre, favorecido por temperaturas propicias.

La neumonía puede propagarse por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los niños, pueden infectar los pulmones al inhalarse. También pueden propagarse por vía aérea, en micro gotitas producidas por la tos o estornudos.

La mayoría de las personas sanas pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, pero los inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. En los niños la correcta alimentación, como por ejemplo la lactancia materna, es fundamental.

Los factores ambientales siguientes también aumentan la susceptibilidad a la neumonía:

la contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa (como leña o excrementos) como combustible para cocinar o calentar el hogar;

vivir en hogares hacinados;

el consumo de tabaco

El periodo de incubación es muy corto, la aparición de síntomas es casi inmediata al ingreso del agente infeccioso. Los principales síntomas y signos son: fiebre, escalofríos, tos, expectoración mucopurulenta, dolor torácico y dificultad respiratoria de magnitud variable, etc.

La neumonía causada por bacterias puede tratarse con antibióticos

Puede tener complicaciones como derrame pleural, absceso pulmonar, pericarditis, neumonía necrotizante hasta llevar a la muerte.

De la siguiente lista de acciones elija cuáles aplicaría a esta enfermedad, y ordénelas según el período de la historia natural y a qué nivel de prevención corresponde:

Radiografía de tórax.

Acciones de promoción de la salud relacionada con la obesidad.

Rehabilitación kinesiológica.

Medicación con antibióticos.

Controles periódicos de tensión arterial.

Campaña de educación para la salud relacionada con buenos hábitos de vida. Dar 1 ejemplo para este caso.

Acciones de promoción relacionadas con el hábito de fumar.

Indicación de intervención quirúrgica.

Recomendación de lavado de manos frecuente.

Indicación de consumo de líquidos.

Evitar hacinamiento.

Control periódico de la visión.

Administración de Oxígeno.

Vacunación antigripal y antineumococcica.

BIBLIOGRAFIA

- GONZÁLEZ PÉREZ, J. 2005. El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas. Revista cubana de Salud Pública. Vol. 31, Nº 2, Ciudad de la Habana, abr.-jun. 2005.
- MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1999. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA. Año 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. 200). Renovación conceptual de la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.
- TESTA, Mario. 1993. Pensar en Salud. 3° Edición. Buenos Aires: Lugar.
- VEGA-FRANCO, Leopoldo. 2002. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud pública de México vol. 44, nº 3, mayo-junio de 2002.

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este se encuentra la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que resulta complejo distinguir lo normal de lo patológico.

El proceso salud enfermedad es pues un proceso vital, dinámico, enmarcado en un contexto biológico y social, donde transcurre la vida del hombre.

Otra definición expresa que es el modo específico en el que se manifiesta el proceso biológico de desgaste y reproducción, con momentos particulares de presencia de un funcionamiento biológico diferenciable, con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas (Laurell). Al pensar la salud como un

hecho social y cultural (puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos) es posible comprender porque la interpretación de este proceso se ha modificado de acuerdo a los diferentes momentos históricos, sociales y culturales por los que ha atravesado y atraviesa la evolución de nuestra especie humana.

Nosotros nos encargamos de construir representaciones del mundo y las mismas están ligadas a nuestra historia biológica-social y cultural.

En resumen, la Salud –Enfermedad no existe por sí misma independiente del hombre y de su medio, está como dijimos anteriormente en estrecha relación con factores psicológicos, los modos de vida, las condiciones económicas, las condiciones culturales y sociales que son diferentes en las sociedades.

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales.

Los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano.

Un breve recorrido por la historia del concepto Salud - Enfermedad

El valor que cada sociedad da a la salud ha determinado la concepción del proceso salud enfermedad.

Dicho valor está influenciado a su vez, por las ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado la concepción de salud, en el mundo, a lo largo del tiempo. Por ello, como vimos anteriormente, en nuestra cultura occidental la concepción de salud se ha ido modificando con el devenir del tiempo.

El hombre primitivo se interrogaba sobre el porqué de la enfermedad y para evitarla recurría a creencias y prácticas diversas tales como el uso individual o colectivo de amuletos, tótems, fetiches y conjuros. Solo podía explicar a la enfermedad como un ente de origen divino, o como el castigo de los dioses hacia los humanos.

Pero no todas las prácticas relativas a la salud del hombre antiguo se basaban en métodos esotéricos o enigmáticos.

En la Biblia es posible identificar recomendaciones religiosas en las cuales subyacen medidas sanitarias, como la prohibición de consumir carne de cerdo por considerarlo un animal “sucio”. Esta medida en realidad evitaba el contagio de triquinosis, enfermedad parasitaria transmitida por el consumo de carne porcina infectada con el parásito.

La civilización griega, al igual que la romana, le dedicó un lugar de gran importancia a la prevención de enfermedades, destacándose hombres como Hipócrates entre los griegos y Galeno entre los romanos.

El recorrido histórico del concepto de salud ha sido muy extenso estando signado por hechos históricos relevantes, por lo cual, para una mejor comprensión de la evolución del proceso salud- enfermedad haremos un recorrido retrospectivo por los eventos más relevantes que se pueden dividir en cinco etapas:

- 1- la etapa del miasma (1850-1880).
- 2- la etapa de la bacteriología (1880-1920).
- 3- la etapa de los recursos para la salud (1920-1960).
- 4- la etapa de la ingeniería social (1960-1975).
- 5- la etapa de la promoción de la salud (1975-actualidad).

La etapa del miasma (1850-1880)

Durante este período, el enfoque del control de la enfermedad, se basaba en el concepto de que la enfermedad era causada por vahos y olores nocivos (miasmas). Los esfuerzos para controlar las enfermedades se orientaban a la limpieza general. La recolección de basura y la provisión de un agua de mejor calidad se volvieron importantes en las comunidades.

Estas medidas que tenían que ver con el saneamiento ambiental, no se dirigían a las causas específicas de las enfermedades (agentes biológicos primordialmente) y mostraron, por lo tanto, escasa eficacia para controlarlas.

No obstante, ello son los primeros indicios de trabajo en infraestructura básica ambiental, para lograr una mejor calidad de vida.

En nuestro país tiene lugar entre enero y abril de 1871 la epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Buenos Aires, que sobre una población de 180.000 habitantes causó la muerte de 14.000 personas. A posteriori de esta epidemia, comienzan las primeras actividades de recolección de residuos y de almacenamiento, filtrado y distribución del agua para consumo.

Entre 1848-49 y 1853-54 tiene lugar una importante epidemia de cólera en Londres, Inglaterra. John Snow trabajó sobre esta epidemia, sentando las bases de la epidemiología actual, ya que sin conocer la causa biológica de la enfermedad (*Vibrio cholerae*) pudo establecer el vehículo del agente, que era el agua proveniente de una bomba, cuyo cierre condujo al fin de la epidemia.

La etapa de la bacteriología (1880-1920)

El gran evento que marca en parte el inicio de esta etapa es el desarrollo del microscopio. A partir del auxilio de esta importante herramienta se destacan en esta etapa Louis Pasteur, Robert Koch y otros bacteriólogos, al demostrar, que cada enfermedad estaba determinada por un germen específico, poniendo énfasis en el estudio de la tuberculosis, el carbunco y la rabia entre otras.

Se comprobó la transmisión de estos agentes a través de distintos vehículos y se puso especial atención en la protección del agua potable, la leche, los vinos y otros alimentos a través de un proceso de calentamiento llamado pasteurización.

Se trabajó en la eliminación adecuada de las aguas servidas, la eliminación de insectos y aguas estancadas.

En esta época tiene su capítulo importante la inmunización.

La hipótesis etiológica de la llamada era bacteriológica era que cada enfermedad tiene como causa única y específica, un microorganismo.

Una de las consecuencias de la era bacteriológica fue la simplificación de problemas complejos tanto para la prevención como para la cura. Las condiciones de vida, los hábitos, las relaciones sociales en general, no entraban a jugar aún un papel importante.

La etapa de los recursos para la salud (1920-1960)

Si bien, las enfermedades transmisibles habían sido controladas, por la identificación de sus agentes causales, se habían descuidado otros problemas sanitarios evitables. Las inversiones en salud se dirigieron, sobre todo, a producir infraestructuras, orientadas fundamentalmente hacia la biomedicina, más que a la salud, y la atención médica no se distribuyó en forma equitativa.

Las mayores inversiones de este período, se realizaron en hospitales, en la formación de recursos humanos para la salud. Proliferaron las facultades de medicina y de odontología y las escuelas de enfermería.

A pesar de haberse desarrollado la infraestructura y muchos servicios, estos no se distribuyeron equitativamente y a menudo, los sectores comunitarios de menores recursos, no accedían a los beneficios de los programas de atención.

La etapa de la ingeniería social (1960-1975)

Se otorgó una nueva prioridad a los aspectos sociales de la salud. Se consideraba que las barreras económicas, eran lo más importante para mejorar los niveles de salud. Por ello se destinan gran cantidad de recursos desde la OMS - OPS dirigidos al desarrollo y aplicación de programas de prevención y control de distintas patologías. Durante este período, la educación para la salud, se orientó principalmente a que el público accediera a la utilización de servicios, que se procurara atención médica, que adhiriera a programas de detección y de inmunización, de control del niño sano y de planificación familiar. No obstante, la gran oferta programática, esta era formulada desde los niveles centrales, sin propiciar la participación de los destinatarios. Si bien los sectores de menores recursos, tuvieron más acceso a los servicios médicos, los indicadores de morbilidad y mortalidad, continuaron reflejando, fuertes disparidades socioeconómicas, entre el mundo desarrollado y el mundo subdesarrollado.

La etapa de la promoción de la salud (1975-actualidad)

Las políticas, de prevención de enfermedades y promoción de la salud, recibieron un fuerte impulso. Surge

fuertemente el enfoque que considera que el determinante de la salud que más influía en la misma era el que tenía que ver con los estilos de vida, lo cual contribuyó a una nueva visión de la salud y las formas de atenderla.

Surge la Atención Primaria de la Salud APS como estrategia válida para resolver los crecientes problemas de salud, en especial aquellos que son el emergente de los problemas sociales.

Se reconoce la importancia de los determinantes sociales de la salud que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas

CONCLUSIÓN

En síntesis, a través de este recorrido histórico, el concepto de salud-enfermedad- ha pasado por distintas concepciones, desde la visión de la enfermedad hasta enfoques integrales, posicionados desde la salud y no desde la enfermedad.

Salud y Enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social.

El ser humano necesita a lo largo de su vida de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal en el hogar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y afecto para satisfacer necesidades mentales y espirituales, la ausencia de *alguna* de estos factores provoca daños, en ocasiones irreversibles a la salud del individuo. Por otra parte, las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la falta de servicio de salud pública adecuados, así como el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a medidas sanitarias preventivas y el aislamiento de amigos y familiares, representan "Factores de Riesgo", que actuando continua y gradualmente, influirán negativamente en el Proceso Salud-Enfermedad



EJERCICIO

Lea el siguiente texto y elabore una reflexión acerca de la relación entre salud y condiciones de vida.

Responda:

- ¿Por qué el crecimiento económico no genera mejores condiciones de vida?
- ¿Es posible revertir esta situación? (¿qué propone el documento?)
- Realice un comentario sobre lo expresado por Nelson Mandela en relación a la pobreza

Condiciones de Vida y Salud. Pobreza y los nuevos retos desde el espacio local

Vinculando calidad de vida y desarrollo observamos que los beneficios de la globalización se han distribuido de manera muy desigual e injusta a nivel de países y de grupos humanos, al interior de los mismos. Existen regiones del planeta en las que las desigualdades e inequidades se expresan con mayor fuerza afectando particularmente a los grupos más vulnerables, niños, mujeres, ancianos y comunidades aborígenes.

La hegemonía y predominancia a finales del siglo pasado de las lógicas económicas sobre lo social ha producido y sostenido en los países de la región un deterioro significativo de las condiciones de vida y salud de sus habitantes, produciendo extensos escenarios de exclusión social, así como degradación del medio ambiente global y regional.

Como resultado de ello, el inicio del nuevo milenio nos ha mostrado un escenario en el que tal vez como nunca antes, las condiciones de vida y las diferencias entre ricos y pobres conforman un contexto marcado por profundas desigualdades e inequidades en el campo económico, social, así como en el de la información y del conocimiento tan necesarios para un desarrollo sustentable.

Para comprender un poco más esto y mostrar evidencias ponemos en consideración que: en los últimos 100 años, la expectativa de vida para los niños europeos aumentó alrededor de 30 años y continua en continuo aumento. (Willets et al., 2004). Por el contrario, entre los años 1970 y 2000 la expectativa de vida en Sud - Asia se elevó en 13 años, mientras que para un niño del África sub - sahariana durante el mismo período, la expectativa se elevó solo por 4 meses (UNDP, 2005). En países pobres la mortalidad materna alcanza la tasa de 500 en

100.000 nacidos vivos, en Suecia la tasa es de 2 por 100.000 nacidos vivos.

Esta situación genera fenómenos de exclusión social al reducir importantes segmentos de la sociedad a condiciones de supervivencia en razón del escaso interés económico, social y político que estos grupos representan en dicha lógica. Esto se manifiesta tanto en los países ricos como en los pobres, visualizándose en la segmentación del mercado de trabajo especificado por edad, sexo y educación y en la relación existente entre situación laboral, pobreza y salud.

Así, el comienzo del tercer milenio encuentra a la Humanidad en un punto de avance tecnológico y del conocimiento como nunca antes en la historia. El desarrollo de las comunicaciones y la informática han acortado las distancias de modo sustantivo. En el campo científico, sólo en las últimas cuatro décadas de la historia de la humanidad se pasó de descubrir la estructura del ADN a descifrar la secuencia del genoma humano. Paradójicamente estos avances se dan en el marco de situaciones de enorme desigualdad en las condiciones de vida de las poblaciones uno de cuyos indicadores es el resurgimiento de enfermedades infecciosas propias de la pobreza y el subdesarrollo.

