



SALUD PÚBLICA Y COMUNIDAD

RESUMEN 2020-2021

Nota: este documento forma parte de un trabajo colectivo de la comunidad instructora, por lo que el contenido es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura del Departamento de Salud Pública, FM, UNAM; y solo pretende ser material de apoyo para el estudio de la asignatura de Salud Pública y Comunidad.



Facultad de Medicina





Facultad de Medicina



Autores:

-Edith Tonalli Adame Avilés - Andrea Altamirano Rivera - Daniel Alexis Alvarado Rojas - Alan Enrique Araujo Carrillo -Rogelio Chávez Pazos -Eduardo De La Cruz Galicia -Nathalia Desiree Escamilla Camacho -Zimri Abril Chávez Herrera -Carlos Emiliano Fernández Sánchez - Mariel Flores Castillo -Laura Levario Jaramillo -Fátima Lizbeth López Rodríguez -Ilse Lizeth Méndez López -Yessica Montserrat Ramírez Flores -Vanessa Recillas Toledo -Diana Guadalupe Santamaría Domínguez -Sofía Santillán Herrera -Madiam Ored Torres Cruz -Melissa Vera Suarez -Nancy Vergel Cervantes -Ariel Vilchis Reyes

Editores:

-Alan Enrique Araujo Carrillo -Melissa Vera Suarez -Ariel Vilchis Reyes



CONTENIDOS

1er departamental

1. Generalidades sobre la Salud Pública
2. Salud y enfermedad en el Ser Humano y sus dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.
3. Determinación social de la salud
4. Modelos teórico conceptuales de la enfermedad
5. La historia natural de la enfermedad (HNE) y la medicina
6. Nociones de salud durante la historia
7. Definición de salud de la OMS.
8. Enfoques no occidentales de salud y de enfermedad
9. Características del método epidemiológico y del método estadístico.
10. Epidemiología y estadística descriptivas.
11. Indicadores epidemiológicos: Frecuencia, asociación e impacto, estudiados en tiempo, lugar y persona
12. Teorías de la transición: - Demográfica y - Epidemiológica
13. Introducción al tema de la determinación social de la salud (DSS): - Portafolios de riesgo y salud colectiva
14. La Distribución y tendencias en los principales problemas de salud estudiados por tiempo, lugar y persona.
15. Necesidades e implicaciones en la atención
16. Dimensiones de la desigualdad en la determinación social de la salud (Política, económica, ideológica y cultural).
17. Ejes de inequidad en el modelo de determinantes sociales de la salud (Clase, género, pertenencia étnica, edad, ocupación, etcétera)
18. Abordaje metodológico y técnico en Salud Pública según sus funciones, competencias, responsabilidades y acciones.
19. Medicina y Salud Pública
20. Estudio multidisciplinario de las enfermedades
21. Etapas de la experiencia ante la enfermedad



2do departamental

1. Conformación y características del Sistema nacional de salud
2. Funciones básicas, responsabilidades y modelos del Sistema Nacional de Salud
3. Políticas generales y programas focales del Sistema Nacional de salud. “Seguro popular” e “INSABI”, como ejemplos.
4. Proyecciones y alternativas del Sistema Nacional de salud ante necesidades de salud complejas en el presente de salud de la OMS.
5. Antecedentes y definición de la Atención Primaria de Salud
6. Componentes y principios básicos, estratégicos y programáticos de la Atención Primaria de Salud.
7. Renovación y vigencia de la estrategia de política sanitaria contenida en la Atención Primaria de Salud
8. Importancia y características de la formación de personal médico con perspectiva de Atención Primaria de Salud
9. Antecedentes del Derecho a la Salud y fundamentos legales en México y del derecho a la Salud en la clasificación de los derechos humanos.
10. Contexto en el que debe cumplirse el texto: retos y potencialidades para el cumplimiento del Derecho a la Salud en México hoy
11. El Derecho a la Salud amplio y general en el derecho internacional y el derecho a la protección de la salud en México: Del derecho formal a la justicia social en salud
12. Diseño y etapas de un Diagnóstico Comunitario de Salud.
13. Necesidades y prioridades en salud
14. Integración de diagnóstico colectivo de salud y programación en Salud Pública
15. Adecuación del estudio epidemiológico de un problema o situación de salud y componentes del estudio transversal y contraste con algunos de los indicadores básicos para la elaboración de un diagnóstico colectivo de salud.
16. Fuentes de información
17. Procedimientos de colección de información; así como organización y análisis estadístico de datos.
18. Antecedentes contextuales y definición de Promoción de la Salud
19. “Consumo de estilos de vida saludables” en contraste con “construcción de una cultura de la salud”: sus interpretaciones en la historia reciente
20. Tres enfoques sobre Promoción de la Salud: Promoción de la Salud para personal médico con enfoque salubrista



Facultad de Medicina



PRIMER DEPARTAMENTAL



1. Generalidades de la Salud Pública

Alan Enrique Araujo Carrillo

Conceptos clave: -Salud pública -Filosofía -Cuerpo teórico y metodológico -Objeto de estudio -Campo de aplicación

La Salud pública es un **ÁREA MULTIDISCIPLINARIA**

Se ocupa del conocimiento y acción para el desarrollo de la salud en las colectividades

Incluye:

- Conocimientos útiles para la identificación del estudio y diagnóstico de problemas colectivos de salud
- Función sustantiva de la atención de la salud, útil para la prevención y control de los problemas a nivel poblacional.

Para comprender a las funciones de la SP, tenemos que verla como:

1° Un **Área de conocimientos**: teóricos, metodológicos, tecnológicos y humanísticos

| | |
|--------------------------------------|---|
| Filosofía | El reconocimiento de la salud como un bien social que permite el desarrollo pleno de las capacidades humanas. La salud es un derecho y una responsabilidad colectiva. |
| Cuerpo teórico y metodológico | Conocimiento de ciencias biológicas, ambientales, sociales y de la conducta para la comprensión de problemas prioritarios de la salud y sus determinantes. |
| Objeto de estudio | Proceso salud-enfermedad de las poblaciones humanas. La acción de la sociedad civil y el Estado para la protección a la salud. |
| Campo de aplicación | <ul style="list-style-type: none"> • El estudio de grupos concretos de población humana y sus problemas de salud. • Los programas de detección y prevención de enfermedades así como la promoción de la salud. • Capacitación de recursos humanos. |



2° La herramienta para El diagnóstico de condiciones de salud y enfermedad en poblaciones

- Diagnóstico en poblaciones a través de **indicadores indirectos apoyados de la EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA**
- Características demográficas, mortalidad, esperanza de vida, etc.

3° Como parte de las estrategias para proteger la salud, utilizadas por el estado y la sociedad civil.

Acciones colectivas que buscan proteger y mejorar la salud

- Cubrir necesidades de salud
- Promover la salud y prevenir la enfermedad
- Asegurar el acceso a individuos
- La salud como responsabilidad de todos los individuos (ESTADO Y SOCIEDAD)

2. Salud y enfermedad en el Ser Humano y sus dimensiones biológica, psicológica y sociocultural

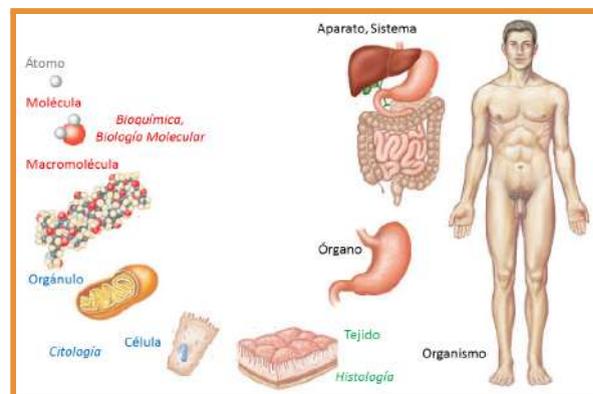
Rogelio Chávez Pazos y Ariel Vilchis Reyes

Conceptos clave: -Dimensión Biológica -Dimensión social -Formas de vida -Estilos de vida -Condiciones de vida -Salud -Enfermedad

En general los humanos ocupan el centro de acción de la Medicina y la Salud Pública, sobre todo en el proceso salud-enfermedad, para ello es importante tomar los aspectos o dimensiones que engloban al ser humano en su totalidad:

Dimensión Biológica

Según Lynn Margulis, la dimensión biológica consiste en aquellos procesos que involucran al ser humano, los cuales tienen su base en la reparación (Daños del DNA), mantenimiento (Recambios de epitelios), recreación (Reproducción sexual) y trascendencia a sí misma. Todos estos procesos se llevan a cabo en los distintos niveles de organización, con el fin de lograr un equilibrio interior entre sus partes.



“Autopoyesis” hace referencia a la propiedad de la vida de crearse a sí misma - Varela y Maturana

En el caso de la Teoría Darwiniana según Jay Gould, permite situar como un proceso que ocurre en la inmensidad del tiempo evolutivo, esto basado en 3 de los siguientes pilares:

- La selección orgánsmica es el origen de la diversidad a través de las luchas inconscientes medidas por el éxito reproductivo.
- La eficacia: la selección natural de algunas variantes es la fuerza primaria de seguimiento de novedades evolutivas.
- El alcance: los micro cambios evolutivos creados por selección natural ubicados en la inmensidad del tiempo, son capaces de crear la diversidad biológica presente en la actualidad.

En general, la dimensión biológica y social están relacionadas, debido a los pasos evolutivos que ha tenido el humano durante las diversas etapas de la humanidad -desde la creación de herramientas primitivas hasta el paso de poder adoptar un lenguaje que nos permita tener procesos de comunicación con otros sujetos. Por lo que a través de toda esa historia, se formó otra dimensión, la psicológica.



Dimensión psicológica

La relación entre los componentes biológicos y sociales, determina el curso de vida específico de una persona, por lo que ésta genera sus propios valores, costumbres y actitudes ante su entorno, sin que estos dependan de su biología o sociedad.

Dimensión Social

Surge de la **interacción del individuo con el mundo y con otras personas**, a partir de la cual se derivan las necesidades a resolver para su existencia, partiendo de satisfactores que son producidos por el ambiente y modificados por el trabajo, con la finalidad de utilizarlos eficientemente. Sin embargo, estas necesidades han ido cambiando conforme a lo largo de la historia, las formas culturales, el actuar del mundo y la sociedad.

| Formas de vida | |
|---|---|
| Se dan por procesos y relaciones sociales, que son propias de una etapa histórica y de distintos grupos sociales. Compuestas por: | |
| <p>Estilos de vida</p> <p>Formas sociales y culturalmente determinadas de vivir que se expresan en conductas, tales como la alimentación, hábitos higiénicos, realización de deportes, consumo de tabaco y alcohol, etc.</p> | <p>Condiciones de Vida</p> <p>Condiciones materiales necesarias para la subsistencia, por ejemplo alimentación, vivienda, saneamiento, educación, trabajo y entorno ambiental.</p> |

Salud y Enfermedad

Para darle una definición, es necesario abarcar los siguientes aspectos:

- Referencia a las formas específicas de estar en el cuerpo y de la mente entre las cuales se puede transitar de salud a enfermedad o viceversa. Para medir este tránsito existen diferentes criterios como la presencia de síntomas, signos y lesiones o alteraciones, que son indicadores de un paso hacia la enfermedad o bien, si estos disminuyen o desaparecen, hacia la salud.
- La definición tiene un componente cultural y valorativo, ya que no se centra 100% en un enfoque biológico, varía por estas circunstancias hacia la época o cultura por lo que no existe un significado único.





- Tener de base la relación entre la dimensión biológica y social en el proceso salud-enfermedad, esto a través de las formas de vida, mismas que son resultado de las condiciones y estilos de vida.