Ante esta situación, se está construyendo un consenso internacional que define que las condiciones de vida dependen más de la manera de utilizar los ingresos adicionales generados por el crecimiento económico que del propio crecimiento en sí y sobre todo de la adopción y aplicación de políticas destinadas a ampliar adecuadamente los servicios públicos para reducir la carga de pobreza. El Desarrollo Humano vinculado a Calidad de Vida debe asociarse a dignidad humana, igualdad de oportunidades y equidad. Vinculando también la salud, la educación, el crecimiento económico, un ambiente y entorno saludable y la libertad humana vinculadas a la democracia y los derechos humanos.

La afectación de la calidad de vida determina la situación de salud de una población, incrementando los riesgos de enfermar o morir y nos vuelve más vulnerables y menos defensivos ante los factores que afectan nuestra salud. La gestión social de salud supera la intervención sobre cómo atenuar los daños y se dirige a mejorar las condiciones de vida de nuestras comunidades.

Esta intervención es competencia y responsabilidad para llevarla a cabo en el espacio local. De allí, que toda vez que se defina una política pública participativa, e integradora de sectores exige incorporar la dimensión de la calidad de vida y privilegiar el bienestar ciudadano, recuperando la conciencia colectiva. En el espacio local debatir el mejoramiento de las condiciones de vida y la satisfacción de las necesidades básicas requiere de establecer políticas de desarrollo humano en el que salud tiene mucho que decir, participando activamente en las discusiones estratégicas que definen e implementan un plan de desarrollo local.

Así lo prevé la OPS – OMS cuando vincula salud y desarrollo para reducir las desigualdades, reducir los impactos de las crisis, conformar programas integrales de bienestar social, mejorar las condiciones de vida y de salud de las mayorías, transformar los sistemas de salud dando énfasis a la promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, con una mayor participación social de la ciudadanía organizada e intervenir sobre los determinantes sociales de la salud.

Se reconoce que el deterioro de las condiciones de vida genera impactos negativos sobre la salud de nuestras comunidades y condicionan y limitan el desarrollo. Desde esa perspectiva la pobreza, es quizás el mayor flagelo que azota nuestro planeta. Es el núcleo desde donde se originan y determinan los problemas que

hacen a la salud individual y colectiva. La pobreza se asocia a todos los determinantes que generan y producen daños, físico, psíquicos y sociales. La pobreza se asocia a violencia urbana, doméstica, maltrato a mujeres y niños, al deterioro del medio ambiente, a la predominancia de enfermedades transmisibles, al SIDA, a las adicciones, a generar grandes migraciones a otros países o a los grandes conglomerados urbanos, a xenofobias, hasta la guerra y el terrorismo tiene un trasfondo de pobreza generando los fanatismos ideológicos.

La pobreza niega las condiciones de supervivencia y limita las oportunidades de mejorarlas. Un niño pobre además de padecer todo lo asociado a ella, no tiene oportunidades o son muy limitados los recursos para salir de ella y lograr una vida sana y socialmente útil. Asumamos que mueren por hora 1200 niños en el mundo, todos debido a la pobreza, su única patología. Esto se puede prevenir, la muerte por desastres naturales de gran magnitud en la mayoría de las veces se hace difícil evitarlas. La pobreza se puede revertir y evitar, esa es una diferencia importante. Solo se requiere globalizar la solidaridad.

Un desarrollo humano debe evitar enfermedades y muertes evitables, debe dar educación para todos, debe contribuir a superar las desigualdades de género y la creación de condiciones para conseguir crecimiento económico sostenido.

Pero a pesar de estas orientaciones y principios, al cual han adherido casi todos los países del mundo, seguimos observando que las políticas comerciales de los países ricos niegan o cierran oportunidades a los más pobres, generando aumento de la inseguridad y de conflictos bélicos con la consecuente violación de los derechos ciudadanos. Según datos de organismos internacionales, en el año 2003, 18 países con una población total de 460 millones de personas bajaron su puntuación en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) respecto de 1990. En medio de una economía mundial que para ese período era significativamente más próspera, 10,7 millones de niños no viven para celebrar su quinto cumpleaños y más de 1.000 millones de personas sobreviven en condiciones de pobreza con menos de un dólar al día.

Las cifras mencionadas o las que se generen como resultados de las crisis económicas siguen siendo inaceptables éticamente, y requiere modificar las reglas de juego económicas donde la libertad económica debe estar subordinada a la generación de igualdades para disminuir esta vergüenza humana. Es necesario construir una conciencia mundial que permita a los países pobres, así como en los sectores excluidos de los países ricos, mejorar sus condiciones de salud y acceder a una vida digna. En un mundo donde las tecnologías de la comunicación integran, hacen que la pobreza sea económicamente ineficaz, políticamente insostenible y moralmente indefendible tal como lo manifestó Nelson Mandela asociándola como equivalente a la esclavitud y el apartheid.

El espacio local, entendido como el ámbito de un municipio o un barrio de una localidad muy poblada, facilita incorporar la pobreza en la agenda de las gestiones de desarrollo y salud, debido a que las problemáticas asociadas a ella son expresadas con mayor facilidad, son más sentidas y tiene rostro humano y se discute en lo cotidiano de una comunidad. Esta es quizás una diferencia sustancial con la pobreza que se discute a nivel de los foros internacionales. La pobreza, se transforma en otro reto a que está sujeta la gestión local por lo que requiere mejorar la capacidad de intervención de los gobiernos, así como de la sociedad civil sobre ella.

BIBLIOGRAFIA

- CARLOS; Sonia. Concepto salud Enfermedad. Disponible en <https://docplayer.es/17146429-Elaborado-por-sonia-carlos-1.html>
- LAURELL, Asa Cristina. 1982. La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médicos Sociales N°19. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario, Argentina.
- MARTÍN ZURRO, Armando y CANO PÉREZ, Juan Francisco. 2008. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Madrid, España: Elsevier.
- MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1999. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA.
- OPS. 2001. Medición de Desigualdades en Salud: Coeficiente de Gini e Índice de Concentración. Boletín epidemiológico Vol. 22, N° 1
- TESTA, Mario. Pensar en Salud. 3° Edición. Buenos Aires: Lugar. Año 1993.

UNIDAD II

CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

Se puede decir que la Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. También que:

“Es la disciplina que se encarga de organizar y dirigir los esfuerzos destinados a la prevención de las enfermedades y a la protección, promoción y restauración de la salud de la población”

“Pública” no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, sino un nivel específico de análisis, el nivel general o global.

A diferencia de la medicina clínica, que opera a nivel individual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de personas o poblaciones.

Otras definiciones en las que se establecen pautas básicas de la salud pública, incorporan otros elementos, como las siguientes:

*“Puede definirse a la Salud Pública como el campo del conocimiento y las prácticas **institucionalmente organizadas**, tendientes a promover la salud de las poblaciones.*

*“Ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad y **con responsabilidad plurisectorial, íntimamente ligada al desarrollo económico, social y cultural.**”*

En todas las definiciones hay similitudes en cuanto a que la práctica y el ejercicio de la salud pública se realizan mediante la acción del **Estado, que es quien debe garantizar el acceso a la salud de todos los ciudadanos.**

La última definición resalta que el campo de la salud tiene responsabilidades compartidas entre distintos sectores (Ej.: la falta de saneamiento determina el nivel de salud de una comunidad, pero es responsabilidad del sector económico y político). Y la misma definición sostiene que la salud pública está íntimamente ligada al desarrollo económico, social y cultural, por lo cual podría resumirse que sin desarrollo no hay salud posible, y que una comunidad con salud puede generar mecanismos de desarrollo para una mejor calidad de vida.

El enfoque del campo de la salud pública, sea cual sea la definición siempre implica lograr los siguientes objetivos:

La Salud Pública debe llevar a cabo ciertas funciones que le permitan alcanzar los citados objetivos:

- Mejorar las condiciones de vida y salud de la comunidad.
- Reducir las desigualdades sanitarias.
- Establecer programas integrales de bienestar comunitario.

PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA SALUD PÚBLICA COMO DISCIPLINA

Actividades de protección de la salud

Desarrolladas en torno a la seguridad alimentaria y la salud ambiental.

La **seguridad alimentaria** trata del conjunto de actuaciones basadas en el análisis de riesgos, encaminadas a asegurar que las etapas de la producción, transformación y distribución de alimentos se desarrollen utilizando procedimientos que garanticen, a la luz de los conocimientos científicos disponibles, un nivel elevado de protección de la salud de la población que los consume.

La **salud ambiental** se encarga de aquellos aspectos de la salud y la enfermedad humanas que son determinados por factores medioambientales; mediante la evaluación y control del medio ambiente que pueden afectar potencialmente a la salud. La salud ambiental incluye tanto los efectos patológicos directos de los agentes químicos y biológicos y de la radiación, como los efectos, indirectos, sobre la salud y el bienestar del entorno físico y social considerado en su sentido más amplio.

Actividades de promoción de la salud

Implica un nivel de intervención mediante un conjunto de acciones programadas. Es abarcativa, porque se refiere a medidas que no están dirigidas a una enfermedad o dolencia, sino que apuntan a mejorar la salud, en general y la calidad de vida

Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo subyacentes a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial.

Actividades de prevención de la enfermedad

Prevenir tiene significado de "preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice"

La prevención en salud "exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin evitar la aparición de enfermedades específicas, hasta lograr su control y erradicación, impedir el avance de las enfermedades, limitar los daños y disminuir las consecuencias"

Actividades de restauración de la salud

Son todas las acciones destinadas a lograr la recuperación del enfermo. DESTINATARIOS

De cumplirse estas funciones la salud pública tendría como objetivos el cuidado de:

- Población sana
- Poblaciones de riesgo
- Enfermedad no manifiesta
- Enfermedad manifiesta

Si graficamos estos objetivos a través de una pirámide, la base está compuesta por la mayor parte de la comunidad, esto es una población sana. Le sigue una parte más pequeña configurada por las poblaciones de riesgo, que son las que deben tener prioridad en los programas de intervención. Luego y ocupando una parte más pequeña aún aparecen los grupos que padecen de enfermedad no manifiesta, estrechamente relacionada con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Finalmente, y ocupando un vértice muy pequeño aparece el grupo de la comunidad con enfermedad manifiesta donde la única alternativa es el tratamiento, la rehabilitación, la minimización de secuelas y la reinserción laboral y social.

La salud pública abarca aspectos tan amplios como la educación, la economía, la administración de recursos y organizaciones relacionadas con ella, el área legal al abarcar el dictado de leyes y regulaciones por parte de los gobiernos para controlar la salud de sus habitantes; incluye sectores como el abastecimiento de agua, control de calidad de alimentos, fertilizantes, en fin, la Salud Pública es una gran organización encargada de preservar y mejorar la salud de las personas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA

La Salud Pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existen desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo, la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente.

- Los egipcios eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.
- Los indostanes fueron los pioneros de la cirugía estética, y de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, de descanso, y de trabajo.
- Los hebreos llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de JC. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua etc.
- La civilización griega presta más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio.
- El imperio romano es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.
- En América Prehispánica, la civilización Teotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia. Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se crea en islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrolla diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlan una de las ciudades más sucias del mundo.
- En la Edad Media, presidida por el catolicismo, se produjo una reacción contraria a todo lo que recordaba al imperio romano y al paganismo. El desprecio de lo mundano y la "mortificación de la carne" pasaron a ser las normas preferidas de conducta, por lo que el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, se produjeron las grandes epidemias de la humanidad. La lepra se consiguió erradicar de Europa con la marginación y el exterminio de los leprosos. Con respecto a la peste bubónica se establecieron medidas de cuarentena en los puertos marítimos y cordones sanitarios en tierra.
- En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad. En Alemania Rudolf Virchow, un gran patólogo de la época, al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que "la política es medicina en gran escala", mostrando con ello que las transformaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud.
- A mediados del siglo XIX un importante número de médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas que llevaban la enfermedad a las personas.
- Otro grupo de médicos sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de "cazadores de microbios". Temporalmente la atención se

centró en microorganismos específicos y la Salud Pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX.

- En el siglo XX surge la OMS, instituto internacional destinado a emprender y desarrollar esfuerzos a nivel mundial sobre salud pública, y quien tiene una mayor organización e infraestructura para la demanda creciente de investigaciones en epidemiología y otras ciencias de carácter médico, siendo mediadores específicos para el buen ejercicio de la salud pública

Cambio de paradigma de la Salud Pública

Desde aproximadamente la década de los años cuarenta la salud pública fue desplazada de un papel protagónico por la atención médica dirigida al individuo enfermo.

Diversos factores relacionados con los adelantos científicos, la especialización, la creación de infraestructura hospitalaria, la participación del Estado en el financiamiento hicieron que la Salud Pública quedara en gran medida opacada por el modelo curativo e individual de la atención médica.

Además, las organizaciones encargadas de la investigación, la enseñanza y la acción en este campo experimentaron una crisis de identidad, de organización y de realización

La CRISIS de la Salud Pública se tradujo en la imposibilidad de las sociedades en proteger la salud de sus habitantes, el Estado se limitó a realizar acciones aisladas, mientras el mercado sumergía al sector en la lógica de acumulación del capital.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud fueron dejadas de lado por su carácter no rentable.

Como disciplina la Salud Pública aparecía como un conjunto de ideas que eran funcionales a esta lógica del mercado.

En años recientes la salud pública ha empezado a experimentar un verdadero renacimiento. Se han creado nuevas instituciones, se han multiplicado los programas educativos, se ha ampliado la base de conocimientos a través de la investigación interdisciplinaria, se ha intensificado la cooperación internacional para enfrentar la creciente globalización de los problemas de salud.

En gran medida, este renacimiento de la Salud Pública ha sido alimentado por las limitaciones del modelo curativo individual. A pesar de los grandes avances en los niveles de salud, la distribución de este progreso entre y dentro de los países ha acentuado las desigualdades. Hoy los pobres no sólo mueren con mayor frecuencia, sino además lo hacen principalmente por causas que han sido resueltas desde el punto de vista técnico. Los que han logrado escapar a estas causas enfrentan, por ese mismo hecho, un riesgo mayor de enfermar y morir por otros padecimientos que adquieren un carácter emergente. En ambos casos, se va ampliando la brecha entre lo que el progreso ha vuelto alcanzable con nuestros conocimientos y lo que de hecho alcanzamos con nuestras prácticas sociales.