3. Determinación social de la salud

Sofía Santillán Herrera & Alan Enrique Araujo Carrillo

**Conceptos clave: -Determinantes Sociales de la Salud -Informe Lalonde
-Condicionamiento -Propiedad protectora y destructiva - Factores de Riesgo -Capas de la influencia -Intervenciones de inequidad -Perfil epidemiológico -Desigualdad
-Inequidad**

Los **Determinantes Sociales de la Salud** son **circunstancias únicas y diversas que predisponen a cada individuo a tener una calidad y expectativa de vida específica, con relación directa a las condiciones individuales, ambientales y estructurales en las que se encuentra inmerso. Condiciones determinadas por la distribución de los recursos y el poder.**

Comprenden 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. Todos ellos crean un impacto en la salud.

Historia de los determinantes sociales

- **Informe Lalonde (1974) Ministerio de Salud de Canadá:** se propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud
- **OMS (2003) con Richard Wilkinson y Michael Marmot:** se publica: “Los Determinantes Sociales de la Salud”.
- **OMS (2005) se crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**
- En la imagen se ven las diferencias y similitudes de los determinantes de salud señalados por la OMS y el Ministerio de Salud de Canadá





Definición de Determinantes Sociales de la Salud según la OMS:

"Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

Características generales de los determinantes sociales:

1. Cada factor es importante por sí mismo.
2. Están interrelacionados.
3. Son causales (directa o indirectamente) o protectores.
4. Son acumulativos. Ya que su influencia combinada determina el estado de salud.
5. Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local comunitario o social.

| Principales determinantes sociales | |
|-------------------------------------|---|
| Gradiente social | Ingreso económico y estatus social |
| Condiciones de trabajo | Empleo, desempleo, riesgos laborales |
| Redes sociales de apoyo | Convivencia y apoyo de familia, amigos, la comunidad |
| Desarrollo infantil | El efecto de las experiencias prenatales y de la primera infancia que condicionan las futuras habilidades del individuo |
| Educación | Nivel educativo y su relación con el desarrollo social |
| Ambiente físico | Estado del medio ambiente y recursos naturales a los que tiene acceso |
| Ambiente social | Valores y normas sociales |
| Prácticas de salud personal | Decisiones y conductas individuales que afectan su salud (fumar, ejercicio físico, etc.) |
| Biología y dotación genética | Predisposición a enfermedades |
| Servicios de salud | Acceso, cobertura y atención de salud. |
| Género | Roles sociales y capacidad de desarrollo. |
| Cultura | Determinan el medio social y económico de la comunidad. |
| Estrés | Daños a la salud y mayor vulnerabilidad. |
| Exclusión social | Pobreza, racismo, discriminación, marginación |
| Adicciones | Daños a la salud y desarrollo social |
| Alimentación | La calidad de la dieta está relacionada con el gradiente social |
| Transporte | Relacionado con el contacto social, cuidado del medio ambiente y accidentes. |

Ejemplos de Determinantes Sociales de la Salud

- Entre 2000 y 2005, la Expectativa de Vida al nacer (EVN) de los países desarrollados de la OCDE era de 78.8 años, mientras que los países de África Subsahariana tenían una EVN de 46.1. ¡Son 32.7 años de vida de diferencia determinados por el lugar en donde naces!
- Según estadísticas del año 2000, la probabilidad de morir por causa reproductiva (durante el parto) para las mujeres era 1000 veces mayor en Sierra Leona (donde fallecían 2000 de cada 10000) que en Suecia (donde fallecían 2 de cada 100,000).



Jaime Breilh, nos dice que estos determinantes delimitan el espacio y posibilidades de desarrollo, ya que dan un condicionamiento a la eficacia de otros hechos y recursos de la sociedad.

Espacios de la determinación:

- General: reproducción social.
- Particular: modos y estilos de vida.
- Singular: procesos feno-genotípicos.

EJEMPLO 1: **Determinación social:** tener o no internet para clases en casa/ **Condicionamiento:** El proceso y nivel educativo.
EJEMPLO 2: **Determinación social:** ser mujer/ **Condicionamiento:** sueldo (generalmente menor al de un hombre)

Los determinantes sociales pueden actuar como propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/ deteriorantes (insalubres).

EJEMPLO:

Determinante social: Ingreso económico y gradiente social.

- Las personas con mayor solvencia económica (clase alta) tienen menos incidencia de enfermedades infecciosas (propiedad protectora)
- Las personas en pobreza (clase baja) suelen tener más casos de enfermedades infecciosas (propiedad destructiva).

Diferencia entre FACTORES DE RIESGO Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

FACTOR DE RIESGO:

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Ejemplo: las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión para sufrir otras comorbilidades, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

DIFERENCIA

Los factores de riesgo son evitables y/o manejables en caso de hablar sobre enfermedades o hábitos, lo cual nos lleva a realizar acciones de prevención y promoción de la salud; en cambio los determinantes sociales los tenemos desde que nacemos; son como una maleta que siempre llevamos con nosotros y para reducirlo dependemos de acciones multifactoriales.

Es importante tomar en cuenta que un determinante social puede favorecer la exposición a factores de riesgo, y en algunas ocasiones un determinante social puede ser factor de riesgo.

Las capas de la influencia de Dahlgren y Whitehead

Es un modelo que explica los determinantes sociales, su relación con las desigualdades sociales en salud y las interacciones a diferentes niveles.

1. **Componentes individuales:** relacionados con el componente biológico, los cuales pueden predisponer a formar parte de los grupos de riesgo, como: edad, sexo y factores genéticos.
 2. **Estilos de vida y conductas personales:** formas sociales y culturales determinadas de vivir, alimentación, hábitos higiénicos, carencias, factores conductuales negativos (alcoholismo, etc.).
 3. **Redes sociales y comunitarias:** interacciones e influencias sociales. Hablamos de cómo la comunidad influye en el comportamiento humano, teniendo una presión de los pares hacia cada individuo para seguir con los objetivos o hábitos de la comunidad.
 4. **Condiciones de vida y trabajo:** las condiciones materiales necesarias para la subsistencia. Como condiciones de trabajo, acceso a agua, alimentos básicos, etc.
 5. **Condiciones económicas, culturales y medioambientales:** la situación del macroambiente (país) que influye en todas las anteriores esferas. Por ejemplo la tasa de desempleo, el Producto Interno Bruto (PIB), el acceso a la salud, la legislación, crisis económicas, etc.
- El modelo de vida alcanzado por una sociedad puede influir en la elección individual de vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida.
 - Igualmente, las **creencias culturales** sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias pueden influir sobre su patrón de vida y posición socio-económica



Intervenciones en la inequidad y manejo de los determinantes sociales

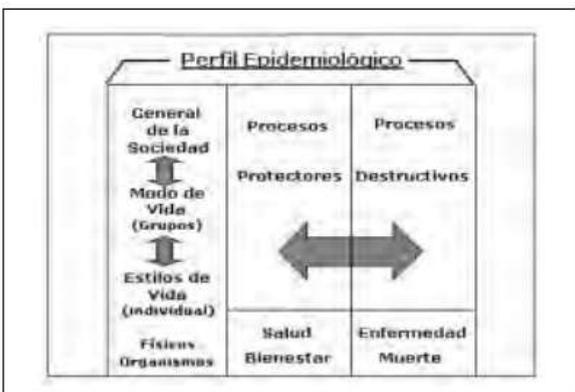
G. Dahlgren y M. Whitehead

Estos autores proponen políticas en cuatro niveles:

1. **Fortalecimiento de los individuos:** apoyar al individuo en circunstancias menos favorecidas con la formación de conocimiento, habilidades y competencias que le ayuden a cambiar su conducta para reducir factores de riesgo.
2. **Fortalecimiento de las comunidades:** se basa en la cohesión social y apoyo mutuo para fortalecer la defensa de la comunidad entera contra los riesgos de salud.
3. **Mejoramiento del acceso a los medios y servicios esenciales:** responsabilidad del Estado mediante el sector público y privado.

4. **Estimulación del cambio macroeconómico y cultural:** para reducir la pobreza y los efectos adversos más amplios de la desigualdad en la sociedad.

El **perfil epidemiológico** expresa la relación dinámica entre los procesos protectores y destructivos que participan en una población y en las múltiples dimensiones de la reproducción social.



Conocer esta dinámica permite visualizar las necesidades de la población para planificar la acción de la Salud Pública en ella. Con el surgimiento de distintos sistemas socioeconómicos (lo cual involucra distintas formas de sometimiento), estas condiciones y expectativas divergen y causan grandes diferencias, las cuales resultan muy desfavorables para algunos grupos en comparación a otros. Es importante la acción sobre estos determinantes sociales, ya que son causa de una latente estratificación desigual de

la sociedad. La **desigualdad social** se manifiesta mediante **distribuciones diferentes en las cargas y los beneficios de vivir en una sociedad.** Esta distribución se denomina **inequidad.**

Los grupos sociales cuentan con un conjunto de ventajas/ desventajas que se acumulan transversalmente, es decir: poseer ventaja o desventaja en un componente implica ventaja o desventaja en todos.



Asimismo, tienen una prolongación longitudinal; a lo largo de toda la vida. **Lo que quiere decir que las personas nacen con estos determinantes sociales y la mayoría no son reducibles;** al menos no por el cuerpo médico. Pasan generaciones para que una familia pueda superar un rezago económico o para que cambie la cultura del cuidado a la salud.

Esto no quiere decir que no podamos hacer nada; **ya que mediante la legislación y cumplimiento de los derechos humanos, el acceso y cobertura universal de salud se busca reducir estos determinantes con una distribución y atención equitativa.**

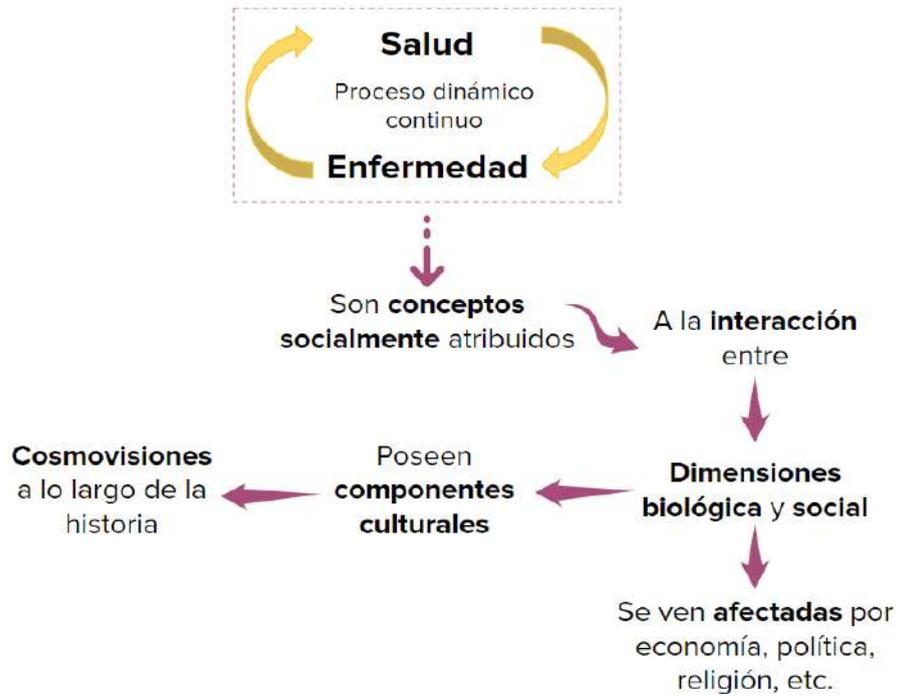
A lo largo de la historia de la humanidad, las mejoras en las condiciones de vida han sido causa de mayores probabilidades de supervivencia y, consecuentemente, mejores expectativas de vida.