El modelo dominante de atención se ha enfrentado a serias limitaciones de organización y financiamiento. Los países desarrollados padecen una espiral inflacionaria en los costos de la atención médica, que entorpece el funcionamiento general de la economía.

En la búsqueda de respuestas a la crisis de la atención médica muchos ojos se han vuelto hacia la salud pública. Su perspectiva amplia y su capacidad de integración multidisciplinaria parecen ofrecer soluciones a varios de los problemas de nuestro tiempo.

*La construcción de una **NUEVA SALUD PÚBLICA** debe fundarse en un presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad. La adopción de métodos capaces de incluir la acción social. Privilegiando prácticas sociales que integran diversos actores y poderes a más del poder del Estado. Promoviendo la salud desde una perspectiva democratizadora*

*A modo de síntesis, se resalta el concepto de que la Salud Pública Convencional miró a la población como **objeto** a ser intervenido, mientras que la Salud Pública Alternativa requiere mirar a los destinatarios como **sujetos** capaces de crear y generar su salud y de organizarse en instituciones destinadas a la prevención de la enfermedad, la promoción y la recuperación de la salud.*



A manera de esquema elabore una síntesis de las diferentes etapas de la salud pública

RELACIÓN CON OTRAS DISCIPLINAS

La Salud Pública se nutre del saber de otras disciplinas.

La medicina social: es una práctica de la medicina que se ocupa de la salud y la enfermedad en relación con la vida grupal. Se puede decir que es una rama de la salud pública dedicada a la atención médica de las personas con una orientación social y comunitaria.

La medicina preventiva: hace referencia a todas aquellas prácticas que los diferentes profesionales de la salud realizan para, justamente, prevenir la presencia de enfermedades o de diferentes situaciones en las que la salud se puede poner en peligro. Es una noción compleja ya que es usualmente difícil establecer una clara línea entre la medicina preventiva y la medicina curativa (aquella que ejerce actividades de cura) porque también la medicina curativa busca prevenir que aquella condición de ausencia de salud total se vuelva aún peor.

La epidemiología que es el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas.

La estadística: cuya tarea es la **recopilación** y la **interpretación de los datos** obtenidos en un estudio. Considerada como una rama de la **matemática**, la **estadística** permite la toma de decisiones dentro del ámbito gubernamental, pero también en el mundo de los negocios y el comercio.

NECESIDAD Y DEMANDA

Una **necesidad** es aquello que resulta indispensable para vivir en un estado de salud plena. Las necesidades se diferencian de los deseos en que el hecho de no satisfacerlas produce resultados negativos evidentes, como puede ser una disfunción o incluso el fallecimiento del individuo.

Pueden ser de carácter fisiológico, como respirar, hidratarse o nutrirse (objetivas); o de carácter psicológico, como la autoestima, el amor o la aceptación (subjetivas).

En función de su disponibilidad, se puede distinguir entre necesidades libres y necesidades económicas. Las necesidades libres son aquellas que se cubren sin esfuerzo dada su gran abundancia (la luz solar, el aire, etc.), mientras que las necesidades económicas se satisfacen a partir de una serie de esfuerzos (sembrar, cosechar, construir, etc.).

Jerarquías de necesidades

Las necesidades pueden jerarquizarse según la pirámide de Maslow: la parte inferior de la pirámide está ocupada por las necesidades humanas básicas, que a medida que son satisfechas, aparecen otras que son necesidades y deseos más elevados, que van ocupando las partes superiores de la pirámide.

A grandes rasgos, la jerarquía sigue un camino que debe completarse. Primero las necesidades fisiológicas, que una vez satisfechas, generan necesidades relacionadas con la seguridad, luego con la afiliación, el reconocimiento y finalmente la autorrealización.



Fisiológicas: Necesidades de respiración, comida, bebida, sueño, vestimenta y vivienda. Seguridad: Necesidades de protección, empleo, recursos.

Sociales: De afiliación: afecto, amor, pertenencia y amistad. Estima: Necesidades de autoestima: éxito y prestigio.

Autorrealización: de lo que uno es capaz, autocumplimiento.

Demandas son las manifestaciones reales o ficticias de esas necesidades, o sea que son necesidades percibidas por los individuos. Para que sean atendidas las necesidades deben traducirse en demandas concretas.

La demanda en salud tiene como resultado algún tipo de acción de asistencia médica.

La demanda está plagada de subjetividad ya que tiene que ver con las expectativas de las personas o grupos sociales respecto a lo que se considera deseable, influido por la cultura, la clase social, los medios de comunicación y las creencias religiosas.

ACCESIBILIDAD Y COBERTURA EN SALUD

La **accesibilidad** ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Este concepto es entendido como un problema de la oferta y, desde esta óptica, se deben eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras son caracterizadas como: geográficas, ya sea distancias, accidentes geográficos o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera es definida como cultural y está centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también pueden ser una barrera de acceso.

Cobertura es la capacidad que tiene un gobierno para atender la demanda de servicios básicos de salud de la población.

Es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios de salud que satisfagan las necesidades objetivas de toda la población y que sean proporcionados en forma continua y de manera aceptable, garantizando el acceso a los diferentes niveles de atención.

La Cobertura se define, se calcula y/o se evalúa empleando indicadores relacionados con la disponibilidad o con la capacidad potencial para cubrir la demanda esperada de la población residente en un área geográfica determinada.

CONCLUSION

“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud, mediante esfuerzos organizados de la comunidad destinados al medio ambiente, al control de enfermedades infecciosas y no infecciosas, brindando educación para promover hábitos y estilos de vida saludables y desarrollando la estructura social que le asegure, a cada miembro de la comunidad, un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”. Milton Terris

BIBLIOGRAFIA

- MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1999. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA. Año 1999.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Renovación conceptual de la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud (2002). La salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.
- OPS - OMS. *La crisis de la Salud Pública*. Publicación Científica N°540. Washington, USA. Año 1992.
- PIÉDROLA, GG, GÁLVEZ, VR. DOMÍNGUEZ RV. 2001. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª Ed. Barcelona: Edit. Masson.
- Terris Milton. 1982. La revolución Epidemiológica y la medicina social. 2º Ed. Editorial Siglo XXI: México.

UNIDAD III

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (**APS**) como principal ESTRATEGIA para el logro de las metas de SALUD **PARA TODOS EN EL AÑO 2000**, fue adoptada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en la ciudad de ALMA ATA, en Septiembre de 1978. Posteriormente en 1986 se reafirmaron sus principios en la Carta de Ottawa documento de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

Teniendo en cuenta los principios rectores de la OMS, los países reunidos fundamentaron sus discusiones en las siguientes premisas que surgieron de un diagnóstico de la situación de salud mundial, en ese momento.

- Que la salud es un bien esencial del hombre y un derecho humano fundamental, cuyo logro es un objetivo importante de todos los pueblos.
- Que la salud depende del desarrollo económico y social de los pueblos y al mismo tiempo lo favorece y que por lo tanto el sector sanitario, por sí solo, no puede lograr salud; en cambio exige la intervención de otros sectores sociales y económicos.
- Que el estado de salud de la población mundial es inaceptable debiendo considerarse la magnitud de los problemas sanitarios que subsisten, observándose que más de la mitad de la población mundial no recibe asistencia sanitaria adecuada.

- Que existe una marcada desigualdad en el estado de salud de las poblaciones entre países y aún dentro de cada país, ahondándose progresivamente la brecha entre los grupos privilegiados y los desprotegidos.
- Que muchos países adolecen de una marcada insuficiencia de recursos en salud y que asimismo la distribución de los recursos entre países es injusta, concentrándose el uso de los mismos en tecnologías y sistemas de alta complejidad, costo y especialización para el privilegio de unos pocos.
- Que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y atención de su salud. Y que los gobiernos tienen el deber de cuidar de la salud de sus pueblos mediante, medidas sanitarias y sociales adecuadas.
- Que uno de los principales objetivos de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen un “nivel de salud que les permita llevar una vida socialmente satisfactoria y económicamente productiva”.
- Que es necesaria una acción urgente de los gobiernos y los pueblos para promover y proteger la salud.



Aporte de cátedra

<http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

A pesar de los esfuerzos y de que algunas metas se han cumplido la meta de salud para todos es aún una asignatura pendiente es por ello que:

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ES LA CLAVE PARA ALCANZAR LA META DE SALUD PARA TODOS, COMO PARTE DEL DESARROLLO Y CONFORME AL ESPÍRITU DE JUSTICIA SOCIAL.

Concepto de Atención Primaria de Salud

La Conferencia de Alma Ata formuló el concepto de APS en los términos que a continuación se expresan, abarcando con esta conceptualización todos los aspectos fundamentales de la estrategia.

Determinó además que la APS consiste en una “estrategia” es decir un curso de acción o modo de actuar en materia de asistencia sanitaria que impone la reorganización del Sistema de Salud en muchos aspectos. El concepto de APS dice:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria de Salud forma parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer escalón de contactos de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Declaración de Alma – Ata)”

A continuación se analizarán los conceptos de esta definición:

Asistencia sanitaria esencial

El término “**esencial**” implica que:

- Son acciones sanitarias **imprescindibles**.
- Deben **privilegiarse** sobre otras que se emprendan.
- Por sus implicancias e impacto se consideran de “**máxima importancia**” tanto para la salud de la población como para el desarrollo del país.
- Si bien el beneficiario de la atención ha de ser la población toda, se debe privilegiar a los “**grupos humanos más necesitados**”

Tecnología apropiada

El concepto de APS indica que la asistencia sanitaria esencial está “basada en métodos y tecnologías” especiales que reúnen una serie de particularidades, de ello surge el importante principio de la “tecnología apropiada”.

Un concepto general de tecnología (OPS/OMS) la define como “las diversas formas de actuar sobre la realidad para modificarla con un objetivo determinado, con la aplicación del conocimiento científico o empírico”.

Por su parte el término “apropiada” significa que esta tecnología reúne las siguientes particularidades:

- Tiene una base científica sólida.
- Es cultural o socialmente aceptable para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella.
- Es fácil de comprender y aplicar.
- Es pertinente al problema que busca solucionar.
- Su costo se adecua a los recursos disponibles de manera tal que “la comunidad y el país lo puedan soportar”. El concepto de costo adecuado involucra también la consideración del costo del recurso humano (su capacitación y nivel) que la empleará.
- De esta manera el término hace referencia desde los aparatos utilizados para el diagnóstico y los medicamentos, hasta otras acciones de carácter cotidiano, como la lactancia materna.

Cobertura y accesibilidad

El concepto de APS dice luego que la asistencia sanitaria estará “puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad”, lo que significa dar importancia a los principios de “COBERTURA Y ACCESIBILIDAD”.

Por “COBERTURA” se entiende que se deberá aportar asistencia sanitaria a toda la población

La “ACCESIBILIDAD” supone la forma en que los servicios de salud llegan a la toda comunidad, en forma continua y organizada y en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional.

Participación Comunitaria

El concepto de APS, refiriéndose a la comunidad continúa diciendo “...mediante su plena participación...” surgiendo de ello un importante principio: la PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. Y más adelante expresa “...con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...”.

La participación de la comunidad “**es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario**”.

El concepto de **participación comunitaria**, lejos de referirse a “opinar” casi pasivamente sobre los problemas y adecuarse a que sus opiniones puedan o no ser tomadas en cuenta, implica que las personas, mediante un proceso de aprendizaje, “actúan” u “operan” directamente sobre su propia salud. Llegan a conocer su situación y encuentran incentivos para resolver sus problemas comunes, en lugar de constituirse en beneficiarios pasivos del mismo.

Esto significa que pueden adquirir las aptitudes necesarias para valorar su situación de salud y planear y llevar a cabo alternativas viables, efectivas y aceptadas culturalmente. Estos conceptos se sintetizan en los términos "...espíritu de AUTORRESPONSABILIDAD Y AUTODETERMINACIÓN".

En este contexto el sistema de salud tiene la función de explicar, asesorar y dar información clara sobre las consecuencias favorables y adversas de las alternativas propuestas.

Intersectorialidad

Al decir que la APS "es también parte integrante del desarrollo global" se está significando por lo menos que:

- Se considera que la salud es una resultante de múltiples factores ligados al desarrollo.
- Se comprende que el sector salud por sí solo no puede lograr salud.
- Por lo tanto el sistema de salud motiva y coparticipa con otros sectores de la vida nacional – particularmente los de mayor incidencia en salud- en la valoración y decisiones en materia de salud y desarrollo.
- Este es el principio de la "Intersectorialidad".

Puerta de entrada o primer contacto

Este concepto implica que, organizado el sistema de salud en niveles de complejidad creciente y apoyándose en los principios de cobertura y accesibilidad, los individuos y las familias **ingresan al sistema por el nivel más bajo y amplio**, el primer nivel de atención, que es el instaurado en la propia comunidad de la que es parte y que le provee asistencia continua de salud para sus necesidades y problemas de menor complejidad. Luego, si fuera necesario, tiene la posibilidad de acceder a los niveles superiores, con la prontitud que garantiza un eficiente sistema de derivaciones.

De tal forma la APS involucra la función de seguimiento del individuo en los estadios de la enfermedad en que el tratamiento (recuperación) y la convalecencia (rehabilitación) pueden desarrollarse ambulatoriamente y con sistemas que la propia comunidad puede arbitrar.

Dimensiones de la APS

Hablamos de la Atención Primaria de la Salud como "estrategia" o curso de acción, la APS puede ser considerada:

Como política: lo que implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el DERECHO A LA SALUD como un Derecho Humano. Implica la participación comunitaria: la SALUD como DERECHO requiere de ciudadanos que quieran y puedan ejercer CIUDADANÍA.