4. Modelos teórico conceptuales de la enfermedad

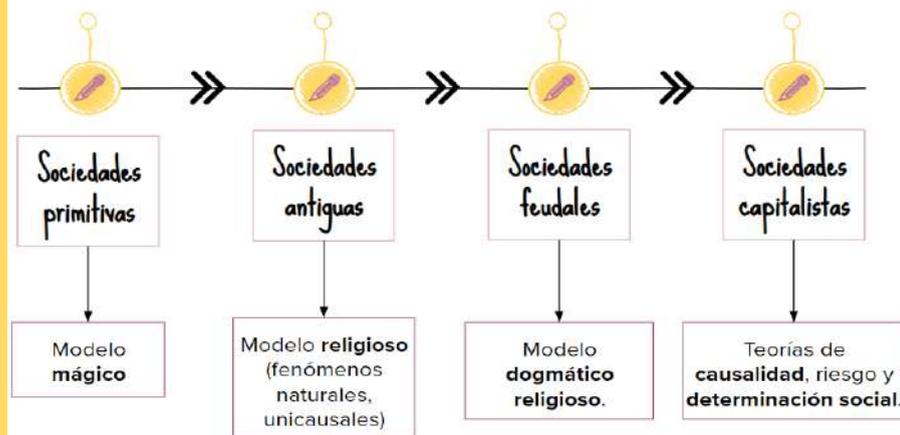
Yessica Montserrat Ramírez Flores

Conceptos clave: -Salud -Enfermedad -Nociones -Visión ontológica y dinámica



Modelos explicativos salud-enfermedad

De acuerdo al desarrollo de la sociedad a través de la historia...



- **Modelo mágico**: fuerzas/espíritus malignos enfermaban el organismo. Usaban plantas, amuletos, de forma empírica



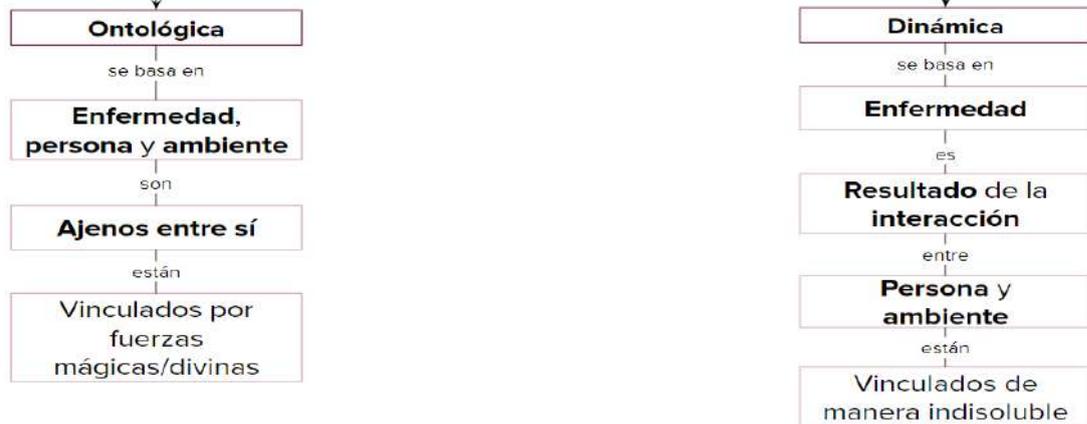
- **Modelo religioso:** enfermedad por castigo divino. Herbolaria desarrollada, medios físicos, cirugía, acupuntura, sangrías.
- **Dogmatismo religioso:** en la época medieval se seguía viendo a la enfermedad como castigo a los pecados, pero la práctica médica ya era regulada por las universidades.
- **Teorías de causalidad:** medicina como ciencia con el surgimiento del método clínico.

VISIÓN DE LA ENFERMEDAD

De acuerdo a la conceptualización de...

George Canguilhem
(1904 - 1995)

Visión de la enfermedad



- **Visión ontológica de la enfermedad**

Se concibe a la **enfermedad como un ente ajeno a la persona**, como algo que entra al organismo y sale. No se buscaban causas de las enfermedades porque se explicaban como el resultado de transgresiones.

➤ *Concepción mágico-religiosa.*

- **Visión dinámica de la enfermedad**

Surge debido a las discrepancias en los grupos sociales y la formalización de los saberes y las disciplinas, que después se convirtieron en el positivismo. Propone la enfermedad como una **interacción de varios elementos** (persona-ambiente).

➤ Con la Modernización y la Cientificación

➤ **Modelo unicausal**

Enfermedades por causa biológica (microorganismo), descartando la dimensión social del ser humano.

➔ **Enfoque biologicista e individual** (Postulados de Koch)



Modelo multicausal

Enfermedades son resultado de la interacción del ser humano con el medio y el agente patológico externo.

- Historia natural de la enfermedad
- Triada ecológica de la enfermedad



5. La Historia Natural de la Enfermedad y la Medicina

Daniel Alexis Alvarado Rojas, Alan Enrique Araujo Carrill y Ariel Vilchis Reyes

Conceptos clave: - Historia Natural de la Enfermedad -Tríada ecológica- Cadena epidemiológica -Periodo prepatogénico -Periodo patogénico -Niveles de prevención

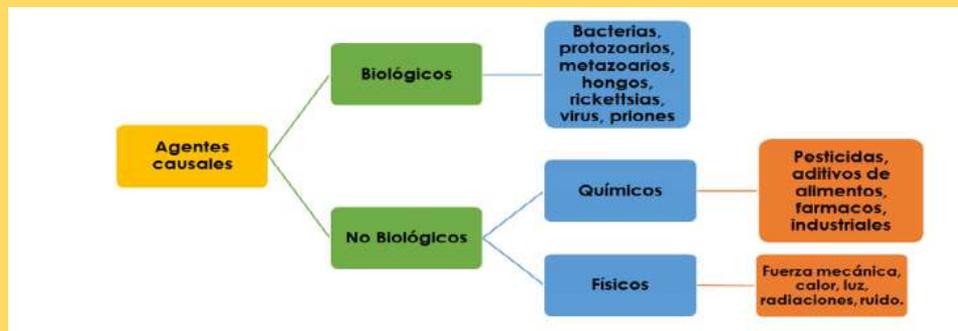
La salud, la enfermedad y la muerte son atributos del proceso vital humano que, de manera simultánea e indisoluble, es expresión concreta de la compleja interacción entre sus dimensiones biológica y social. Existen diversos modelos explicativos de la enfermedad, entre ellos está el de la **Historia Natural de la Enfermedad (HNE)** con énfasis en la llamada **tríada ecológica**.

TRÍADA ECOLÓGICA

Es un modelo que nos muestra los elementos que participan en la enfermedad.

AGENTE- HOSPEDERO- AMBIENTE

- **Agente:** factor que por alteración, presencia o ausencia, es responsable de la enfermedad. Puede ser biológico, químico, físico o social.



- **Huesped:** individuo con características biológicas, psicológicas y sociales que facilitan el alojamiento del agente y el desarrollo de la enfermedad. De este hospedero, es importante conocer los factores de riesgo y determinantes sociales, ya que estos nos definen la magnitud de la enfermedad.
- **Ambiente:** conjunto de factores físicos, biológicos y socioculturales que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Propicia el enlace entre el agente y el huésped.

EJEMPLOS:

- ❖ Físicos: clima, geografía, etc.
- ❖ Socioeconómicos: ingreso, habitación, promiscuidad, hacinamiento, etc.
- ❖ Biológicos: animales, ecosistema, etc.

CADENA EPIDEMIOLÓGICA

Habla de la interacción de los elementos de la tríada ecológica y cómo funcionan en la enfermedad. Con este modelo podemos definir a la salud:

Equilibrio dinámico entre agente-huesped-ambiente.

Es parte de la HNE actuar en momentos clave de este equilibrio.



Conocer la cadena nos puede ayudar a saber en qué momento de ella se debe de actuar para frenar o nivelar la enfermedad. Podemos encontrar distintos momento como por ejemplo: la cadena está compuesta por **seis eslabones**:

1. **Agente infeccioso.** Es el mismo que se encuentra en la tríada ecológica.
2. **Reservorio.** Donde los agentes se asientan, viven y se multiplican. Pueden ser lugares, sustancias, objetos u organismos.
3. **Puerta de salida** del agente infeccioso desde el reservorio. Es el lugar por donde el agente sale, como la saliva o las secreciones.
4. **Vía de transmisión.** Puede ser directa o indirecta. En el primer caso, pueden ser estornudos, besos o el contacto físico; mientras que, en el segundo, necesita de un intermediario, como los insectos o el agua.
5. **Puerta de entrada** del agente infeccioso al huésped. Por donde ingresa el agente infeccioso al huésped. Puede ser cutánea, digestiva, respiratoria, etc.
6. **Huésped.** Como en la tríada ecológica, el huésped es susceptible de contraer una enfermedad ocasionada por el agente infeccioso.

El modelo de la HNE surge a mediados del siglo XX y representa una clara superación al enfoque unicausal, pues reconoce que la salud y la enfermedad están engarzadas en un proceso dinámico que depende de la diversidad de los elementos que conducen a modificaciones constantes entre el polo de la salud y la aparición de la enfermedad, misma que se manifiesta por signos y síntomas.

Tenemos entonces dos momentos:

A) PERIODO PREPATOGÉNICO

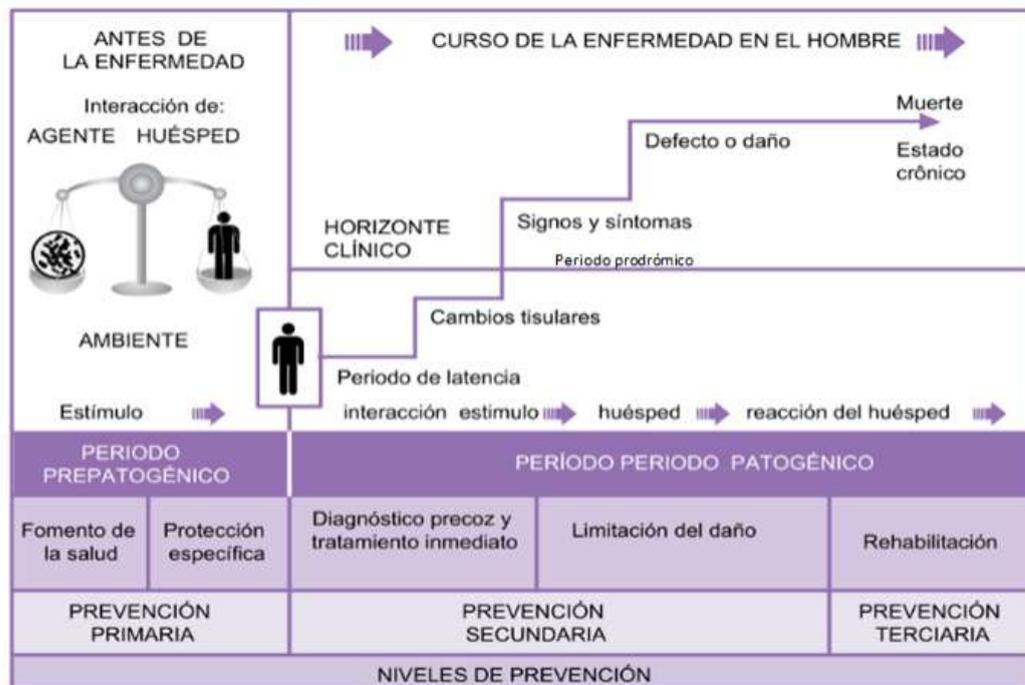
Donde se establece **la interacción** entre el agente potencial de la enfermedad, el huésped y los factores ambientales

B) PERIODO PATOGENICO

Ocurre cuando se **rompe el equilibrio** de la tríada ecológica y el huésped **es afectado por la enfermedad**. Este a su vez puede darse de dos formas:



- **Periodo subclínico:** se caracteriza porque existen lesiones anatómicas o funcionales, pero la persona afectada aún **no percibe síntomas o signos**; si se le deja evolucionar, cruzará ese horizonte. **PALABRA CLAVE: ASINTOMÁTICA(O)**
- **Etapa clínica:** es el momento en el que la persona se vuelve **sintomático**. Tenemos distintos momentos en esta etapa:
 1. **Período prodrómico:** presencia de manifestaciones generales. Estos síntomas y signos son confusos y hacen difícil hacer un diagnóstico exacto.
 2. **Período clínico:** la enfermedad se manifiesta por signos y síntomas específicos que facilitan su diagnóstico y manejo.
 3. **Período de resolución:** es la etapa final. La enfermedad desaparece, se vuelve crónica o la persona fallece.