Como modelo de organización de los servicios sanitarios que deben ser adecuados a las necesidades en materia de RRHH, recursos materiales y financieros.

Como conjunto de actividades intersectoriales de educación sanitaria, provisión de alimentos, saneamiento básico, inmunizaciones, abastecimiento de medicamentos.

Como un nivel de asistencia para acercar los servicios a los problemas de salud mediante la provisión de instalaciones y financiación, planificación y programación local, capacitación del equipo de salud, desarrollo de redes de atención.

VIGENCIA DE LA APS

Salud para Todos es una visión de salud poderosa, que se convirtió en la meta para lograr niveles de salud que permitieran a la gente tener una vida social y económicamente productiva. La atención primaria en salud (APS) fue el vehículo para lograr la meta y cada país lo tradujo de acuerdo a sus propias condiciones políticas, socioeconómicas y de salud.

Nos encontramos en el año 2018 y aún las metas establecidas por los países del mundo no se han hecho realidad, pero no por eso han dejado de tener vigencia.

Vale decir que la APS es una estrategia aún válida, que no ha perdido su reconocimiento, al contrario ha tomado mayor vigencia, y es aceptada como la única capaz de resolver los crecientes problemas de salud, en especial aquellos que son el emergente de los problemas sociales.

Logros de la Atención Primaria de Salud

La implementación de la APS ha logrado:

- Extensión de cobertura a áreas rurales y urbano-marginadas con desarrollo de programas prioritarios y primer nivel de atención
- Participación comunitaria
- Recursos Humanos: cambios de prácticas y contenidos de Salud Pública
- Ganancia neta en la esperanza de vida al nacer. Atribuible un 50% a la reducción de la mortalidad por causas transmisibles y cardiovasculares.

“Salud para todos en el año 2000 fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que aún se esté trabajando por ese sueño”.

Es indudable que las condiciones de salud han experimentado alguna evolución favorable, pero debe tomarse en consideración que ésta se observa comparando los valores actuales del indicador contra lo que arrojaban en el período inicial de la referencia, pero no contra lo que hubiera podido alcanzarse.

“Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de “Salud para Todos” y a la estrategia, también social y política, de la “atención primaria de salud”, no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud”.

Por esta razón la ONU estableció el Pacto de Desarrollo del Milenio que muestra una intencionalidad colectiva para reducir la pobreza con base en responsabilidades mutuas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen la voluntad y decisión de los gobiernos de luchar contra la pobreza y su compromiso directo con los habitantes del mundo.

En el trazado de estos objetivos hay claros indicios de que en el mundo existe ahora una mayor voluntad y capacidad de dar respuesta a los problemas asociados con la pobreza y la preservación de la salud.

El defecto más grave de los actuales sistemas de salud es la falta de equidad, tanto en el interior de los países como entre ellos. Si perdura esta situación, se desvanecerán las esperanzas de paz y seguridad en el mundo.

CONCLUSIÓN:

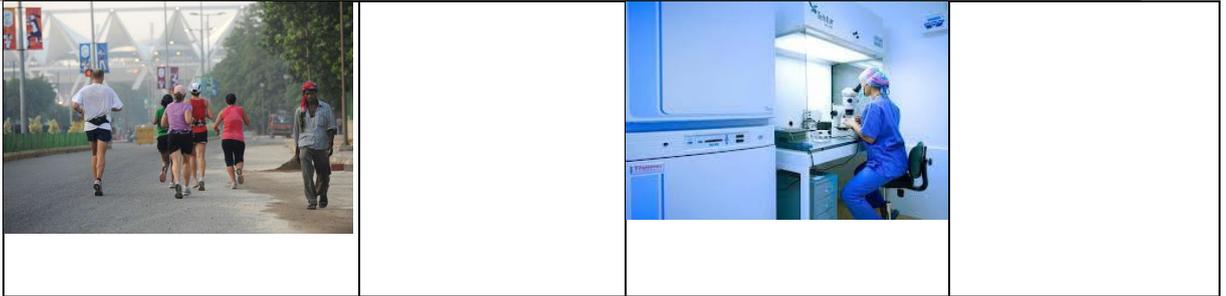
Hasta el presente (y en el futuro previsible) la orientación global de Alma-Ata sigue vigente y aparece como el contexto más adecuado para bregar por la equidad en salud. La tarea actual es, precisamente, revitalizar esa orientación y construir estructuras capaces de alcanzar, en cada ámbito nacional y en el marco de sus posibilidades reales, las metas de salud acordadas. En este sentido, es preciso también reconocer que la estrategia de APS, debe constituir el núcleo de esa orientación, por lo que no se debe permitir que sea distorsionada y malinterpretada.



EJERCICIO

Revisa cada uno de los conceptos comprendidos en la estrategia de la APS y coloca al lado de cada imagen aquel o aquellos que correspondan





BIBLIOGRAFIA

- MARTÍN ZURRO, Armando y CANO PÉREZ, Juan Francisco. 2008 Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Madrid, España: Elsevier
- MAZZAFERO, Vicente Enrique. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA
- OPS-OMS. 1993 Manual de Atención Primaria de la Salud. Washington, USA

UNIDAD IV

SISTEMAS DE SALUD

Un sistema es un conjunto de elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo.

El concepto de **sistema de salud**, hace referencia a la **estructura** existente en un determinado territorio para **brindar asistencia sanitaria a la población**.

Engloba la totalidad de las acciones que la sociedad y el Estado emprenden en salud o sea es la respuesta social a los problemas de salud.

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.

Un buen sistema debe ser universal es decir que todos tengan acceso a él, debe ser integral es decir que brinde respuestas a diversos problemas, debe ser equitativo, privilegiando a los que más necesitan y debe mejorar la vida cotidiana de las personas de forma tangible.

Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su barrio de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un servicio ambulatorio cerca de su casa.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno nacional, pero también resulta fundamental la buena dirección por parte de las provincias, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los



mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos.

COMPONENTES DE UN SISTEMA DE SALUD

El término "sistema de salud" incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Todo sistema de salud se puede pensar como la articulación de tres componentes:

- **Político**, que llamaremos modelo de gestión
- **Económico**, que llamaremos modelo de financiamiento; y
- **Técnico**, que llamaremos modelo de atención o modelo asistencial.

MODELO DE GESTIÓN

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones.

Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema. En el análisis de los sistemas de salud se pueden distinguir dos aspectos centrales respecto del modelo de gestión: los valores que guían al sistema ¿universalidad de la cobertura o efectividad de las acciones? y las funciones del Estado en Salud (informar a la población, proveer directamente servicios, financiar servicios y regular el mercado).

MODELO DE FINANCIACIÓN

Hace referencia a quién y cómo se deben financiar las acciones en salud, dando respuesta a:

¿Cuánto se debe gastar en salud? Se ha comprobado que aumentar el gasto en salud no siempre significa mejor salud para la gente. Además, es posible afirmar que está ligado al rol que el Estado desempeña en salud.

¿De dónde provendrán los recursos? Es posible afirmar que muchos países expandieron sus sistemas de salud con la incorporación de las contribuciones sociales basadas en el trabajo (impuesto al trabajo)

¿Cómo se asignarán los recursos? En este punto se discute como financiar sistemas locales y como pagar la compra de servicios médicos.

MODELO DE ATENCIÓN

Es una cuestión médico sanitaria. Define qué tipo de acciones, prestaciones y servicios se deben brindar a la población o sea ¿qué cubrir?

También se definen criterios de inclusión en el sistema o sea ¿A quién cubrir?

¿Cómo y dónde prestar servicios? O sea qué prestadores y cómo distribuir la oferta de servicios.

TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD

En ningún país existe un sistema de salud de un solo tipo, pero pueden describirse tipos o modelos ideales

Modelo Universalista

Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Este modelo privilegia al Estado como proveedor de servicios.

Modelo del Seguro Social

Es un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Implica un seguro del cual los participantes no se pueden substraer, es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. El financiamiento es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servi

cios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar, aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Las obras Sociales en la Argentina corresponden a este modelo.

Modelo de Seguros Privados

En la actualidad cuando se habla de seguros privados o Entidades Prepagas de salud, se hace referencia a un esquema de protección en salud de elección y financiación individual. En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública. El país donde el sistema de seguros privados de salud ha alcanzado el mayor desarrollo es Estados Unidos de Norteamérica donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación.

Modelo Asistencialista

Refiere un esquema de protección social focalizado en los excluidos o sectores más vulnerables. La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. Por este motivo, el denominado “Estado Mínimo” sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y necesitados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

EN RESÚMEN:

MODELO	GESTIÓN	FINANCIACIÓN
UNIVERSALISTA	Estado	Impuestos Generales
DEL SEGURO SOCIAL	Obras sociales	Aportes y contribuciones
DE SEGUROS PRIVADOS	Entidades Prepagas	Aportes de los afiliados
ASISTENCIALISTA	Prestadores	Paciente

ORGANIZACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud están compuestos por establecimientos que se organizan en distintos niveles de acuerdo con un modelo de atención definido.

NIVELES DE ATENCIÓN

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud (OPS / OMS, 1986).

Es una forma de organización en la cual se relacionan los servicios de salud con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población

Es decir, dependen de la complejidad de los casos de enfermedad a atender y de los recursos necesarios para poder resolver los problemas que dichas patologías presentan.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la **atención, prevención y promoción** de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. En ellos se atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad.

Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta *-demanda espontánea de morbilidad percibida-*. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud *-demanda oculta-* que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, los CAPS; las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios. En nuestro país, también se ha incluido a los consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática. La mayor parte de los problemas de salud que se consultan por la población se pueden resolver **allí**, (entre el 70 y 80% de la población).

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

Exige mayor complejidad.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.



NIVELES DE COMPLEJIDAD

Las características de los establecimientos se clasifican según las pautas nacionales de la “Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por niveles de complejidad”.

Esta normativa define el nivel de los establecimientos asistenciales teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y, por ende, el grado de diferenciación de sus servicios.

- **NIVEL I:** Atención exclusivamente ambulatoria. Visita periódica programada de médico generalista y atención permanente de enfermería.
- **NIVEL II:** Similar al anterior, a lo que se agrega visita periódica de odontólogo, laboratorio e imágenes elemental.
- **NIVEL III:** Cuenta con médico generalista en forma permanente, lo que permite agregar la atención de pacientes internados. Brinda medicina general y obstétrica y posee laboratorio y radiología elementales.
- **NIVEL IV:** Posee diferenciación en las cuatro clínicas básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología, tanto en consultorio como en internación y odontología en forma permanente. Se realiza cirugía como actividad regular.
- **NIVEL V:** atención ambulatoria diferenciada en las especialidades básicas. Cuenta con Laboratorio y Radiología.
- **NIVEL VI:** A las cuatro clínicas básicas se agregan otras especialidades quirúrgicas, tanto en consultorio como en internación. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se hacen más complejos y aparecen anatomía patológica y electrodiagnóstico.
- **NIVEL VII:** Servicios Ambulatorios especializados y con prácticas quirúrgicas.
- **NIVEL VIII:** Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y terapia intensiva. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos.
- **NIVEL IX:** Se agrega docencia e investigación.

DESCENTRALIZACIÓN Y REGIONALIZACIÓN

La **descentralización en salud** es la transferencia del poder, la responsabilidad y los recursos para cumplir objetivos sanitarios, desde los niveles centrales del Estado a las unidades jurisdiccionales menores: de la Nación a las Provincias, de las Provincias a los municipios, desde cualquier nivel del Estado a una institución pública o privada.

Es una estrategia vinculada a los procesos de democratización y participación popular y para los cuales se requiere de autoridad para identificar problemas, tomar decisiones y manejar herramientas técnico-administrativas para la correcta administración de los presupuestos, el personal, los abastecimientos, la información y las tecnologías.

La descentralización significa una redistribución de poder, ya que el nivel central transfiere autoridad y recursos.

Regionalización implica la división de un territorio extenso en áreas geográficas menores, llamadas regiones o zonas sanitarias, y a partir de ello lograr la organización y coordinación de los servicios sanitarios para su mejor utilización.

Se basa en la descentralización hacia las zonas o regiones buscando facilitar el acceso y ofrecer servicios de calidad dando una respuesta rápida.

La división de un territorio en regiones se basa en criterios geográficos, epidemiológicos y sociales.

Área Programática

Son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general.

Por ejemplo, el Hospital General Roca tiene influencia en su área programa que tiene una delimitación geográfica precisa, comprende determinados barrios y realiza en ellos acciones preventivas, de asistencia y educación para la salud. Es decir, actividades integradas e integrales de salud, para la población residente y en tránsito, de cualquier edad y sexo, y también tareas de conservación y mejoramiento del medio ambiente. Se trata de una estrategia sanitaria que tiende a satisfacer las demandas de salud del vecino, especialmente

aquellas que se producen fuera de los muros del Hospital, con acciones orientadas a promover la salud y prevenir la enfermedad, siendo verdadero puente hospital-comunidad.

REDES SANITARIAS - SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Los establecimientos de salud se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina "red de atención o de servicios de salud".

Red es "una forma de organización social que permite a un grupo de personas o instituciones potenciar sus recursos y contribuir a la solución de problemas reales".

Es decir, su objetivo fundamental es la construcción de vínculos para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

En salud es necesario crear una "red de instituciones organizados en forma escalonada por niveles de complejidad creciente, que prestan servicios de salud a una población definida, y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población a la que sirven".

A esto responde la iniciativa de la OPS de crear Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en la Atención Primaria de Salud.

Del concepto de red sanitaria surge el de **Referencia y Contrareferencia** que es un procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción y regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna e integral.

Es una herramienta clave para lograr un sistema de salud regionalizado y descentralizado, basado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Para lograrlo es necesario definir y aprobar criterios y normas de derivación entrehospitales de distinto nivel de complejidad.

Referencia es la remisión de pacientes por parte de una institución de salud a otra con un grado mayor de complejidad, para dar continuidad a la atención, de acuerdo a normativas establecidas.

Contrareferencia es la respuesta de los prestadores que recibieron el paciente a quien se los remitió.

Remisión es el procedimiento por el cual se transfiere la atención de salud transfiriendo la responsabilidad legal.

Interconsulta es la solicitud elevada por el profesional responsable de la atención del usuario a otros profesionales para que den una opinión diagnóstica y terapéutica sobre las conductas a seguir sin transferir la responsabilidad legal directa del manejo del paciente

SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Un SISTEMA LOCAL DE SALUD es el conjunto de recursos y actores sociales, situados en un espacio geográfico-poblacional determinado y vinculado a una instancia de poder político y administrativo (generalmente el ámbito de un municipio), que es capaz de brindar una respuesta social organizada a las necesidades y demandas de salud de los conjuntos sociales que lo habitan, articulando los recursos institucionales y comunitarios disponibles hacia la producción social de la salud.

La finalidad de un sistema local de salud es el desarrollo integral de la salud de sus comunidades, en base a una estrategia de promoción de la salud en estrecha relación con la equidad y el desarrollo económico.

En los SILOS se produce la articulación entre lo social y lo económico, transformándose en un binomio indivisible de salud, bienestar y desarrollo.

Los recursos que operan en el sistema pertenecen no sólo al sector salud, sino también a otros sectores componentes del desarrollo social a nivel local, ya sean institucionales o comunitarios.

Desde luego, no puede concebirse un sistema local de salud, sin una red de servicios adecuada en cantidad y calidad a las necesidades y demandas de la población bajo responsabilidad. Esta red, conformada con todos los recursos existentes en el espacio local, debe articularse según niveles de atención, a fin de asistir todas las necesidades de salud.

Pero también las formas y mecanismos de interacción de la población con los servicios de salud, así como la estructura social de apoyo y su propio comportamiento para proteger y buscar solución a sus problemas de salud, son componentes esenciales de un sistema local de salud.

COBERTURA UNIVERSAL

La cobertura universal de salud implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo.



Aportes de cátedra

<http://new.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>

https://salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- González García G. Y Tobar, F. 2004. *Salud Para Los Argentinos*. Ediciones Isalud. Argentina.
- González García G. Y Tobar, F. 1997. *Más Salud Por El Mismo Dinero*. Ediciones Isalud. Argentina.
- KATZ, Jorge. 1993. El sector salud en la República Argentina. Primera edición. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- TOBAR, Federico 2003. Herramientas para el análisis del sector salud. Medicina y Sociedad. Argentina.
- M Ackinson, G. 1999. "Salud Pública, Asignación de Recursos y Justicia", En *Cuadernos De Bioética* (57-65). Argentina.
- Ministerio De Bienestar Social. 1972. *Las Obras Sociales en La República Argentina*. (2a. Edición). INOS. Argentina.
- Ministerio de Salud Pública Y Medio Ambiente. Área De Recursos Financieros. 1982. *Encuesta De Utilización De Servicios Y Atención Médica*. Argentina.
- **POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA, Programa Médicos Comunitarios, Módulo 5: Políticas De Salud / Ginés González García; Con Colaboración De Mariela Rossen; Edición Literaria a cargo de Mariela Rossen. - 1a Ed. 2a Reimp. - Buenos Aires, Ministerio De Salud De La Nación, 2010. ISBN 978-950-38-0020-1**

NOCIONES DE ADMINISTRACIÓN

Existen numerosas definiciones que permiten descifrar en que consiste esta actividad humana. Se puede decir que:

- Administrar es realizar actos mediante los cuales se busca el **aprovechamiento de los recursos** materiales, humanos, financieros y técnicos de una organización hacia el cumplimiento de los **objetivos** institucionales
- Administración es un proceso por el cual se **coordina** la utilización de los **recursos**, onerosos y escasos, desarrollado con **eficacia y eficiencia** y que permite la obtención de los **objetivos** pre determinados.

Se analizará a continuación esta definición:

Coordinar: significa que para poder administrar se necesita que todos los elementos comprendidos en dicha función trabajen en forma totalmente sincronizada y equilibrada. Se puede decir en sintonía total, no es otra cosa que el trabajo en equipo,

Recursos: cuando se habla de recursos se está refiriendo a edificios, instalaciones, equipos, rodados y también a personas, este último ha cobrado en el presente la relevancia que siempre debió tener surgiendo los conceptos de capital intelectual, **capital humano**, capital social. Los recursos son obviamente escasos y además onerosos, quiere decir que generan costos.

Eficacia y Eficiencia: eficacia significa el logro de los objetivos, la obtención de una meta o propósito que se había fijado previamente. Eficiencia se trata de que el logro de los objetivos se realice utilizando la menor cantidad de recursos posible.

Objetivos: nadie puede encarar una tarea un proyecto una actividad si no tiene establecido uno o varios fines a lograr, estos deben ser establecidos antes de decidir las acciones.

Administración es un arte y también es una ciencia porque es un conocimiento sistematizado, elaborado mediante observaciones, razonamientos y pruebas organizadas a partir de un método.

La Administración está compuesta también de **técnicas** que son las herramientas que están a disposición del administrador y que le ayudan a desempeñar sus actividades. Las técnicas son formas de hacer las cosas, métodos para lograr un determinado resultado con eficiencia.

LAS ORGANIZACIONES

La administración se implementa en las organizaciones.

Una organización es un conjunto de personas que manejan recursos, que poseen valores en común y que tienen objetivos compartidos y pre determinados.

Se puede observar que no hay organización posible sin personas, por lo cual es un elemento netamente social.

Por otra parte, una organización no puede prescindir de la tecnología que necesita para su desarrollo.

Una organización deberá ser dinámica y tendrá que ser observada bajo el concepto de un sistema abierto.

Esto significa que todas las organizaciones interactúan con sus contextos que debieran siempre estar referenciado a un marco ético.

Una organización puede tener distintos fines, puede haber organizaciones religiosas, educativas, sanitarias, deportivas, con o sin fines de lucro, el Estado etc. todas estas organizaciones desempeñaran distintas actividades, tendrá distintos tamaños y distintas formas de propiedad.

FUNCIONES BÁSICAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

La teoría dentro de la línea propuesta por Fayol adopta cuatro elementos clásicos, básicos y esenciales:

1.- PLANIFICACIÓN: para que el esfuerzo de un grupo sea eficaz sus componentes deben saber que se espera de ellos, de esto se ocupa la función de planeamiento.

Abarca las actividades de diagnóstico de la institución y su entorno, el trazado de objetivos, metas y de las formas para alcanzarlos. Se necesitará tomar decisiones, es decir elegir entre cursos de acción posibles, teniendo en cuenta el riesgo asociado de cada alternativa.

2.- ORGANIZACIÓN: organizar entre otras cosas abarca:

- Asignación de los diversos recursos
- División del trabajo
- Diseño organizacional
- Establecer de donde viene la autoridad y principios de delegación
- Fijar la dotación del personal y realizar gestión de recursos humanos
- Establecer reglas para la administración del cambio y desarrollo organizacional
- Administrar el conflicto y la creatividad

3.- DIRECCIÓN: es la función que relaciona más directamente a los gerentes con sus subordinados. La dirección consiste en trabajar con otros y asegurar la eficacia de la organización. Puede ser realizada con una mezcla de poder formal y con liderazgo.

Los temas que comprenden la dirección son:

- Motivación, desempeño y satisfacción
- Liderazgos
- Grupos y comités
- Comunicación interpersonal y organizacional
- Carreras organizacionales y desarrollo individual

Motivación: es la fuerza que causa, canaliza y sostiene el comportamiento humano. Una de las características fundamentales de las personas es que son seres complejos que se desenvuelven en un ámbito contingente y sus motivaciones no son siempre fáciles de descubrir, se puede decir que motivación es el surgimiento y persistencia de un comportamiento que puede potenciar una conducta existente, modificarla, desactivarla o crear una conducta nueva

Liderazgo: el liderazgo gerencial es el proceso de influir positivamente en las actividades de los miembros del grupo relacionados con las tareas, produciendo una adhesión natural.

Grupos y comités: el grupo puede definirse como dos o más personas que interactúan entre sí, que se influyen mutuamente y que tienen una meta en común, en general en una organización existen 2 tipo de grupos:

- Formales: grupos de mando, comités, grupos especiales constituidos por jefes y subordinados
- Informales: que surgen cada vez que las personas se reúnen, interactúan por algún grado de afinidad.

4.- CONTROL: no se concibe una buena administración sin una vigilancia y seguimiento de las actividades. Se puede decir que el control administrativo es un esfuerzo sistemático para fijar niveles de desempeño, con objetivos de planeación, para comparar el desempeño real con los niveles determinados previamente, para determinar si hay desviaciones y para tomar las medidas tendientes a garantizar que todos los recursos se utilicen de la forma más eficaz.

Pasos del proceso del control:

- Establecer métodos y criterios para medir el desempeño
- Medir el desempeño
- Comparar lo medido con lo establecido
- Tomar medidas correctivas y preventivas Tipo de métodos del control
- Preventivo, también llamado preliminar.

- Concurrente
- Control de retroalimentación

Concurrente: es el que permite vigilar la organización durante la realización de los procesos

Retroalimentación: son los que se realizan posteriormente al resultado de la acción. Si los procesos tienen tiempos de ciclos breves, las correcciones son casi inmediatas y se evitan consecuencias indeseables.

En resumen...

El administrador debe planificar para conocer los recursos con lo que cuenta, trazar objetivos y metas, fijar un cronograma y responsables. Debe también organizar, es decir distribuir el trabajo y los recursos correctamente, delegar y establecer la cadena de mando asignando supervisores, jefaturas etc. Luego dirigir lo cual implica relacionarse directamente para la realización y ejecución de las actividades. Por último, controlar o se realizar el seguimiento continuo de las actividades para ir produciendo cambios para lograr la calidad.

ADMINISTRACIÓN SANITARIA

La Administración en Salud o Administración Sanitaria es la ciencia social relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las organizaciones públicas y privadas orientadas al cuidado y fomento de la salud, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. Es el campo relacionado con la gestión y administración de hospitales, redes sanitarias y sistemas de salud.

Administrar es utilizar los recursos disponibles para llevar adelante acciones que ayuden a conseguir los objetivos. Por ejemplo, se puede administrar el dinero, los recursos humanos o la infraestructura, el equipamiento etc. **Gestionar**, por su parte, es poner en marcha lo planificado durante la administración. Se puede gestionar un proceso de innovación y desarrollo.

HABILIDADES DEL ADMINISTRADOR

- Tener en claro los objetivos, compartirlos y trabajar para su logro. Organizaciones administradas a "perpetuidad" implica que el que suceda puede conocer y continuar la tarea del anterior administrador.
- Promotor de la participación permanente del equipo, escuchar aportes y utilizarlos, el personal asistencial es el que está en interacción con los pacientes, por lo tanto, conocen mejor las necesidades. También las de sus compañeros
- Ser capaz de tomar decisiones y ejecutarlas.
- Previsión sobre lo que pueda suceder, también planificarsituaciones de emergencia sanitaria.
- Fomentar la buena comunicación.
- Selección del personal para que sea el adecuado a los objetivos de la institución y a las necesidades de los pacientes. Tener en cuenta también las relaciones que se establecen al interior de la institución entre el personal de diferentes sectores.
- Capacitación continua, necesaria en el ámbito de la salud.
- Uso efectivo de la autoridad, saber dirigir, saber ejercer autoridad no vinculada al poder que le confiere su orden jerárquico, sino por la búsqueda de consenso y el liderazgo.
- Ser motivador y entusiasta, que los procesos se realicen con fluidez.
- Mantener un sistema de información. Utilizar las herramientas informáticas para mejorar la información. Ej. Historias clínicas electrónicas, correos institucionalizados, etc.
- Reconocer y estar dispuestos a los cambios.

La Administración de Servicios de Salud es una de las disciplinas de la Salud Pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. El administrador procura que los recursos disponibles para la promoción,

protección y restauración de la salud y prevención de la enfermedad sean utilizados, tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad.



PROBLEMÁTICA

El desarrollo de las actividades en los servicios de Salud es un proceso de alta complejidad, ya que no se relaciona únicamente con alcanzar los resultados esperados en la planificación, sino que tiene que ver con todos los elementos, visibles y no visibles, que deben darse para lograr dichos resultados. Al momento de la ejecución es sumamente común que surjan una serie de complicaciones y obstáculos de carácter logístico y de naturaleza humana que a veces llegan hasta a neutralizar la acción en las unidades operativas.

Muchas veces la dirección es concebida y desarrollada de una manera bastante tradicional; se reproducen en buena medida las características verticalistas, estáticas, de limitada creatividad, con escasa o nula participación de los integrantes y peor aún de la comunidad. Esto contribuye también a disminuir la eficiencia y calidad de los servicios y, por lo tanto, a afectar la legitimación de los mismos ante la comunidad.

Al no conocerse y por lo mismo no tomarse en cuenta la cultura organizacional, es decir, las características individuales y colectivas de los miembros de las unidades de salud, se cierra un camino de gran importancia que puede conducir a la mejora considerable en el funcionamiento de dichas unidades. La falta de sentido de pertenencia, la existencia de conflictos interpersonales e inter grupos, son a menudo elementos que pasan desapercibidos ante los directivos y que pueden ser la base de problemas trascendentes.

Otro elemento fundamental y que muchas veces no está presente en el manejo de las Áreas de Salud, tiene que ver con la profunda relación entre los servicios y la comunidad; para la etapa de la planificación, como ya hemos señalado en módulos anteriores, es indispensable la participación conjunta del servicio y

organizaciones de la sociedad; pero de igual manera el control de la ejecución debe ser efectuado con similares niveles participativos, que no solamente tienen que ver con la eficiencia, sino con conceptos de rendición de cuentas y control social de la gestión en salud.

CALIDAD EN SALUD

La finalidad de cualquier sistema sanitario es promover y mantener la salud, evitar, aliviar y tratar la enfermedad, asegurando que los servicios que ofrece posean las características mínimas de equidad, accesibilidad y calidad.