Seguendo el enfoque, el personal de salud deberá ocuparse de conservar o restaurar el equilibrio entre agente-huésped-ambiente. Si bien, el modelo de HNE ya no pertenece a un enfoque unicausal, sigue sin considerar con claridad la dimensión social del ser humano, pues ésta se reduce a uno más de los elementos del ambiente.

Leavell y Clark en 1953, establecen que el HNE **permite identificar los niveles de prevención que pueden cambiar (o evitar) los desenlaces posibles**. De esta manera, se propone que la efectividad de la **medicina preventiva** requiere de la interrupción del proceso tan tempranamente como sea posible, así como identificar y analizar la cadena de causas y efectos.



Niveles de prevención

Nos referimos a todas las acciones o técnicas que podemos hacer para evitar la enfermedad o los resultados de ésta. La clasificamos de acuerdo a los niveles de intervención en el proceso de salud-enfermedad-atención.

PRIMARIA: busca fomentar la salud mediante acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, antes de que aparezca el desequilibrio en la tríada ecológica, es decir, durante el periodo prepatogénico. Dentro del modelo de la HNE, a las acciones de promoción de la salud suelen denominarse como protección inespecífica, ejemplo: promover una alimentación saludable, activación física, hábitos higiénicos saludables, entre otros. En cambio, a las acciones de prevención de la enfermedad suelen identificarse como de protección específica, ejemplos: campañas de vacunación, programas de salud sexual, campañas contra el cáncer de mama, cervicouterino y de próstata, etc.

SECUNDARIA: al fallar la eliminación de las determinantes sociales de la salud perjudiciales en la salud de cada población, suelen existir las condiciones propicias para romper el equilibrio de la tríada ecológica y por lo tanto, iniciarse la presencia de una enfermedad. Es por ello, que este nivel de prevención actúa en el periodo patogénico al identificar la presencia de enfermedad y comenzar su control o posible eliminación, a través de acciones como: diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño, ejemplo: ultrasonidos para detección de cáncer de mama, pruebas rápidas de covid-19, insulina y metformina gratis para personas con diabetes, tratamiento gratuito para personas con VIH, etc.

TERCIARIA: debido a condiciones como un difícil y heterogéneo acceso a la salud, la inseguridad social, los recursos suficientes para llevar a cabo un tratamiento, comienzan a presentarse complicaciones derivadas de la enfermedad, implicando para este nivel de prevención acciones de rehabilitación y tratamiento paliativo. Al igual que la prevención secundaria, la prevención terciaria se lleva a cabo en el periodo patogénico, con acciones como: acompañamiento psicológico a personas con cáncer terminal, rehabilitación en afecciones musculoesqueléticas, terapia respiratoria a personas que padecieron covid-19, etc.

En conclusión, pese a que la historia natural de la enfermedad ha sido motivo de serias y fundamentadas críticas por su conceptualización ecológico-biologicista, histórica, individualista y esquemática, aún es el paradigma vigente en la organización de los servicios médicos, pues le da sustento teórico a los niveles de atención.



6. Nociones de Salud Pública durante la historia

Alan Enrique Araujo Carrillo y Ariel Vilchis Reyes

Conceptos clave: -Edad antigua -Edad media -Edad moderna -Edad contemporánea

MOMENTOS HISTÓRICOS DE LA SALUD PÚBLICA

EDAD ANTIGUA

| | | |
|-----------|------------------------------------|--|
| 3000 a. C | Pueblos andinos | <i>PACHAMAMA</i> . Madre naturaleza como procreadora de vida. Equilibrio con la naturaleza <i>SUMAK KAWSAY</i> : Principios del buen vivir |
| 1300 a.C | Antigua Grecia | Pensamiento polieista: <i>ASCLEPIO</i> era dios médico sus hijas <i>HIGEA</i> diosa de la sanidad y limpieza y <i>PANACEA</i> diosa de la salud. |
| 500 a.C | Hinduismo (ayurveda) | Busca el autodomínio y autoconocimiento |
| 500 a.C | Taoísmo | Ying Yang: Existencia de 3 fuerzas en cohesión y equilibrio +Bueno -Malo *Conciliador |
| 300 a.C | Grecia Clásica, Hipócrates. | Teoría de los humores: Da una explicación racional y empírica del cuerpo, sus estructuras y las características de la personalidad; ; estas son relacionadas con la naturaleza. Al romperse el equilibrio de estos componentes causa enfermedad. FLEMA: Agua/Personalidad flemática SANGRE: Aire/Personalidad cálida BILIS NEGRA: Tierra/Personalidad melancólica BILIS AMARILLA: Fuego/Personalidad colérica |

EDAD MEDIA

| | | |
|----------|--------------------------|---|
| 160 d.C | Galeno de Pérgamo | La higiene para mantener cuestiones saludables con Dios (aún tiene connotación religiosa) . Explica conceptos sociales y diferencias de muerte en estratos sociales. Modifica la teoría de los humores al identificar la sangre, y no aire, en los vasos sanguíneos. |
| 1000 d.C | Sociedad china | Variolización: Inoculación de la viruela en China a través de diversas técnicas como la inhalación de las costras de personas con la enfermedad o colocarse la ropa de la misma. |
| 1200 d.C | Nahuas | Busca un equilibrio en el medio social natural y divino |

EDAD MODERNA



| | | |
|---------------------------|---|--|
| 1546 | Girolamo Fracastoro | Libro “La semilla del contagio” Describe los diferentes mecanismos de transmisión: a) contacto directo, b) fomites (objeto que porta la semilla de la enfermedad) y c) miasmas (emanaciones fétidas del suelo) |
| 1600 | Thomas Sydenham . | Teoría miasmática: la enfermedad era transmitida a través de los miasmas. Miasma: emanación fétida del suelo o agua que causa enfermedad. |
| 1779 | Johann Peter Frank Padre de la Salud Pública | “LA MISERIA ES LA MADRE DE LA ENFERMEDAD” Higiene como ciencia. Precedente de la Medicina social. |
| EDAD CONTEMPORÁNEA | | |
| 1796 | Edward Jenner | El padre de la inmunología. Combatió la viruela con el prototipo de la vacunación. |
| 1854 | Jhon Snow Padre de la epidemiología | Combatió la epidemia de Cólera en Londe, a través de lo que hoy podemos reconocer como el: Método epidemiológico, el conocer la distribución de la enfermedad en una población. |
| 1861 | Ignaz Philipp Semmelweis | Control de la antisepsia. Combatió la Fiebre Puerperal al introducir el lavado de manos. |
| 1860 | Louis Pasteur (teoría del germen, 1860 d.C.) | Teoría del germen: la enfermedad es causada por un microorganismo denominado germen. Creó la vacuna antirrábica |
| 1884 | Robert Koch | Postulados de Koch , mayor exponente de la teoría unicasal. , establece los criterios de Koch para determinar la causa de enfermedad: a) microorganismo siempre presente en los casos de enfermedad, b) poder aislar el microorganismo de una persona con la enfermedad y cultivarle, c) el microorganismo cultivado debe de producir la enfermedad en otro organismo, d) el microorganismo debe poder aislarse del organismo infectado anteriormente. |
| 1889 | Política social de trabajadores mineros | Modelo Bismark: Propone un sistema de salud en que los mineros y sus familias disfrutaran de atención sanitaria a través de organizaciones privadas, mediante cuotas. |
| 1902 | Convención Sanitaria Internacional de las Américas | Creación de la Organización Panamericana de la Salud |
| 1914 | Joseph Goldberger | Con sus estudios sobre la Pelagra es el mayor exponente de la |



| | | |
|-----------|--|---|
| | (pelagra, 1914 d.C.) | teoría de multicausalidad al demostrar que la enfermedad era causada por una deficiencia nutricional. |
| 1917 | Consejo constituyente mexicano y Eduardo Liceaga | Creación del departamento de Salubridad Pública en México como parte de la legislación sanitaria y busca control de epidemias, alcoholismo, preparación de vacunas. |
| 1920 | Organización Internacional del Trabajo | Protección social: ofrecer condiciones mínimas de trabajo, salud y vivienda. Relación de salud y productividad. |
| 1930 | John Keyne. | Estado de bienestar: El Estado provee servicios en cumplimiento de los derechos sociales a la totalidad de los habitantes de un país. Regular el mercado. |
| 1935 | Gustavo Baz Prada, UNAM | Creación del servicio social en México |
| 1942 | Informe Bedverige | Universalización y unificación mediante: - Seguridad social para todos -Financiamiento del estado -Gestión única y pública -Unificación de riesgos |
| 1945 | Henry Sigerist | Conceptos de Salud y Promoción de la salud: |
| 1948 | Organización de las Naciones Unidas | Creación de la Organización Mundial de la Salud |
| 1965 | Bradford Hill | Criterios de causalidad *parte importante de la epidemiología |
| 1965 | Leavell y Clark | Modelo de la Historia Natural de la enfermedad y los niveles de prevención |
| 1974 | Informe Lalonde | Plantea los determinantes sociales y la promoción de la salud como una herramienta política. SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN. Es necesario un buen sistema de salud |
| 1975-1978 | Asambleas Mundiales de la Salud -Salud para todos en el año 2000 -Conferencia Internacional Sobre la Atención Primaria de la Salud ALMA ATA | Busca un nivel de salud pertinente para todos, mediante acciones, políticas y estrategias de parte del Estado y la participación comunitaria, a través de un modelo denominado: Atención Primaria de Salud (APS) |
| 1986 | Carta de Ottawa | Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, establece rubros estratégicos de acción y una definición concreta. |



| | | |
|------|---|--|
| | | Responsabilidad de la población sobre su salud |
| 2000 | Objetivos del Desarrollo del Milenio | Busca un desarrollo sustentable al resolver las principales problemáticas. Olvidando la universalización en salud. |
| 2002 | Organización Panamericana de Salud | Crea la Funciones Ssenciales de la Salud Pública |
| 2005 | Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud | Determinantes sociales de la salud: Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana |



7. Definición de salud de la OMS.

Sofía Santillán Herrera y Ariel Vilchis Reyes

Conceptos clave: -Salud-enfermedad -Estado dinámico -Dimensión social y biológica

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como:

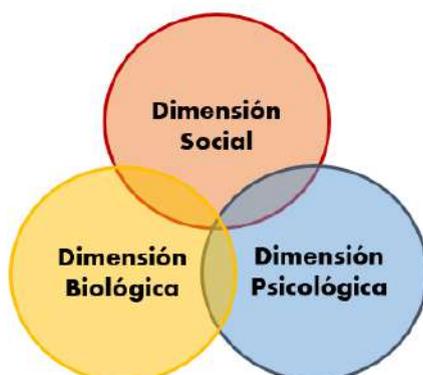


"Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

- Esta cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en **1948**. ¡Y no ha sido modificada desde entonces!
- Aunque, en esencia, la definición de la OMS busca enfatizar el carácter multidisciplinario que compone a la salud humana, lo que propone es una condición **difícilmente alcanzable**. Sin embargo, genera una meta, una utopía a la que es posible avanzar.

La definición de la OMS expresa que la salud es un **estado**, lo cual es **absolutamente incompatible** con el carácter **dinámico** del proceso salud-enfermedad

- Esta definición tiene profundas limitaciones conceptuales, pues traslada el término de salud al bienestar, considerándolos conceptos inseparables, pero el bienestar es un concepto relativo que no sólo depende del lugar y la época histórica en la que se exprese, sino fundamentalmente de la concepción que de él tenga cada sociedad. Por lo tanto, el esfuerzo por abarcar la totalidad bajo el concepto de bienestar no conduce a nada en concreto.
- **Deben tomarse en consideración todas las dimensiones del ser humano para comprender su proceso de salud-enfermedad-atención:**



- **Dimensión Biológica:** la predisposición natural del ser humano, condicionado por su fisiología y genética. Incluye mecanismos de adaptación y su historia evolutiva.
- **Dimensión Social:** surge de la relación del individuo con el mundo y con otras personas, con



quienes comparte necesidades que ha de resolver.

- Dimensión psicológica: la relación entre los componentes biológicos y sociales, determina el curso de vida y específico de una persona, por lo que ésta genera sus propios valores, costumbres y actitudes ante su entorno, sin que estos dependan de su biología o sociedad.
- Aunque desde el punto de vista funcional, el ser humano ha sido comprado con una máquina, al examinarse los procesos vitales se advierten constantes interacciones complejas entre el ser vivo y su entorno.

Pese a que en la construcción de del concepto de salud han **predominado explicaciones biomédicas** con énfasis al nivel individual y subindividual descontextualizado del mundo social y cultural, el concepto de salud no puede limitarse a esta mirada.

Se requiere de la participación de disciplinas como la etnografía, clínica, política, economía, epidemiología, historia (...) y la **inclusión de conocimientos no biomédicos** para comprender la salud humana.



8. Enfoques no occidentales de salud y de enfermedad

Andrea Altamirano Rivera

Conceptos clave: Medicina nahua -Medicina oriental -Medicina Hindú ayurveda.

Debido a la existencia de **múltiples culturas**, es necesario saber que hay otras formas de concebir la salud y la enfermedad, aunque éstas sean poco conocidas como consecuencia del intento de “universalizar” la visión occidental del mundo y todo lo que en él habita.

| Cultura | Descripción |
|--|---|
| Medicina Nahua | <i>López Austin</i> menciona que su concepción sobre los estados de salud-enfermedad es dual, relacionada con el equilibrio y el desequilibrio en los ámbitos sociales, naturales y divinos. Por tanto, la pérdida de la salud equivale a un desequilibrio . El médico debía saber la causa de la afección: disgusto de una deidad, la acción de un brujo o astro, la influencia de una fecha en el calendario o por una causa natural. |
| Medicina Oriental (China-acupuntura) | Considera que la enfermedad se debe a un comportamiento contrario a las leyes naturales más allá del control del hombre, tales como las condiciones atmosféricas adversas que modifican el ying y el yang, al que está vinculado todo el cuerpo, que a su vez se relaciona con el aire, fuego, agua y tierra (elementos de la naturaleza). |
| Medicina Hindú ayurvédica | Se vincula con disciplinas de autodominio y autoconocimiento. La enfermedad es debida al castigo divino por un pecado. |



9 y 10. Características básicas de estadística, epidemiología, método estadístico y método epidemiológico

Ariel Vilchis Reyes

Conceptos clave: -estadística, -método estadístico, -epidemiología, -método epidemiológico

Como definición, la estadística es la disciplina que conlleva una serie de métodos y técnicas para la recolección, organización, resumen, análisis e interpretación de datos numéricos, con el propósito de realizar inferencias sobre los hechos del cual se recolecte la información

A su vez, la estadística se clasifica en dos grandes áreas, las cuales son descriptiva e inferencial. La primera tiene como objetivo describir las características de una población, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se utilizan tasas, razones y proporciones. Por otra parte, la estadística inferencial es el procedimiento de generalizar las características de los objetos o sujetos en estudio, a través de datos obtenidos de una muestra extraída de aquello que se esté estudiando

Tabla 1. Diferencias entre los dos tipos de estadística

| Tipo de Estadística | Característica |
|---------------------|--|
| Descriptiva | <ul style="list-style-type: none"> Describe las características de la población o muestra estudiada, resumiendo la gran cantidad de datos obtenidos a través de pocas medidas. Utiliza las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se utilizan tasas, razones y proporciones. |
| Inferencial | <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento de generalizar las características de una población a través del estudio de una muestra extraída de dicha población. Se estudia a través de las estimaciones puntuales y de intervalos. Puntual = estimador vs Intervalo = rango. Se estudia a través de pruebas de hipótesis: proceso de comprobar una hipótesis. |



Durante los mecanismos de obtención de datos, es importante identificar exactamente aquellos que se obtendrán de la población u objeto en estudio, estos datos que se utilizan para la interpretación y análisis de nuestro objeto de estudio reciben el nombre de “variables”.

Una variable es aquella característica, atributo, cualidad o propiedad del objeto de estudio, que toman diferentes valores, en distintos momentos y en distintas mediciones.

En estadística, se pueden identificar dos tipos de variables, las variables cuantitativas y cualitativas, que a su vez se subdividen en:

- * Cuantitativas: datos numéricos por medición directa y que pueden ser expresar de manera aritmética, éstas a su vez se dividen en:
 - *Continuas*: Fracciones de cualquier tamaño (enteros y decimales), ejemplo: ¿cuál es su estatura?, respuesta: talla 1.65 metros
 - *Discretas*: La unidad de medición no es divisible (solo enteros), ejemplo: ¿cuántos hijos tiene?, respuesta: 2 hijos

- * Cualitativas: característica de la persona u objeto de estudio que no se puede expresar aritméticamente, éstas son:
 - *Nominales*: Cuando no se puede realizar alguna operación aritmética, pero si categorizar, a su vez se dividen en:
 - § Dicotómicas: que existe solo dos categorías, ejemplo: ¿usted fuma?, respuesta: a) Si – b)No
 - § Politómicas: aquellas donde podemos identificar más de dos categorías entre ellas, ejemplo: ¿cuál es su grupo sanguíneo?, respuesta a) Grupo A – b) Grupo B – c) Grupo 0 – d) Grupo AB
 - *Ordinales*: Existe un orden jerárquico entre sus categorías, por lo tanto, una es más importante o superior que otra, ejemplo: ¿cuál es su escolaridad?, respuesta: a) analfabeta – b) primaria – c) secundaria – d) preparatoria

Al momento de querer interpretar los datos obtenidos del evento en estudio, éstos son sometidos a un proceso que pretende resumirlos en un solo valor, o conjunto de valores, para el mejor entendimiento de los mismos, a través de las medidas de resumen. Las medidas de resumen se conocen en estadística como medidas de tendencia central, las cuales representan un centro en torno al cual se encuentra ubicado el conjunto de los datos a interpretar, siendo las más utilizadas: media, mediana y moda.



Tabla 2. Principal característica de las medidas de tendencia central

| Medida de tendencia central | Característica |
|------------------------------------|---|
| Mediana | <ul style="list-style-type: none">• En una serie de valores ordenados de menor a mayor, o viceversa, es aquel que divide en dos partes de igual tamaño a toda la serie. |
| Media | <ul style="list-style-type: none">• Valor que tendrían todos los datos de una serie si ellos fueran de igual valor. |
| Moda | <ul style="list-style-type: none">• Valor que se repite en la mayor parte de la serie de datos. |

Cuando se requiere resumir variables de **tipo cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central, antes mencionadas, y para el resumen de aquellas variables de tipo cualitativo se deberán usar las medidas de dispersión**, las cuales son:

- Proporciones:** son medidas que expresan la frecuencia con la que ocurre un evento en relación con la población total en la cual este puede ocurrir. Se calcula dividiendo el número de eventos ocurridos entre la población en la que ocurrieron.
- Tasas:** Las tasas expresan la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. Se pueden definir como la magnitud del cambio de una variable (enfermedad o muerte) por unidad de cambio de otra (usualmente el tiempo) en relación con el tamaño de la población que se encuentra en riesgo de experimentar el suceso.
- Razones:** magnitudes que expresan la relación aritmética, la comparación que existe entre dos eventos en una misma población, o un solo evento en dos poblaciones.

Para poder llevar a cabo adecuadamente el análisis de los datos, la estadística cuenta con su método estadístico. **El método estadístico es una secuencia ordenada de procedimientos para el manejo de los datos**, los cuales son:

- Recolección:** es el momento en el que se obtienen las variables de interés del evento en estudio, momento que igual lleva el nombre de “medición”. La recolección o medición puede realizarse de diferentes maneras; a veces ocurre por simple observación y en otras ocasiones se requiere de complejos procedimientos de medición, una sola vez o las veces que se requiera, lo anterior determinado por el diseño de investigación con el que se trabaje.



- b) **Recuento:** las variables una vez recolectadas son sometidas a revisión, clasificación y cómputo numérico. Esta etapa consiste en la cuantificación de la frecuencia con que aparecen las diversas características medidas en los elementos en estudio.
- c) **Presentación:** en este paso se elabora aquellos cuadros, tablas o gráficas a manera de que se pueda efectuar una revisión numérica precisa de los mismos. Presentar la misma información tanto en un cuadro como en su correspondiente gráfico permite obtener una clara idea de las distribuciones de las frecuencias de las características estudiadas.
- d) **Síntesis:** aquí la información es resumida en forma de medidas que permitan expresar de manera sintética las principales propiedades numéricas de grandes series de datos, utilizando las ya mencionadas medidas de tendencia central, mismas que dependerán del tipo de variable en estudio.
- e) **Análisis:** mediante formulas estadísticas apropiadas y el uso de tablas, en esta etapa, se efectúa la comparación de las medidas de resumen. Para la comparación de las medidas de resumen que se hayan calculado en la etapa de descripción, procedimientos denominadas pruebas de análisis estadístico, su uso estará en función del tipo de diseño de investigación.

Por otro lado, la **epidemiología es la disciplina que estudia la distribución, la frecuencia, los determinantes, las asociaciones y las predicciones de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas**. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

El método científico aplicado al campo de la epidemiología, se denomina como método epidemiológico, aquel utilizado para el estudio de la frecuencia, la distribución y los factores responsables de la enfermedad en poblaciones humanas.



11. Medidas de frecuencia, morbilidad y mortalidad

Ariel Vilchis Reyes

Conceptos clave: morbilidad, mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad

Las medidas de frecuencia representan la ocurrencia de un fenómeno de salud (enfermedad, trastorno o muerte) en poblaciones humanas. Describen un evento de enfermedad o salud en relación con el tamaño de una población en riesgo.

Los indicadores más frecuentes para medir la ocurrencia de los fenómenos de salud son la morbilidad y mortalidad, también llamados **indicadores de enfermedad**. La morbilidad hace referencia a las personas que están enfermas, mientras que mortalidad a quienes han fallecido. Una característica de las medidas en epidemiología es que describen al fenómeno de salud en **tiempo, lugar y persona**.

Indicadores de morbilidad:

- a) **Prevalencia:** el número total de personas enfermas en una población, momento y lugar específico.
- b) **Incidencia:** el número de casos nuevos de enfermedad que aparecen en periodo determinado.

Indicadores de mortalidad:

- a) **Mortalidad general:** al número de defunciones que se presentan en una población y momento específico.
- b) **Letalidad:** número de muertes producidas por una enfermedad específica, conocido también como “el grado de gravedad de una enfermedad”.

Es importantes considerar que en epidemiología se tienen también **las medidas de asociación y las medidas de impacto**, las primeras nos ayudan a identificar la relación de un determinado factor y la presencia de una enfermedad, mientras que las segundas nos proporcionan información sobre los casos de enfermedad que pueden atribuirse al factor con el que ha sido asociada y los casos que pueden prevenirse en el caso de desaparecer dicho factor.



Indicadores de salud

Representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilar:

- a) Indicadores de la formas de vida: Índice de Desarrollo Humano, Coeficiente de Gini, Índice de marginación, otros.
- b) Indicadores de salud: Esperanza de Vida al Nacer, Años de vida libre sin discapacidad, auto percepción de salud, resiliencia, otros.
- c) Indicadores de enfermedad: prevalencia, incidencia, incidencia acumulada (riesgo), tasa de incidencia (velocidad de infección), mortalidad, tasa de mortalidad, mortalidad específica, tasa de letalidad, riesgo, otros.

Índice de Desarrollo Humano (IDH): Es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano: tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno.

Salud: medida según la esperanza de vida al nacer.

Educación: medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria.

Riqueza: medida por el PBI per cápita PPA en dólares internacionales.

Interpretación: "0" poco desarrollo humano y "1" alto desarrollo humano.

Coeficiente de Gini: Se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, dentro de un país, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. Cero "0" corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y donde el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

Índice de marginación: Permite categorizar a las unidades geoestadísticas de acuerdo con las carencias socioeconómicas que enfrenta su población. Mide la intensidad de las privaciones padecidas por la población a través de 9 formas de exclusión agrupadas en 4 dimensiones: educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios.