En las últimas dos décadas la seguridad y la calidad se han convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios. En mayo del 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la Resolución "Calidad de la atención: seguridad del paciente", por la que compromete a los estados miembros a prestar mayor atención al problema de la seguridad del paciente, a establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

Uno de los mayores expertos en calidad, Avedis Donabedian (1919-2000) adaptó su teoría y aplicó los conceptos de estructura, proceso y resultado para evaluar la calidad en salud.

En toda organización productiva los recursos humanos constituyen un recurso estratégico y crítico necesario para alcanzar el éxito. Esto es mucho más cierto en las organizaciones sanitarias, cuyos servicios van directamente a las personas y están basados primordialmente en la relación interpersonal.

La relación usuario-operador está caracterizada por el grado de personalización y humanización de la prestación.

Ante este escenario la gestión y desarrollo del RRHH representa el punto crítico de cualquier sistema y es el principal determinante de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

- DEVER, Alan. 1991. *Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud*. 1era Edición. México. OPS/OMS.
- LEMUS, Jorge y otros. 2009. *Administración Sanitaria y de Organizaciones de atención de la Salud*. Rosario Argentina. Corpus. Disponible en: http://www.academia.edu/21804773/LIBRO_Administracion_Hospitalaria_y_de_Organizaciones_de_Atencion_de_la_Salud
- MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1999. *Medicina y Salud Pública*. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA.
- RAMOS DOMINGUEZ, Benito. 2011. *Control de Calidad de la Atención de Salud*. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas.

UNIDAD V

NOCIONES DE PLANIFICACION EN SALUD

Hay muchas acciones que se realizan rutinariamente, ya sea en el hogar o con los amigos, cuando salimos de compras, en nuestros estudios y en el trabajo, y, sin embargo, pocas veces somos conscientes de su importancia, como sucede con la *planificación*.

Desde la perspectiva de nuestra rutina diaria, es fácil comprender por qué planificamos, de no hacerlo esto implicaría un alto riesgo de no poder alcanzar nuestro propósito, de no llegar al lugar deseado o no terminar lo que se quería, o en su defecto, llegar a un resultado que no era el deseado.

Por ello, no planificar implica tener muy posiblemente que enfrentar las contrariedades por el o los intentos fallidos.

Ciertamente, la *planificación* ha estado presente en la vida del ser humano desde siempre, esto entre otros factores, distingue al hombre del animal.

La planificación trata de decidir **qué se quiere, a dónde se quiere llegar** en un tiempo determinado, **las acciones que se tomarán, los medios que se utilizarán y quiénes serán los responsables** de llegar hasta donde se desea.

Ante la imposibilidad del ser humano de conocer el futuro, intenta mediante la planificación minimizar los riesgos y aprovechar las oportunidades que se le presentan. La planificación en organizaciones de salud se define como:

“Un proceso mediante el cual se precisan objetivos y se asignan recursos para su logro, utilizando determinadas técnicas que sitúan en el tiempo y en el espacio las metas que se persiguen.”

También como: ***“Un proceso sistémico, integral, racional y continuo de previsión, organización y uso de los recursos disponibles de un país, una región, una empresa o una familia, con miras a lograr objetivos y metas en un tiempo y espacio prefijados”***

Características

La definición más elaborada señala que es un **proceso** porque incluye la entrada de insumos (recolección de información), se da una acción transformadora (análisis de la información y la toma de decisiones) y se obtiene un producto (un plan que define lo que se quiere lograr, cuándo y con qué recursos).

Este proceso es **sistémico** pues toma insumos que transforma en un producto, pero, a la vez, realimenta el flujo de tareas que implica y lo hace **continuo**; es **integral** porque para una mejor toma de decisiones, considera todos los factores que afectan las acciones de la organización para la cual se está planificando y es **racional** porque por una parte, hace uso de técnicas y herramientas científicas y, por otra, requiere de la decisión consciente sobre los cursos de acción que se tomarán.

Al construir una definición, se puede decir que la planificación es una herramienta de trabajo que conlleva un proceso de elección racional de las alternativas de acción y de la asignación de los recursos, con el fin de alcanzar los objetivos de la organización.

LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR

Lo que hace a la *planificación* una actividad importante en la gestión de las organizaciones, es el hecho de que los recursos siempre son escasos o limitados, mientras las necesidades son ilimitadas.

Ejemplo: el dinero que tenemos, es siempre una cantidad limitada aun cuando sea alta; el recurso humano en las organizaciones es un número finito de personas; la planta física es un espacio dado que no se puede extender en forma indefinida.

Que los recursos sean escasos, obliga a tratar de identificar los medios que permitan su mejor uso para alcanzar los propósitos definidos. Todo esto se refiere a que propicia el uso racional de los recursos y, con ello, el desarrollo de la organización.

¿Quién tiene que planificar?

La planificación no es una actividad exclusiva de expertos, por el contrario, está presente en muchas áreas de la vida humana, y tiene como fin, hacer el mejor uso de los recursos para alcanzar lo que se desea en un plazo determinado.

La planificación es tan importante en la empresa privada como en la pública y para su implementación exitosa, es conveniente observar varios elementos claves, como que sea un **proceso participativo**, definido según las condiciones de la organización y sus recursos, debe coadyuvar en la gestión y no constituir un obstáculo que se cumple por mero requisito administrativo, y debe partirse de un modelo sencillo que se irá ajustando y mejorando conforme se logre mayor experiencia.

ETAPAS

La planificación como un proceso, se cumple en tres etapas. La primera etapa, la de **formulación** del plan, va desde la búsqueda de la información para elaborar el diagnóstico, hasta la discusión y aprobación del plan.

La segunda etapa es la de la **implementación y ejecución del plan** y la tercera y última, la de **control y evaluación**, que sirve de realimentación al proceso para los ajustes que correspondan.

No obstante, cabe apuntar que estas etapas no son estrictamente secuenciales, pues es posible alterar el orden con el fin de hacer ajustes, según lo requieran las condiciones; es decir, que el proceso debe ser flexible, sin que esto signifique que todo puede variarse en cualquier momento, sino más bien, cuando las condiciones así lo ameriten, pues de lo contrario, no sería posible alcanzar el horizonte definido.

A continuación, se detalla cada una de las etapas del proceso de planificación.

1.- LA FORMULACIÓN

La formulación del plan consiste en la toma de decisiones sobre los cursos de acción que se tomarán en las diferentes alternativas posibles, lo cual implica definir dónde se quiere llegar, cuándo, con qué recursos y quiénes serán los responsables. Estas decisiones serán plasmadas en el plan, cuya elaboración conlleva tres tareas:

1. Diagnóstico de la situación. Planteo de problemas
2. Priorizar
3. Definición de objetivos y metas
4. Identificación y programación de las actividades y recursos humanos, materiales, financieros, etc.

Diagnóstico de la situación

Como paso inicial para la elaboración de un plan, es necesario conocer el entorno de la organización, las condiciones tanto internas como externas, que permitan comprender cómo la afectan; a partir de ahí decidir los medios que se utilizarán, para aprovechar los aspectos positivos y enfrentar los negativos, y de esta forma alcanzar los objetivos.

Para la elaboración del diagnóstico y con el fin de que sea preciso y oportuno, la **información** que se recolecte debe cumplir con las siguientes características:

Objetiva y confiable: es decir provenir de fuentes fiables,

Oportuna: implica que debe obtenerse en el momento necesario para la toma de decisiones.

Clara: que sea fácil de entender y que no induzca al error, a la confusión o a la mala interpretación.

Relevante: es decir, que debe ser pertinente a las decisiones que se van a tomar **Suficiente:** se refiere a que debe incluirse toda la información necesaria. En este punto hay que tener cuidado en no caer en “la parálisis por el análisis”, es decir, que sea tanta la información que se desee recolectar y analizar, que el tiempo requerido para llegar al punto de definir los objetivos y metas sea muy extenso.

El análisis de la situación debe incluir tanto al ambiente interno como el externo.

Ambiente interno

En lo que corresponde al ambiente interno, se trata de conocer cuál es la situación de la organización, cómo está estructurada, cómo se dan sus procesos, cuáles son los lineamientos que la rigen, cuáles son las condiciones de sus recursos, entre otros aspectos, por ello, debe contar con información como:

Las políticas y directrices generales de la organización: estas son las pautas generales sobre la prestación de servicios.

La organización administrativa: son las líneas de coordinación con otras instancias, líneas de mando, sistemas de información, responsabilidades legales, procesos de trabajo, normas y procedimientos.

Los recursos disponibles: se refiere al recurso humano, la capacidad financiera, la disposición de planta física, equipo y materiales

Las condiciones de su oferta de servicios: esto es respetando la capacidad de producción, la calidad de sus servicios, las posibilidades de crecimiento y desarrollo de los servicios.

Ambiente externo

En lo referente al entorno exterior, es necesario conocer las condiciones de la comunidad donde está ubicada la organización, pero, además, las del país en general que también le afectarán, así como los elementos políticos, sociales y económicos que afectan la situación de salud de la población, y que producen algún impacto sobre la demanda de servicios. Por ello, se deben incluir dentro del análisis externo aspectos como:

Las necesidades y problemas de salud de los usuarios: referente a las condiciones de vida de los grupos sociales, a la morbi-mortalidad, las tendencias epidemiológicas, entre otros.

Tendencias demográficas: se refiere al crecimiento de la población, evolución por grupos de edad, migraciones.

Las condiciones socio-económicas de la comunidad y del país en general, como crecimiento de la economía, inflación, empleo, política salarial, educación, vivienda **Tendencias políticas y lineamientos de gobierno** y en particular, las del Sector Salud

Una de las técnicas utilizadas

El análisis de situación constituye un insumo para el diagnóstico general, pues mucha de la información que se requiere ya ha sido recolectada

El FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) es una herramienta comúnmente utilizada para el análisis de la situación; con esa información se presenta un cuadro de la situación actual sobre los elementos que componen el FODA.

Establecimiento de prioridades

El **núcleo de la planificación es la toma de decisiones** sobre el curso de acciones que tomará la organización. Cuando se tiene el diagnóstico de situación, se identificarán con base en el futuro que se desea, los posibles aspectos a retomar en el plan, según los resultados del FODA.

A partir de entonces, se deben determinar aquellos aspectos que son críticos para el cumplimiento de los objetivos.

Con los aspectos identificados, se deben priorizar los primeros cinco más importantes, aquellos que se consideren que van a tener mayor impacto.

Esto permite que el esfuerzo de la organización se enfoque en aspectos realmente vitales, y de esta forma, no se desviará la atención hacia asuntos de menor importancia. El resto de asuntos identificados y que no se encuentren entre los priorizados, se deben dejar para ser retomados posteriormente, o desechados.

De los asuntos prioritarios, algunos de ellos requerirán más investigación y análisis adicional, con el fin de identificar los medios para abordarlos.

Después de concluidas las investigaciones necesarias, se debe elaborar un resumen de las conclusiones y de las opciones que tienen mayor potencial para ser considerados como un asunto crítico. Este resumen servirá de base para el establecimiento de los objetivos y los medios para alcanzarlos.

Definición de objetivos

Cuando ya se ha acordado el futuro que se desea en un período determinado y se han definido los cursos de acción para llegar allí, se deben establecer los objetivos y las metas.

Estos elementos reflejan las decisiones tomadas en cuanto a lo que se desea lograr.

Los objetivos definirán qué y para qué se va a hacer.

El objetivo se define como la descripción de un deseo general que se intenta lograr, el cual debe ser enunciado en forma clara, realista y breve, así como debe ser razonable, medible y traducible a acciones.

Pueden elaborarse objetivos generales y específicos, de acuerdo con el alcance que tengan.

Los **objetivos generales** señalan en forma global, lo que se desea alcanzar y los objetivos específicos detallan los alcances de los generales, establecen logros parciales. En conjunto, los objetivos específicos deben concluir a lograr el objetivo general.

Requisitos y características de los objetivos

En la elaboración de los objetivos generales y específicos, es necesario que los primeros deben poder segregarse en al menos dos específicos.

Cuando un objetivo no puede ser definido en objetivos específicos o parciales, entonces no se trata de un objetivo general, pues estos deben comprender logros amplios, que por definición, para ser alcanzados, requieren de logros más pequeños.

En la elaboración de los objetivos es necesario considerar algunas características, para que sean realmente comprensibles y alcanzables:

Claros y lógicos: deben ser expresados de tal forma que sean fáciles de comprender, que no se requiera de mayor explicación.

Medibles: debe haber medios que permitan con facilidad saber el grado de avance en su ejecución.

Realizables: los objetivos deben ser susceptibles de ser alcanzados, pero a la vez, deben implicar esfuerzo, pues de lo contrario, no incentivan al trabajo ni permiten a llegar más allá de donde se está.

Concretos: deben ser expresados en forma clara, en forma breve y concisa.

Pocos: un número grande de objetivos no implica augurios de éxito, por ello los planes deben contener un número racional de objetivos, pues difícilmente la organización se puede abocar al logro de muchos.

Es necesario hacer una priorización de los aspectos más relevantes y dirigir los esfuerzos para alcanzarlos.

Redacción de los objetivos

Se deben observar dos claves, una de ellas de fondo es que se tienen que formular como acciones que tienen un principio y un fin, y otra, de forma que deben utilizarse verbos que impliquen compromiso.

En ocasiones se redactan objetivos ambiguos, que no implican un compromiso real, e, incluso, su medición es difusa, como ocurre cuando se emplean infinitivos verbales como **coordinar, apoyar, participar, mejorar etc.** Estos verbos no implican un producto en particular y cualquier acción, que se reporte relacionada puede inducir a reconocer que el objetivo fue alcanzado.

Definición de las metas:

Concepto: las metas indicarán **cuánto y cuándo**, de los objetivos se quiere lograr en un tiempo definido, es decir, que amplían lo propuesto en el objetivo.