Facultad de Medicina



Esperanza de vida al nacer: Número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio.

Años de vida libre de enfermedad: Años libres de enfermedad que una persona puede esperar vivir de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad de una sociedad determinada.



12. Teorías de la transición: - Demográfica y - Epidemiológica

Ariel Vilchis Reyes

Conceptos clave: transición demográfica, transición epidemiológica

Tomando como referencia a la demografía (disciplina que estudia a la población humana ocupándose de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales) puede reconocerse que las poblaciones humanas a lo largo de su historia han tenido diversas composiciones en su estructura, es decir, han estado compuestas por diferentes cantidades de hombres y mujeres, así como diversos grupos etarios, lo que posteriormente dio lugar a la teoría de la transición demográfica.

La **transición demográfica**, teóricamente, se centra en la observación de los cambios que experimenta la sociedad en su composición, cuando ésta se industrializa y emplea la tecnología en sus hábitos de vida, pasando de un escenario con tasas de natalidad y mortalidad altas a otro donde ambas son menores.

- a) **Tasa de natalidad:** la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto periodo y la cantidad total de población existente en el área geográfica.
- b) **Tasa de mortalidad:** es la proporción de personas que mueren por una causa concreta en un período en una población

Fases de la transición demográfica

| | |
|--|--|
| Primera fase (antiguo régimen) | Altas tasas de mortalidad y natalidad. |
| Segunda fase (inicio de la transición) | Alta tasa de natalidad, disminución de la tasa de mortalidad (aumento de la esperanza de vida) |
| Tercera fase (final de la transición) | Baja tasa de mortalidad y comienza a disminuir la tasa de natalidad. |
| Cuarta fase (régimen moderno) | La tasa de natalidad se iguala con la tasa de mortalidad (ambas bajas) |
| Quinta fase | La tasa de natalidad se mantiene baja y aumenta la tasa de mortalidad. |

La teoría de la transición epidemiológica tiene como supuesto que la mortalidad sea un factor fundamental en la dinámica poblacional, aunada a la fertilidad como una significativa covariable. Otro supuesto es que las enfermedades infecciosas en la transición epidemiológica van siendo desplazadas progresivamente por enfermedades degenerativas y otras producidas por el ser humano y sus estilos de vida.



13. Introducción al tema de la determinación social de la salud (DSS): - Portafolios de riesgo y salud colectiva

Fátima Lizbeth López Rodríguez

Conceptos clave: Portafolios de Riesgo

Como ya se ha mencionado en resúmenes anteriores a este, debes tener en cuenta que las enfermedades que afectan a la población mundial y a la población de nuestro país, ocurren de forma desigual dependiendo de las distintas formas de vida, de las características sociales, económicas y demográficas de cada una de ellas.

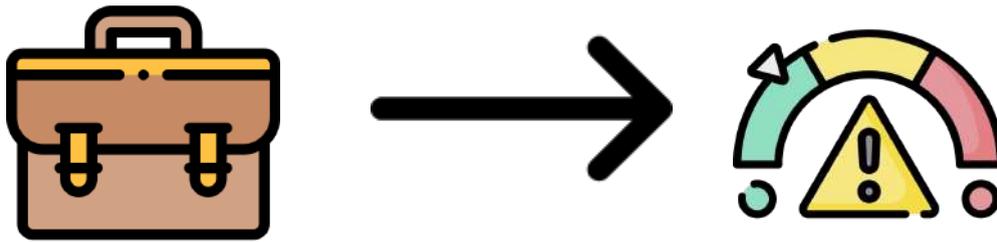
En general, se comparte la idea de que la exposición a factores de riesgo predisponen a un grupo de personas a padecer cierta enfermedad relacionada a esa exposición, en realidad, muchos estudios de investigación toman como base esos ideales.

Con el paso del tiempo, este punto de vista se ha ido ampliando y se ha visto que las características de las sociedades, la ubicación de ellas, y la interrelación que guardan con aspectos económicos, políticos y sociales, influyen de manera crucial en los eventos de salud que presentan a nivel colectivo.

Martínez Salgado nos habla del concepto de “**portafolios de riesgo**” que se interpreta como una **serie de factores de riesgo a los que una comunidad o individuo se expondrá a lo largo de su vida y que se reflejarán en el tipo de enfermedades que pueden llegar a presentarse.**

Es importante señalar que cada país tiene su propio portafolios que se modifica según las características antes mencionadas, y que este portafolios, es decir, este conjunto de factores de riesgo afecta con mayor intensidad a la población más desfavorecida.

Este portafolios sólo podrá ser modificado cuando existan otras formas de organización social en donde no se privilegien los intereses individuales sobre los colectivos y no se dé prioridad al valor monetario de la salud, sino que ésta sea vista como un derecho social para todos.



14. La Distribución y tendencias en los principales problemas de salud estudiados por tiempo, lugar y persona.

Fátima Lizbeth López Rodríguez

Conceptos clave: Análisis poblacional en Tiempo, Lugar y Persona

Las diversas enfermedades que afectan a las poblaciones no son las mismas para todos los países, o regiones, éstas se distribuyen de diferente forma según las características revisadas en el tema de Portafolios de Riesgo. Por lo tanto, conocer la información sobre los daños a la salud en diferentes regiones de nuestro mismo país o de otros países nos ayuda a darnos una idea de la forma de vida, de los portafolios de riesgo y de las enfermedades y problemas más importantes del país o región en estudio, de esa forma podemos proponer acciones para atender los problemas con una base sólida y confiable de información.

Estos problemas se estudian por **tiempo, lugar y persona**, es decir, debemos saber primero **qué población estudiaremos**, después **quiénes conforman esa población** y finalmente en **qué momento de la historia estaremos observando la distribución** de cierto problema de salud.

El momento de la historia es importante porque podemos estudiar la distribución de enfermedades tiempo atrás, por ejemplo podemos estudiar la distribución de la peste en la población europea en el siglo XIV.

Para poder comprender mejor este tema realizaremos una comparación de la distribución de problemas de salud en nuestro país en diferentes años. El ejemplo se describe a continuación:

EJEMPLO:

Distribución de las 5 principales causas de mortalidad en México en el año 2000 y en el año 2018

En este caso obtuvimos la información del Global Burden of Disease, una herramienta creada por el Institute for Health, Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington. La información obtenida fue la siguiente:



| | | | |
|---------|--------------------|---------|--------------------|
| Tiempo | Año 2000 | Tiempo | Año 2018 |
| Lugar | México | Lugar | México |
| Persona | población mexicana | Persona | población mexicana |

| Principales causas de muerte para el año 2000 | | Principales causas de muerte para el año 2018 | |
|---|----------------------------------|---|----------------------------------|
| 1era | Enfermedad isquémica del corazón | 1era | Enfermedad Isquémica del corazón |
| 2da | Diabetes | 2da | Diabetes |
| 3era | Cirrosis | 3era | Enfermedad Renal Crónica |
| 4ta | Desórdenes neonatales | 4ta | Cirrosis |
| 5ta | Enfermedad Renal Crónica | 5ta | Infarto |

Una vez obtenida la información podemos empezar a estudiar con mayor detalle las posibles causas de la distribución de las enfermedades, en este ejemplo vemos que las dos principales causas de muerte en nuestra población se han mantenido mientras que las otras 3 han cambiado de orden o son diferentes. De esta información pueden surgir varias preguntas.

Además, podemos estudiar qué factores propician los cambios en la distribución para ver en cuáles podemos incidir para mejorar la salud colectiva en estudio, claramente estos son estudios más avanzados que verás en otras materias de la carrera, pero esto es el primer paso que debes conocer.



15. Necesidades e implicaciones en la atención de salud

Carlos Emiliano Fernández Sánchez

Conceptos clave: -Necesidades -Muertes evitables -AVISA

Se define como **necesidad de salud** a aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención, pues de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas. Sólo cuando socialmente se especifica que una condición requiere de atención, dicha condición se convierte en una necesidad de salud.

Existen dos tipos de necesidades de salud:

-Objetivas: obtenidas a partir de las interpretaciones científicas y profesionales de la experiencia humana.

-Sentidas: planteadas por la población en general.



De acuerdo con la OMS durante los últimos años, el estudio de la salud y la enfermedad se ha orientado en una nueva línea que tiene en cuenta el ciclo vital, considerando así la **acumulación de exposición a experiencias y entornos desventajosos a lo largo de toda la vida, como un factor que aumenta el riesgo de enfermedad y muerte prematura.** De esta forma, las enfermedades se pueden explicar desde un contexto más amplio, tomando en cuenta las diferencias entre los patrones de **morbilidad y mortalidad** en las diferentes regiones que se encuentran estrechamente relacionadas con las diferencias socioeconómicas presentes.

Un ejemplo de tales diferencias es la talla baja (en el ámbito de la nutrición) la cual es considerada un **indicador** de desventaja precoz, dado que refleja la presencia de desnutrición durante un periodo lo bastante prolongado como para interferir con el desarrollo físico adecuado del niño.

Estas diferencias a su vez **repercuten en los patrones de enfermedad**, así como en aspectos de tipo demográfico (**esperanza de vida al nacer**), aumentando el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente vascular cerebral, hipertensión y diabetes no insulino dependiente en niños con bajo peso al nacer. Esto se atribuye a un proceso de "programación", por el cual un estímulo o una agresión en un periodo crítico y vulnerable al principio de la vida tiene efectos permanentes en la estructura, la fisiología y el metabolismo del individuo.

Uno de los elementos utilizados para **determinar la cantidad de muertes que se hubieran evitado si se contara con todas las condiciones idóneas para que una persona pudiera superar su enfermedad son las muertes evitables.** Se estima que alrededor de 38% de las 2.3 millones de muertes que se presentaron en México entre 2000 y 2004 eran evitables; de este total,



60.4% sucedieron en hombres y 39.6% en mujeres. Esto quiere decir que más de la tercera parte de las muertes que ocurrieron en México se debieron, más que a las características de la enfermedad, a muchos otros factores sociales y económicos principalmente, que contribuyeron a que las personas finalmente fallecieron.

Por otra parte, **los años de vida saludable perdidos (AVISA)** permiten medir los daños generados por problemas de salud que no llevan precisamente a la muerte, sino que contribuyen al detrimento de alguna capacidad de quienes los padecen.

En el caso de las enfermedades no transmisibles, donde resulta urgente diseñar intervenciones y programas efectivos que tomen en cuenta los factores que determinan la aparición de estas enfermedades en cada población, y que a mediano y corto plazo, **restan años de vida saludable por discapacidad, sufrimiento y/o muerte prematura.** Las proyecciones de la OMS establecen que la carga global por las enfermedades cardiovasculares medida en años de vida saludables perdidos aumentará tanto en números absolutos y también como proporción del total de años de vida saludable perdidos.

Como se ha mencionado, las formas de vida social estructuran la exposición a conjuntos de factores de riesgo. Estos **"portafolios de riesgo"**, a su vez, actúan conformando distintos perfiles epidemiológicos con distintos grados de formas de salud y enfermedad de las colectividades. Sin embargo, no son pocos los países y los momentos de la historia en los que la respuesta social a los problemas de salud y enfermedad se ha centrado en atender a los individuos enfermos, actuando poco sobre los factores de riesgo, todavía menos sobre los "portafolios de riesgo" y casi nada o nada sobre las formas de vida y las formas de organización de las cuales derivan.

Tales planteamientos responden a la necesidad de actuar no sólo para atender las consecuencias de las formas de vida en la salud, sino también con el objetivo de modificar las relaciones sociales y las formas de vida en un sentido saludable. Así, por ejemplo, la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS ha realizado amplios estudios de los que derivan recomendaciones para que **gobiernos y pueblos actúen en conformidad hacia el combate de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.**



El ejemplo de Suecia

Actualmente el estado de salud de la población sueca está catalogada como uno de los mejores del mundo, lo cual se atribuye a que los servicios de salud otorgados son para toda la población y están basados en sus necesidades. De hecho, el plan de salud sueco está estructurado alrededor de los determinantes sociales de la salud, incluyendo ambientes laborales más saludables, mejoras al medio ambiente, mejores condiciones en la infancia y adolescencia, más actividad física, etc. Uno de los puntos más sobresalientes del sistema de salud sueco es el eje de acción en la atención primaria de la salud; el resultado de ello es que los médicos proveen tratamiento al mismo tiempo que hacen promoción de la salud y promueven medidas de prevención.

Por último, es importante mencionar que en este sistema de salud se cumplen 3 principios básicos: 1) dignidad humana 2) necesidad y solidaridad 3) costo efectividad.



16. Dimensiones de la desigualdad en la determinación social de la salud (Política, económica, ideológica y cultural).

Carlos Emiliano Fernández Sánchez

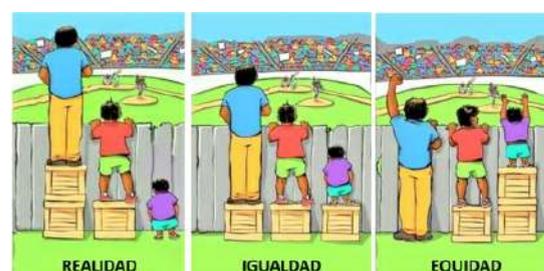
Conceptos clave: -Bioética -Ética médica -Beneficencia- No maleficencia -Autonomía -Igualdad -Equidad -Justicia -Desigualdad e inequidad

Los seres humanos comparten muchos rasgos comunes derivados de poseer una dimensión biológica semejante y de concordar en una dimensión social, no son idénticos. Tanto individuos como comunidades muestran una enorme diversidad y factores como sexo, color de la piel, temperamento, lengua materna, formas de pensar, capacidades físicas, etc. En una sociedad organizada alrededor del bienestar colectivo, esta diversidad es una característica enriquecedora ya que las relaciones entre personas o comunidades diversas serán solidarias y cada uno puede aportar lo suyo al vivir bien de todos. En una sociedad así no hay estructura de poder ni razón alguna para usar esa diversidad como medio de situar a unos sobre otros.

Sin embargo, en la llamada “Revolución urbana” emergieron formas de propiedad privada de la tierra, de los instrumentos de trabajo y se da incluso la propiedad de unos individuos por otros. Surgen formas sociales gobernadas, ya no por el bienestar colectivo, sino por formas de sometimiento de unos sobre otros. A mayor sometimiento de unos, mayor bienestar y riquezas para los otros (por lo general, muy pocos). En estas condiciones la diversidad dejó de ser una característica enriquecedora y fue usada como un vehículo de opresión. El surgimiento de la desigualdad social entre la gente en torno a la propiedad, el trabajo, la riqueza y el poder, actuará como un impulso para usar la diversidad como vehículo de la dominación. La diversidad de características por sexo conducirá a una división forzada del trabajo y una distribución desigual de la propiedad, la riqueza y el poder entre hombres y mujeres, con lo que se establece el patriarcado y la dominación y discriminación femenina.

Las diferencias raciales y culturales de algunas comunidades fueron usadas como vehículo de dominación al establecer por la fuerza física y luego ideológica y cultural el dominio de unos grupos sobre otros, expresado de nuevo en la división social-trabajo y en la distribución desigual de la riqueza y de poder, pero ahora de un grupo étnico sobre otros. Finalmente, y más cerca del núcleo de las formas de organización social con dominio de unos sobre otros, el régimen mismo reproducirá en forma constante las relaciones sociales opresivas mediante el dominio material, cultural y simbólico de los descendientes de la clase poderosa sobre los de las clases sociales subalternas. Así, cabe mencionar que en las sociedades opresivas la diversidad es usada como medio para crear una desigualdad marcada por la opresión.

La desigualdad social se manifiesta en una distribución diferencial de las cargas y los beneficios de vivir en sociedad. A esta distribución desigual se le conoce como inequidad. La inequidad se expresa según la





clase, la etnia o el género según las cuales se distribuirán de distinta manera la cantidad y cupo de trabajo, la exposición a riesgos y peligros de accidentes y enfermedades en éste, o en el caso de la vivienda, por ejemplo, en su riesgo ante desastres, fauna nociva, vectores de insalubridad. De la misma manera, los beneficios derivados de vivir en la sociedad, por motivo de la inequidad serán distribuidos de manera distinta (p.ej., alimentos, educación, vivienda, comunicaciones y, por supuesto, atención a la salud.)

La Medicina no es sólo un área de saber, sino también una práctica social que, si bien en la actualidad cuenta con la ciencia como fundamento, no se limita a ser una mera aplicación de ésta, ya que tiene también un indudable componente social y moral.

Las intervenciones dirigidas, por ejemplo, a aumentar la eficiencia de la función cardíaca de un paciente o a disminuir la frecuencia de fenómenos convulsivos de otro, tienen como finalidad no sólo lograr tales efectos biológicos, sino la posibilidad de mejorar la situación del enfermo sin causar daño y siempre de acuerdo con las decisiones del paciente.

La **bioética** es la rama de la ética que provee los principios para la actuación correcta en los aspectos relacionados con la vida. Pretende distinguir entre lo que debe ser o debe hacerse y lo que no debe ser o no debe hacerse, en los actos que afectan la vida (humana y no humana). La bioética aplicada a los actos médicos se conoce también como **ética médica**. Ha definido estos cuatro principios del comportamiento moral de los médicos:

Cuatro principios fundamentales:

Beneficencia

No maleficencia

Autonomía

Justicia

- **Principio de beneficencia:** Los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto.
- **Principio de no maleficencia:** Cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta.
- **Principio de autonomía:** Alude al derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida.
- **Principio de justicia:** Obliga a tratar a cada paciente como le corresponde; esto es, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. Este principio se encuentra detrás del ideal de tener servicios de salud de óptima calidad accesibles para toda la población de manera equitativa. También debe considerarse el principio de justicia en los costos de la atención a la salud.

Este comportamiento moral del personal médico, enfermeras, dentistas y demás, se apoya, entonces, en el conocimiento científico-humanístico, así como en el trabajo terapéutico para mejorar la salud y evitar o atenuar el sufrimiento en una actitud de solidaridad humana.

De manera análoga, al estudiar y actuar ante el proceso salud-enfermedad a nivel colectivo emergen un conjunto de problemas morales distintos a cuando se actúa ante el paciente de manera individual. En este plano la Salud pública busca no sólo actuar sobre las condiciones generadoras de enfermedad mejorando tales o cuales indicadores de la salud poblacional. También aquí hay una dimensión moral que incluye problemas como los márgenes de libertad en los que una colectividad decide ante las condiciones generadoras de salud o enfermedad,



las formas en que se toman estas decisiones, o más bien, aquellas relacionadas a la **igualdad, equidad y justicia** en la distribución de cargas y beneficios que implica vivir en sociedad y su **impacto en la salud**. **La ética en Salud pública** estudia estos problemas morales usando conceptos tales como libertad, democracia y equidad en salud. Busca actuar sobre los perfiles de salud y enfermedad de las colectividades con la finalidad de aumentar la libertad, la democracia o la equidad en la sociedad y en la salud.



17. Ejes de inequidad en el modelo de determinantes sociales de la salud (Clase, género, pertenencia étnica, edad, ocupación, etcétera)

Eduardo De La Cruz Galicia.

Conceptos clave: -Determinantes estructurales -Determinantes intermedios
 – Diversidad de género –Inequidad, formas de vida y salud. –Inequidad de género.
 –Desigualdad, inequidad y diferencias en salud. –Inequidad e injusticia.

Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen:

- a) Situación socioeconómica y política
- b) Determinantes estructurales:** incluyen clase, género, pertenencia étnica, edad, ocupación, etc.
- c) **Determinantes intermedios:** Circunstancias materiales, condiciones de trabajo y de vida, hábitos relacionados con la salud, factores psicosociales y biológicos.

Diversidad de género

“El **género** se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas **desigualdades** pueden crear **inequidades** entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria”.
 OMS

¿Qué es la perspectiva de género?

Es una visión, un enfoque teórico y político que nos permite describir, comprender y analizar las relaciones entre mujeres y hombres, esta perspectiva parte de considerar que mujeres y hombres somos expresión de nuestro tiempo, darnos cuenta que hay conexiones entre la subjetividad de las personas de su identidad y su contexto así nos damos cuenta con facilidad que las feminidades y masculinidades se construyen socialmente, que cambian con el tiempo.



Es una herramienta para el cambio de las relaciones sociales entre mujeres y hombres, alcanzar el bienestar de las sociedades y la igualdad. La diversidad de las características por sexo ha conducido a la división forzada del trabajo, la distribución desigual de la propiedad.

Inequidad, formas de vida y salud.

La **inequidad social** toma cuerpo en distintas formas de vida que están constituidas por condiciones y estilos de vida que son, así, conformados por el ámbito social. Las formas de vida son muy distintas a lo largo de la historia humana, en la actualidad hay enormes diferencias en las formas de vida entre las naciones e incluso dentro de ellas. En matemáticas



se conoce como fractales a funciones que producen en infinito figuras semejantes que se reproducen escala. Los **contrastes en las formas de vida** que se reproducen en el nivel del territorio son la expresión “fractal” de la desigualdad e inequidad social que atraviesa la humanidad en los cinco continentes, países y regiones. Es decir, las **diferentes formas de distribuirse las cargas y beneficios de vivir en sociedad** (por lo general más cargas y menos beneficios para muchos) se manifestaran en todo lugar, por lo que se encuentran clases, uno de los sexos, etnias e incluso grupos de edad que, por efecto de la inequidad, cuentan con peores formas de vida.

Las desigualdades en salud se hacen manifiestas cuando se comparan grandes grupos sociales y son entonces una manifestación empírica observable en primera instancia de las diferentes formas de vida de dichos grupos y después de las inequidades sociales por clase, etnia y género en las cuales han surgido dichas formas de vida. La esperanza de vida al nacer es un indicador muy general de la situación de salud de las poblaciones. Las desigualdades en salud continúan después del nacimiento y un indicador que resume algunas de las diferencias en las formas de vida y la inequidad es el crecimiento lineal. Es factible observar importantes y sistemáticas desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Las inequidades sociales que se relacionan con el género se expresan bajo muchas formas en la salud. Algunas desigualdades en salud que se observan entre hombres y mujeres intervienen en ellas tanto el sexo (configuraciones biológicas distintas) como el género (construcción social material y simbólica atribuida a hombres y mujeres).

Inequidad de género.

Las diferencias mundiales por género llegan a ser tan grandes, que la OMS recomienda a todos los países organizar su estadística en salud y enfermedad considerando siempre esta variable.

Desigualdad, inequidad y diferencias en salud.

Se define como **desigualdades sociales en salud** aquellas que tienen su origen en formas de vida distintas entre grupos, derivadas de la existencia de inequidad. Sin embargo hay diferencias en salud entre grupos humanos cuyas causas no están vinculadas a la inequidad (porque sólo no están de manera parcial). Así, la frecuencia mayor de alguna enfermedad tiene una población que puede deberse a varias condiciones: quizás algún gen asociado con enfermedad se encuentra en mayor proporción que en otra; tal vez haya inequidades que producen formas de vida que generan enfermedades o incluso combinaciones de ambas en distintas direcciones. Así, las diferencias en salud son el resultado de la diversidad tanto genética como cultural de las poblaciones y de la inequidad. De esta forma es evidente desde los puntos de vista social y ético, que la situación de salud enfermedad puede tener tres grandes componentes dentro de los cuales ubicar las causas de las enfermedades: la diversidad biológica, la diversidad social-cultural y la inequidad social.

Inequidad e injusticia.

La comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS defiende los principios de justicia social y equidad de los servicios de salud. **Los derechos humanos son prerrogativas que tienen todas las personas en cualquier lugar y circunstancia; son imprescriptibles e innegociables.** La salud queda como derecho humano. Las desigualdades en salud derivados de la inequidad en cargas y beneficios de vivir en sociedad, incluida la atención médica, son injusticias que han de ser señaladas por los médicos y sanitarios.