Mediante las metas se mide el grado de avance en el logro de un objetivo, por eso deben ser medibles y fácilmente verificables, así como deben ser redactadas en forma clara. Para la redacción de una meta se debe incluir la respuesta a interrogantes como los siguientes: **que se desea, qué tipo (cantidad y calidad), para quién, por quiénes y cuándo**, en relación con los objetivos.

Cada objetivo puede tener una o más metas.

Con el fin de verificar que se han elaborado correctamente los objetivos generales, los específicos y las metas, es conveniente hacer una revisión a la inversa, es decir, corroborar que si las metas definidas se cumplen, se alcanzan los objetivos específicos y si estos se cumplen, se da por alcanzado el objetivo general.

Identificación y programación de las actividades y los recursos

Con base en los objetivos y las metas planteadas, se realiza la identificación y programación de los recursos. Esta etapa llamada programación es la definición racional de las **actividades**, los **recursos** y el **tiempo** que requerirá cada una de las metas para ser alcanzadas.

Para llevar a cabo la programación, se definen para cada meta las actividades que intervienen en su ejecución, para luego ordenarlas cronológicamente. Luego debe definirse la vinculación existente entre unas y otras; es decir, se identifica si una actividad debe realizarse antes que otra, las actividades simultáneas, y las actividades posteriores.

A cada actividad se le debe asignar el tiempo que requiere para su ejecución, así como los recursos necesarios y el responsable de que se lleve a cabo. Esta programación debe realizarse con base en las posibilidades de la organización.

La programación debe proponerse con la participación de aquellos responsables de la ejecución, de modo que se sientan involucrados y se comprometan con su cumplimiento.

La definición de los responsables tiene gran importancia, pues es lo que asegura que alguien estará vigilante de que se efectúen las actividades, sin embargo, es necesario que se identifique un solo responsable, y en los casos en que varias personas o dependencias tengan participación en la ejecución de las actividades, se debe establecer cuál es el que tiene mayor responsabilidad, que incluso debe asegurarse de coordinar los esfuerzos de los otros participantes para que lleven a cabo las actividades.

Cuando no se define un responsable o cuando se señalan varios sin destacar a ninguno, se corre el riesgo de que nadie asuma el control por la ejecución de las actividades o que la responsabilidad quede diluida en la organización y, por tanto, no pueda pedirse a nadie que rinda cuentas.

El presupuesto

El presupuesto constituye la expresión en unidades monetarias de la programación realizada. Se refiere a la asignación de costos de las actividades que se deberán realizar, y la estimación de los ingresos, de las necesidades de inversión (adquisición de equipo y planta física) y los gastos.

El presupuesto se define para un período determinado, y tiene como fin definir el mejor uso y asignación de los recursos, así como permitir el control de las actividades de la organización en términos financieros.

Asimismo, su expresión en unidades monetarias posibilita una mejor comparación entre diferentes unidades de la organización, así como permite el control de sus operaciones, define el límite de las erogaciones, facilita la identificación de las desviaciones, permite una comprensión más clara de las metas propuestas y reduce al mínimo el desperdicio, pues evita las compras innecesarias y el despilfarro en materiales.

El presupuesto hace posible también conocer el costo de los productos que se desea ofrecer a la población (consultas, vacunas, cirugías) y con ello llevar un mejor control del uso de los recursos, pero, además, permite determinar si los objetivos y metas propuestos son posibles de obtener de acuerdo con los recursos con que cuenta la organización.

A partir de la definición de los recursos que se requerirán en la ejecución de las actividades, ya sean humanos, materiales, equipo, y planta física, estos se traducen a términos monetarios, y se clasifican de acuerdo con los rubros existentes en la estructura presupuestaria.

2.- LA EJECUCIÓN DEL PLAN

La ejecución del plan es el final lógico esperado, es decir, el plan se elabora con el fin de ponerlo en práctica. En el sentido estricto de la administración, la ejecución del plan ya no es parte del proceso de planificación; sin embargo, su importancia es tanta como la elaboración, pues como antes se señaló, la planificación no es un fin en sí misma, sino es más bien una herramienta de trabajo para identificar el mejor curso de acción para alcanzar los objetivos de la organización y hacer uso óptimo de los recursos. El plan debe ser aprobado, divulgado y puesto en práctica.

Además de una efectiva divulgación y asignación de las responsabilidades, la organización debe identificar los ajustes que deben realizarse para la ejecución del plan, como las necesidades administrativas del plan, el establecimiento de líneas de coordinación, la definición o adecuación de los sistemas y procedimientos administrativos, el ambiente físico y laboral.

3.- EL CONTROL Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El éxito o fracaso de la ejecución del plan se mide mediante el control y evaluación del cumplimiento de sus objetivos y metas.

El control y la evaluación del plan son necesarios, con el fin de velar por su cumplimiento y para introducir mejoras o medidas correctivas cuando las condiciones así lo ameriten, de modo que se asegure el logro de los objetivos y metas.

Generalmente se interpretan los términos control y evaluación como sinónimos, sin embargo, vale señalar que el control se refiere a la comparación de lo que se va logrando con respecto a lo propuesto.

El control se lleva a cabo con regularidad, de modo que se puedan identificar desviaciones y se pueda corregir rápidamente.

La evaluación requiere de la información que se obtiene mediante el control, para efectuar el análisis sobre los factores que inciden en el cumplimiento de los objetivos y metas: si hay diferencias entre lo propuesto y lo alcanzado, la evaluación identifica los factores y la forma en que inciden sobre el cumplimiento de lo propuesto.

Para llevar a cabo el control y la evaluación, antes es necesario la definición de los indicadores, que son los que señalan la forma en que se medirá el avance en el logro de los objetivos y las metas.

Un indicador se define “como una medición cuantitativa de variables o condiciones determinadas, mediante la cual es posible entender o explicar una realidad o un fenómeno en particular y su evolución en el tiempo”.

BIBLIOGRAFIA

- Blanco Restrepo, Jorge Humberto; José María Maya Mejía (2006). Administración de servicios de salud (2da edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. p. 46.
- Barrenechea, J. Trujillo, E, De Chorny A. 1991. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Universidad de Antioquia. Colombia.
- De Chorny A, “Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes”, en Cuadernos Médicos Sociales, 73: 23-44. Mayo de 1998. Rosario. Argentina
- Gobierno de Tucumán. Secretaría de estado de Planeamiento. Dirección de modernización. Manual metodológico para la planificación estratégica. Mayo 2004. <http://www.tucuman.gov.ar/planeamiento/planificacion/productos.htm>
- Matus, Carlos. 1985. Planificación, Libertad y Conflicto. Ed. IVEPLAN, Venezuela,
- Ministerio de Salud de la Nación. 2017. Curso Salud Social y Comunitaria. Módulo 4. Herramientas para la Planificación y Programación Local. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001029cnt-modulo_4_herramientas-planificacion-programacion-local.pdf
- Niremborg O, Braverman J.; Ruiz V. 2003. Programación y evaluación de proyectos sociales: aportes para la racionalidad y la transparencia. BsAs, Edit. Paidós.
- Paganini, J. M. Programación en los Sistemas Locales de Salud. Publicación Científica Nº 519. OPS/OMS. Washington D.C. 1990. ☐
- Testa, M. 1989. Pensamiento estratégico y lógica de la programación. El caso de salud, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.

UNIDAD VI

NOCIONES DE EPIDEMIOLOGÍA

Concepto

La **epidemiología** es una disciplina científica que estudia la frecuencia, distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas.

La Epidemiología se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados por estos procesos, cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de salud y enfermedad, con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su aparición.

En resumen, la función más importante de la Epidemiología es determinar la frecuencia -o sea la cantidad de veces- que sucede algo y la exposición a factores de riesgo que se asocian con daño o enfermedad.

Breve historia

La Epidemiología es una ciencia relativamente joven. Hay quienes remontan sus orígenes a Hipócrates y quienes consideran que ya las civilizaciones orientales tenían conocimientos de Epidemiología.

Sin embargo, su desarrollo como disciplina, con bases teóricas y procedimientos sistemáticos de estudio, recién se consolida a mediados del siglo XIX, junto con el nacimiento de las teorías modernas sobre la causalidad de las enfermedades.

El momento del desarrollo de la Epidemiología como disciplina no es casual, pues coincide con cambios sociales y demográficos producidos por el aumento de la población en Europa y su concentración en las ciudades, que facilitaron la extensión de muchas enfermedades como el cólera, la peste y las enfermedades respiratorias, por ende, la oportunidad de estudiar mejor los fenómenos epidémicos.

Se usó el nombre de peste para describir cualquier tipo de enfermedad que hacía estragos en las comunidades.

En el año 1854 el médico patólogo John Snow describió una epidemia de cólera en la ciudad de Londres, faltando 30 años para que Luis Pasteur demostrara la teoría de los gérmenes.

Sin embargo, Snow observando el comportamiento de la enfermedad en la población, las características de los que enfermaban y/o morían por la enfermedad, y los caminos que seguían las rutas de la enfermedad, pudo establecer el modo de transmisión del cólera y algunas reglas generales que aún están vigentes en cuanto a la transmisión de esta enfermedad.

Si bien su nombre proviene del término epidemia, los alcances de la epidemiología actual superan esa concepción.

La Epidemiología clásica

La Epidemiología clásica enfatiza el estudio y medición de las causas y los factores de **riesgo biológicos** de enfermedades específicas en los individuos, los que son clasificados, de manera dicotómica en “enfermos” y “no enfermos”.

La epidemiología clásica se centra en los daños, con indicadores negativos tales como: morbilidad o mortalidad en momentos o períodos determinados.

El Paradigma central de la epidemiología clásica es el de Riesgo

En este sentido las críticas que recibe tienen fundamento en la imposibilidad de incluir algunas variables de enorme peso en la determinación del daño en salud, como las características sociales o culturales.

La Epidemiología social

La Epidemiología social enfatiza el **estudio de los determinantes sociales de la salud**, las enfermedades y el bienestar en las poblaciones, en vez de considerarlos simplemente como “contexto” en el que se desarrollan los fenómenos biomédicos

Estos determinantes condicionan una diferente distribución de la exposición y vulnerabilidad a riesgos y daños en las poblaciones.

La epidemiología social propugna una “Epidemiología de la Salud”, en la cual se establezcan “Indicadores de Salubridad” de las poblaciones.

La perspectiva de la epidemiología social es poblacional (colectiva), y trata de responder a la siguiente pregunta: “¿Por qué algunas poblaciones son menos saludables que otras?”.

Aplicaciones de la Epidemiología

En el campo de la salud pública existen diversos modos de aplicar enfoques epidemiológicos. Algunos de ellos son:

- Conocer la situación de salud de la población.
- Medir el efecto de ciertas medidas terapéuticas, evaluar el efecto de nuevas drogas o el impacto de nuevos procedimientos
- Estudiar las causas de las enfermedades
- Identificar grupos humanos que requieren ser atendidos prioritariamente.

- Medir el impacto de las acciones de salud, así como la eficiencia y eficacia de las decisiones adoptadas, evaluando los servicios de salud.
- Conocer la evolución de las enfermedades (Epidemiología clínica).

Variables epidemiológicas de persona, de tiempo y de lugar

Independientemente del enfoque de análisis empleado, las variables de Tiempo, de Lugar y de las Personas conforman una plataforma básica de trabajo para la epidemiología.

Variable Persona

Los rasgos, cualidades, propiedades de la persona, por tener alguna relación con una enfermedad, tiene interés epidemiológico, siendo que individuos con ciertos rasgos pueden tener mayor o menor posibilidad de poseer un evento que otro con rasgos diferentes

¿Por qué algunas personas enferman y otras no?

Según el problema en estudio, importa conocer características de las personas como ser su edad, el sexo, la raza, nivel de instrucción, su situación económica o condiciones genéticas.

Variable Tiempo

Es esta una variable de gran importancia en epidemiología. De ella interesa observar la frecuencia con la que ocurre un evento de acuerdo en función del tiempo; la existencia de variaciones estacionales, de ciclos o períodos en la aparición del problema, la duración de los síntomas de una enfermedad; el periodo de incubación y de resolución de la enfermedad y la velocidad de propagación de ésta en la comunidad. El seguimiento en el tiempo de un problema de salud por periodos prolongados, permiten establecer su tendencia secular y analizar la influencia de los factores del contexto ambiental y humano que puedan dar cuenta de la tendencia observada.

¿Cuándo ocurrió el evento?

Variable Lugar

El área comprometida, su clima, flora, fauna, y otras variables que puedan guardar relación con el fenómeno observado, como la geografía de la zona, la ubicación de los asentamientos humanos en relación con su entorno geográfico, requieren ser consideradas y detallados. En ocasiones, las condiciones geográficas están en correspondencia con las características de los sujetos que la habitan. Dónde se presentó el evento?

Definiciones básicas

Se llama **epidemia** a la aparición en una comunidad o región definida, de muchos casos de una enfermedad con una frecuencia que claramente supera la incidencia normal prevista. O sea que muchas personas de una región o país se infectan al mismo tiempo con una enfermedad, por ejemplo, la gripe durante la época invernal.

Un **brote epidémico** es la aparición de dos o más casos asociados en tiempo, lugar y persona o bien el incremento significativo de casos en relación a los valores habitualmente observados.

También se llama brote a la aparición de una enfermedad en una zona hasta entonces libre de ella.

Una **pandemia** es una epidemia que se extiende en distintos países y continentes. Durante una pandemia hay un alto grado de infectabilidad y un fácil traslado de la enfermedad de un sector geográfico a otro.

El término **endemia** denota la presencia habitual (prevalencia) de una enfermedad o agente infeccioso en determinada zona geográfica o grupo de población. Cuando la presencia de una enfermedad, tanto transmisible como no transmisible, se da de una forma regular se dice que esa enfermedad existe con carácter endémico.



Teniendo en cuenta lo leído busque ejemplos de brote, epidemia, pandemia que se han dado y se dan en el mundo

MEDICIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

Cifras absolutas y frecuencias relativas

Cifras absolutas: dan una idea de la magnitud o volumen real de un suceso. Tienen utilidad para la asignación de recursos (por ejemplo, el número mensual de partos en un establecimiento hospitalario da una idea del número de camas, personal y recursos físicos necesarios para satisfacer esta demanda).

Al efectuar comparaciones, el uso de cifras absolutas tiene limitaciones, puesto que no aluden a la población de la cual se obtienen (así, 40 defunciones anuales en una población de 10.000 habitantes, puede ser proporcionalmente mayor que 50, ocurridas en una población de 20.000 habitantes). Sin embargo, la comparación de cifras absolutas referidas a la misma población en periodos cortos de tiempo puede ser un buen estimador de riesgo al mantenerse constante el denominador.

Razones: expresan la relación entre dos sucesos. A diferencia de las tasas el numerador no está incluido en el denominador y no hacen referencia a una población expuesta. En éste caso, la interpretación del cociente no alude a una probabilidad o a un riesgo, como es el caso de la tasa. Un ejemplo es la razón de masculinidad, que es el cociente entre la población de sexo masculino y la población de sexo femenino en un lugar y periodo determinado, se amplifica por 100 Ej: la razón de masculinidad fue de 98,1%, es decir, "por cada 100 mujeres había 98 hombres".

Proporciones: Expresan simplemente el peso (frecuencia) relativo que tiene un suceso respecto a otro que lo incluye (el denominador incluye al numerador). Por ejemplo, ¿Qué proporción de las muertes ocurridas en República XX en el año 2010 fue causada por enfermedades cardiovasculares?

Esto se calcula construyendo el cociente entre el número de muertes ocurridas por causa cardiovascular (22.730) y el número total de muertes ocurridas ese año (81.984) amplificado por 100

Así se dice que el 27.7% de las muertes de 2010 fueron causadas por enfermedades cardiovasculares.

Las proporciones no se interpretan como una probabilidad ni tampoco otorgan un riesgo puesto que no se calculan con la población expuesta al riesgo.

Tasas: están compuestas por un numerador que expresa la frecuencia con que ocurre un suceso (por ejemplo, 973 muertes por cáncer de mama en 2010 en República XX y un denominador, dado por la población que está expuesta a tal suceso (7.583.443 mujeres). De esta forma se obtiene un cociente que representa **la probabilidad matemática de ocurrencia de un suceso en una población y tiempo definido**.

En el ejemplo, la tasa obtenida estima el riesgo de cada mujer en República XX de fallecer de cáncer de mama en el curso de 2010.

Cuando en el denominador se trata de población general, para fines del cálculo de la población expuesta, se usa como convención la existente al 30 de junio en ese lugar durante ese año (mitad de año).

Por razones prácticas, el cociente obtenido se amplifica por algún múltiplo de 10 (ya sea 1.000, 10.000, 100.000).

INDICADORES EN SALUD

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas.

La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios".

Los indicadores de salud proveen información sobre el “sector salud”.

Existen diversos rubros relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores.

Indicadores que evalúan:

- La política sanitaria: Ejemplo la asignación de recursos, expresada como la proporción del producto nacional bruto invertido en salud.
- Las condiciones socioeconómicas. Ejemplo la tasa de crecimiento de la población, su producto geográfico bruto, la tasa de alfabetismo de adultos, indicadores de las condiciones de vivienda, de pobreza, de disponibilidad de alimento
- Las prestaciones de atención de salud. Ejemplo, la disponibilidad de servicios, su accesibilidad (en términos de recursos materiales), indicadores de calidad de la asistencia, indicadores de cobertura.
- El estado de salud. Son los más usados. Se los conoce como **indicadores epidemiológicos**. Se pueden distinguir operacionalmente al menos cuatro tipos:

1. Indicadores de Mortalidad: son ampliamente utilizados ya que la muerte es un fenómeno universal, ocurre una sola vez y se registra habitualmente en forma sistemática. Son la más simple expresión del riesgo de morir.

Tasa de mortalidad general Tasa de mortalidad infantil} Tasa de mortalidad materna Tasas de mortalidad específicas

2. Indicadores de Natalidad: miden la capacidad de reproducción de una población. Tasa bruta de natalidad Tasa de fecundidad general Tasa de fecundidad por edad

3. Indicadores de Morbilidad: intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad.

Tasa de morbilidad por causa

Tasa de morbilidad por edad y sexo Tasa de prevalencia

Tasa de incidencia

4. Calidad de vida: son indicadores generalmente compuestos que intentan objetivar un concepto complejo que considera aspectos como: capacidad funcional de las personas, expectativa de vida y nivel de adaptación del sujeto en relación con su medio

A continuación, se describen en un cuadro resumen algunos indicadores y su forma de cálculo:

Indicadores de natalidad	Definición/Cálculo	Amplificación
Tasa bruta de Natalidad	Nº de recién nacidos vivos / Población	1.000 habitantes
Tasa de Fecundidad General	Nº nacimientos/ Nº mujeres en edad fértil (15-49 años)	1.000 mujeres
Tasa de Fecundidad por edad	Nº nacimientos por grupo de edad/ Nº mujeres por grupo de edad	1.000 mujeres
Indicadores de mortalidad	Definición/Cálculo	Amplificación
Tasa de Mortalidad General	Total de defunciones / Población total	1.000 habitantes
Tasa Mortalidad según sexo	Total defunciones por sexo/ Pobl. masculina o femenina	1.000 hombres o mujeres
Tasa Mortalidad por grupo de edad	Total defunciones por grupo de edad / Población del mismo grupo de edad	100.000 personas

Tasa de mortalidad Infantil	Defunciones de menores de un año/ Total de recién nacidos vivos	1.000 recién nacidos vivos
Tasa de mortalidad neonatal	Defunciones niños menores de 28 días / Total de recién nacidos vivos	1.000 recién nacidos vivos
Tasas de mortalidad infantil tardía	Defunciones niños > 28 días > 1 año/ Total de recién nacidos vivos	1.000 recién nacidos vivos
Tasa mortalidad por causa	Total de defunciones por una causa / Población total	Variable
Indicadores de morbilidad	Definición/Cálculo	Amplificación

Tasa de morbilidad por causa	N° enfermos por causa / Población total a mitad de periodo	Variable
Tasa de morbilidad específica por edad, sexo	N° enfermos según edad o sexo/ Pobl. total a mitad de periodo según edad o sexo	100.000 habitantes
Tasa de incidencia	N° de casos nuevos de enfermedad/ Población expuesta	Variable
Tasa de prevalencia	N° casos (nuevos y antiguos)/ Población total expuesta	Variable
Tasa ataque primaria	N° casos enfermedad transmisible / Población expuesta	100 expuestos
Tasa de ataque secundario	N° casos enfermedad transmisible aparecidos después de casos 1arios/ Población expuesta	100 contactos

Las poblaciones utilizadas en el cálculo de tasas globales y específicas (subgrupos poblacionales) suelen referirse a aquellas estimadas a mitad del período de observación (por ejemplo, a mitad de año calendario). Este acuerdo se establece para poder neutralizar la posible inestabilidad de los denominadores en cuanto a sucesos demográficos tales como migraciones, mortalidad y crecimiento poblacional.

La amplificación de las tasas utilizando múltiplos de 10 constituye sólo un artificio matemático para facilitar su comprensión y comparación.

Investigación epidemiológica

El trabajar con poblaciones humanas, objeto de interés epidemiológico, lleva a asumir las limitaciones inherentes a esta condición. Por ejemplo, la dificultad de acceder a la totalidad de la población, determina la necesidad de utilizar **porciones o muestras** de ella. No cabe, por este simple hecho, otra posibilidad que organizar la información de tal forma que se pueda reconstituir la realidad mediante un modelo, usualmente un diseño de investigación.

Los **estudios de investigación epidemiológica** son el conjunto de actividades intelectuales y experimentales realizadas de modo sistemático con el objeto de generar conocimientos sobre las causas que originan las enfermedades humanas.

Los estudios epidemiológicos permiten establecer la relación entre las causas de la enfermedad y la influencia de éstas sobre el surgimiento de la enfermedad.

Existen numerosas clasificaciones, en función del factor de análisis.

Según la temporalidad:

- **Estudio retrospectivo:** es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados.
- **Estudio transversal:** es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia.
- **Estudio prospectivo:** es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.

Según el tipo de resultado que se obtenga en el estudio:

Estudios descriptivos: miden la frecuencia con que ocurren diferentes sucesos. Tienen en cuenta distintas variables como edad, sexo, nivel de ingreso, variaciones geográficas, períodos de tiempo.

Estudios analíticos: se realizan para comprobar o refutar hipótesis formuladas usando la información que se obtiene del estudio de las poblaciones. Pueden ser de:

Prevalencia: estudian una población precisando el número de casos de una enfermedad en un momento dado.

Casos y controles: comparan un grupo de enfermos con otro sano teniendo en cuenta el antecedente de exposición a un riesgo.

Cohorte: observan a uno o varios grupos de personas no por antecedentes previos, sino a lo largo del tiempo.

Experimentales: son estudios de cohortes, a un grupo se lo somete a un procedimiento y el otro sirve de testigo.

ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA POBLACIÓN

La estructura y dinámica poblacional representa los cambios ocurridos en la población a través del tiempo, para lo cual se consideran fundamentalmente variaciones en la cantidad de población por sexo y edad, el lugar de nacimiento y el lugar de residencia (actual y anterior).

La **demografía** es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales.

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.

La **pirámide de población** o pirámide demográfica es un histograma que está hecho a base de barras cuya altura es proporcional a la cantidad que representa la estructura de la población por sexo y edad que se llaman cohortes

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y DEMOGRÁFICA

Transición epidemiológica es una expresión utilizada para explicar la dinámica del cambio de las causas de defunción a través del tiempo. El proceso se desencadenó en el siglo XVIII en los países de Europa Occidental por la reducción de la mortalidad que produjo un envejecimiento de la población y cambios en las causas de muerte: menor incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias y aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas, degenerativas y por causas externas.

Existen varios modelos de transición que ocurren en el mundo.

El más conocido es el modelo **Clásico** o de los países occidentales que ocurrió a lo largo de 200 años en cuatro fases: 1ª fase de las pestilencias y hambrunas, 2ª fase de disminución de las pandemias, 3ª fase de las enfermedades crónicas y degenerativas y, por último, una 4ª fase caracterizada por la disminución de las patologías crónicas y degenerativas y un aumento de las patologías sociales, accidentes y causas violentas.

La **transición demográfica** ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de

mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento, pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica está constituida por una serie de acciones realizadas para detectar la aparición de enfermedades nuevas o no, o el crecimiento inesperado de una determinada enfermedad.

Sirve para evaluar por ejemplo el riesgo de epidemia o existencia de enfermedades endémicas. Esta vigilancia está destinada a poder intervenir oportunamente a fin de evitar el aumento de casos.

Así podemos decir que no existe vigilancia sin información, y tampoco sin acciones de control. A partir de las planillas de registro diario de atención que utilizan los médicos para registrar la atención de las personas que asisten a la consulta se conforman las planillas de la Vigilancia Epidemiológica.

Aquí se consignan enfermedades que según cómo se las clasifica, pueden ser de notificación semanal e incluyen todas las enfermedades de notificación obligatoria.

Recordemos que las planillas reúnen información sobre: identificación de las personas por nombre y apellido, lugar de residencia, su edad, el motivo de consulta o diagnóstico y si este es la primera vez que consulta por esta patología o es un control de la misma.

Los datos son analizados de manera individual o global de acuerdo al problema y las posibles respuestas que se pueden dar a los mismos.



AUTOEVALUACIÓN

Tomando datos de las tablas que se adjuntan elaborar indicadores epidemiológicos (3 de natalidad, 5 de mortalidad, 3 de morbilidad). Elabore además una razón y una proporción. Indicar qué se mide con cada uno de ellos.

Población y mortalidad por grupo de edad. Pcia. XX - República Argentina - Año 2015

Edad	Población total	Sexo		Defunciones	Sexo	
		Varones	Mujeres		Varones	Mujeres
Total	638.645	316.774	321.871	4337	2.458	1.879
>1 año				87	54	33
1-4	53.626	27.439	26.187	15	8	7
5 -14	112.088	57251	54837	26	20	6
15 - 24	110.711	56.194	54.517	88	67	21
25 – 49	220.851	108.681	112.170	385	244	141
50 - 64	87.032	42.915	44.117	754	488	266
65 - 74	32.710	15.578	17.132	910	601	309
75 y mas	21.627	8.706	12.921	2.072	976	1.096

OTROS DATOS	
Número de Nacimientos	11.525
Nacidos vivos	11.463
Nacidos Vivos de bajo peso	192
Defunciones de > 28 días	54
Defunciones por enfermedades del sistema circulatorio	867
Defunciones por enfermedades del sistema circulatorio en hombres	549
Defunciones por cáncer	679
Casos de neoplasias malignas enero 2015	177
Casos de neoplasias malignas en diciembre de 2015	239
Muertes por neoplasias malignas	18
Casos VIH/SIDA	115
Casos VIH/Sida grupo 25 -49 años	41
Casos Hepatitis B	22
Casos TBC	71

BIBLIOGRAFIA

- MAZZAFERO, Vicente Enrique. 1996. Epidemiología: Fundamental y aplicada a la evaluación de servicios hospitalarios y acciones de salud pública. Buenos Aires: Argentina. EUDEBA.
- BONITA R, BEAGLEHOL, R., y KJELLSTRÖM T. 2008. Epidemiología básica. Segunda edición. Washington, D.C: OPS, Publicación Científica y Técnica N°629.
- DEVER, Alan. 1991. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud. 1era Edición. México. OPS/OMS.
- GUERRERO Rodrigo; GONZÁLEZ, Carlos y MEDINA, Ernesto. 1991. Epidemiología. 4° Edición. México: Addison Wesley Iberoamericana
- HENQUIN, Ruth P. Epidemiología y estadística para principiantes. 2013. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus Libros Médicos y Científicos.
- URQUIJO, Carlos et all. 1981. Nociones Básicas de Epidemiología General. Editorial Universitaria de Buenos Aires.