Abordaje metodológico y técnico en Salud Pública según sus funciones, competencias, responsabilidades y acciones.

Rogelio Chavez Pazos

Conceptos clave:

– **Funciones Esenciales de la Salud pública- Verbos Esenciales de la salud Pública-**

En general la Salud Pública tiene las siguientes finalidades, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

- Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud.
- Atención a las necesidades y demandas de salud.
- Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud colectiva.
- Desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación y control sociales.

Con base en los puntos mencionados, se formularon las **11 funciones esenciales de la salud pública (FESP)** las cuales se explican en el siguiente cuadro:

| Número | Nombre de la FESP | ¿En qué consiste? |
|--------|---|--|
| 1 | Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud. | Lograr un análisis de la salud poblacional en un territorio geopolítico, tomando en cuenta determinantes, acceso a salud, consecuencias, tendencias etc; con el fin de mejorar la calidad de vida. |
| 2 | Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en SP. | Buscar tener un sentido anticipatorio de los problemas de salud, buscando un pronóstico oportuno, detección, estudio y vigilancia, aplicándolos a los programas de salud. |
| 3 | Promoción de la Salud | La construcción y desarrollo de oportunidades a fin de cambiar los modos de vida, características del entorno y la cultura de la salud y la vida. |
| 4 | Participación de los ciudadanos en la salud. | Orientada al empoderamiento de las personas para ejercer un control efectivo sobre su propio proceso vital, creando una cultura de salud. |
| 5 | Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de SP. | El desarrollo de decisiones políticas en materia de salud pública, a través de enfoques de equidad, ética y solidaridad social, buscando así el fortalecimiento de los sistemas de salud. |
| 6 | Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de SP. | Proteger la salud pública mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria, la reglamentación en la materia y la fiscalización de su cumplimiento. |
| 7 | Evaluación y promoción del | Busca la eliminación de obstáculos de acceso |



| | | |
|-----------|--|--|
| | acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios. | efectivo a los servicios de salud, sin que existan discriminaciones para acceder a la salud. |
| 8 | Desarrollo de recursos humanos y capacitación en SP | La educación, capacitación, actualización continua del personal de salud, con la finalidad de que posean competencias necesarias. |
| 9 | Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos | Elaboración y aplicación de normas sobre las características básicas, que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad. |
| 10 | Investigación en Salud pública | Dirigida a aumentar el conocimiento para la adopción de decisiones en los diferentes niveles de la salud pública. |
| 11 | Reducción de impacto de las emergencias y desastres en la salud | Establecimiento y desarrollo de políticas que protejan, acerca de los impactos que puede tener diversos desastres en la población. |

Pero estas funciones esenciales de la Salud Pública, no logran a cubrir todas las características de las que se encarga o engloba la Salud Pública, por tales motivos se formularon los **Verbos esenciales de Salud** pública que son una forma de bien vivir de la población, y que consisten en los siguientes:

| Verbo | Acción |
|------------------|--|
| Sanear | Crear condiciones de salubridad y limpieza (Por ejemplo colocar drenaje, agua potable, manejo de basura). |
| Controlar | Capacidad de regularizar, sancionar, normalizar (Por ejemplo creación de políticas para regularizar al sistema de salud). |
| Prevenir | Hacer referencia a actividades de anteceder alguna circunstancia de <u>enfermedad</u> , que puede ser aplicada en cualquiera de los 3 niveles de salud (Por ejemplo vacunas). IMPORTANTE DIFERENCIAR ENTRE PREVENIR Y PROMOVER |
| Promover | <u>Acciones dirigidas hacia el cuidado de la salud</u> , que buscan un beneficio a nivel poblacional (Por ejemplo campañas acerca de cuidados alimenticios). |
| Educar | Es buscar la transmisión de conocimientos, la formación de personal |



| | |
|------------------|---|
| | de salud especializados, que apoyen a reducir la enfermedad a nivel poblacional. |
| Organizar | Lograr obtener una buena forma de distribución en instalaciones, funciones, y presupuestos dentro del sistema de salud. |

En general, los Verbos Esenciales de la Salud Pública tienen la función de poder conjugarse en el tiempo, siendo **dinámicos y permitiendo valorar el funcionamiento de la salud pública.** Además, la conjugación permite tomar acciones a futuro y planear las metas a lograr. Todos los verbos y funciones dependen de la eficacia de los otros.

Por último, es importante resaltar que las acciones de la Salud Pública van más allá de solo la prevención y promoción de la salud, siendo una ciencia con variados pilares que permiten lograr un entendimiento, funcionamiento y organización de la salud a nivel poblacional e individual.



Medicina y Salud pública

Madiam Ored Torres Cruz

Conceptos clave: -Medicina -Salud pública

Tabla 1. Diferencias entre la Medicina y la Salud pública.

| | Medicina | Salud pública |
|---------------------------|--|--|
| ¿De qué se encarga? | Atención de la enfermedad para aproximarse a la salud. | Generar acciones para el desarrollo de la salud en la población, empleando aproximaciones desde la enfermedad. |
| Nivel de análisis | Individual y subindividual. | Poblacional o colectivo. |
| Aproximación metodológica | Clínica e investigación biomédica. | Epidemiología. |

Johann Peter Frank

Denuncia públicamente en una conferencia magistral la **relación entre enfermedad y pobreza** “*La miseria del pueblo: madre de las enfermedades*”.

Salud pública - Es la ciencia y el arte de **prevenir las enfermedades, prolongar la vida**, fomentar la salud y la eficiencia; mediante el esfuerzo organizado de la sociedad para: a) el saneamiento del medio; b) el control de enfermedades transmisibles; c) la educación individual y colectiva en materia de higiene; d) la organización de los servicios de Medicina y enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades; y e) el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada persona se encuentre en condiciones de disfrutar de su derecho natural a la salud, el bienes y la longevidad (Winslow, 1920).

Con distintos momentos históricos la percepción, definición y vínculo de ambas ha cambiado, pero en la sociedad actual es importante recordar que no son enemigas; al contrario, la Salud Pública y la Medicina son herramientas mutuas para ampliar el conocimiento y campo de acción de ambas.



Estudio multidisciplinario de las enfermedades

INSTRUCTORA: Mariel Flores Castillo

- Disciplinas y ciencias auxiliares de la Salud pública -Ciencias biológicas -Ciencias sociales

CIENCIAS BIOLÓGICAS

| DISCIPLINA | ¿CÓMO AYUDA A LA SP? |
|----------------------|---|
| Microbiología | Entender el proceso salud-enfermedad donde participan agentes infecciosos y vectores, para establecer programas para la protección específica de enfermedades. |
| Genética | Estudiar el genoma humano para comprender enfermedades (congénitas, infecciosas -vulnerabilidad- no transmisibles), y así identificar a los grupos de población con mayor riesgo a desarrollarlas para poder prevenirlas. |
| Inmunología | Estudia la inmunidad natural en humanos para la protección que se adquiere mediante vacunación |
| Ecología | Estudio de la interacción del humano con los diversos elementos del ambiente físico, biológico y social que ponen en riesgo la salud. |
| Evolución | Estudio de cómo diversas presiones de selección biológica desempeñan una función en el origen de las enfermedades crónicas |



| | |
|-----------------------|--|
| Epidemiología | <p>Analiza datos sobre el proceso salud-enfermedad para la toma de decisiones.</p> <p>Aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Creación de “portafolios de riesgo” · Dx. situación de salud en la población. · Describir frecuencia de la enfermedad. · Identificar grupos y lugares de riesgo. · Evaluar nuevos tratamientos, pruebas diagnósticas, técnicas quirúrgicas, intervenciones poblacionales, etc. |
| Estadística | Recopila, organiza, sintetiza, analiza e interpreta datos numéricos. |
| Bioestadística | Estadística usada en problemas de salud-enfermedad y de biología. |

CIENCIAS SOCIALES

| DISCIPLINA | ¿CÓMO AYUDA A LA SP? |
|--------------------------|--|
| Economía | Estudia las relaciones entre la producción, distribución y consumo de productos que satisfacen necesidades en una población, con base a una situación de recursos escasos. |
| Demografía | Estudia la distribución geográfica y de las dinámicas de la población. para incidir en el proceso salud- enfermedad en la población |
| Antropología | Comprensión del significado que le da las culturas a la salud y enfermedad, así como aquellas prácticas que se emplean para atenderla. |
| Sociología | Estudia las interacciones entre las comunidades. |
| Psicología social | Estudia los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad |



Etapas de la experiencia ante la enfermedad

Nancy Vergel Cervantes.

Conceptos clave: Experiencia - Aceptación - Consulta médica - Paciente dependiente - Recuperación y rehabilitación

¿Qué es la experiencia ante la enfermedad?

Se define como la vivencia de un proceso que implica cambios o modificaciones de un estado previo.



Puede disminuir o debilitarse el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social o evolutivo de una persona, en comparación con su experiencia previa.

Hay **5 ETAPAS** en la **experiencia ante la enfermedad**; para que te sea más fácil distinguir las características de cada una de ellas, se te proporciona el siguiente cuadro:

| | I Experiencia de los síntomas | II Aceptación del rol de enfermo | III Consulta con la asistencia médica | IV Rol de paciente dependiente | V Recuperación y rehabilitación |
|----------------|--|--|---|--|--|
| Decisión | Algo anda mal | Se abandonan los roles normales | Búsqueda de algún consejo profesional | Aceptación de tratamiento profesional | Se abandona el rol de enfermo |
| Comportamiento | Aplicación de medicina "casera", automedicación. | Se solicita la validación profesional del rol de enfermo por parte de los miembros del sistema de referencia no técnico. Continúan los remedios no técnicos. | Búsqueda de legitimación del rol de enfermo por un experto. Se intentan procedimientos de tratamiento. | Se practica el tratamiento para la enfermedad. Se sigue un régimen. | Se reanudan los roles normales. |

| | | | | | |
|-----------------|---|---------------------|---|---|---|
| Resultado final | Negación (evasión hacia la salud) ↓ Retraso ↓ | ←Negación ↓ ↓ | ←Negación ↓ Compra de Dx deseado ↓ | ←Rechazo ↓ Ganancia secundaria ↓ | Denegación (rol de enfermo crónico) ↓ Hacerse el remolón* ↓ |
| | Aceptación→ | →Aceptación | →Confirmación | →Aceptación | →Aceptación |

*Remolón: persona que evita hacer algún trabajo u obligación.



Etapa I:
Experiencia de los síntomas.

Etapa II:
Aceptación del rol de enfermo.

Etapa III: Consulta con la asistencia médica.

Etapa V: Recuperación y rehabilitación.

Etapa IV: Rol de paciente dependiente.





Facultad de Medicina



2DO DEPARTAMENTAL



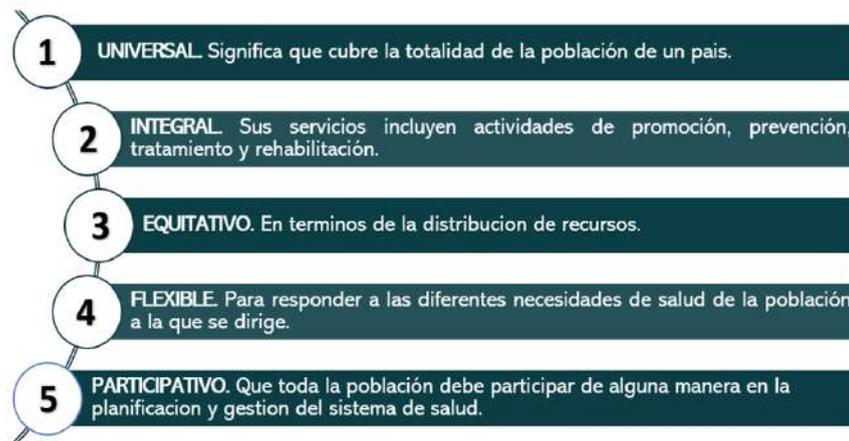
Conformación y características del Sistema nacional de salud

Nathalia Desiree Escamilla Camacho

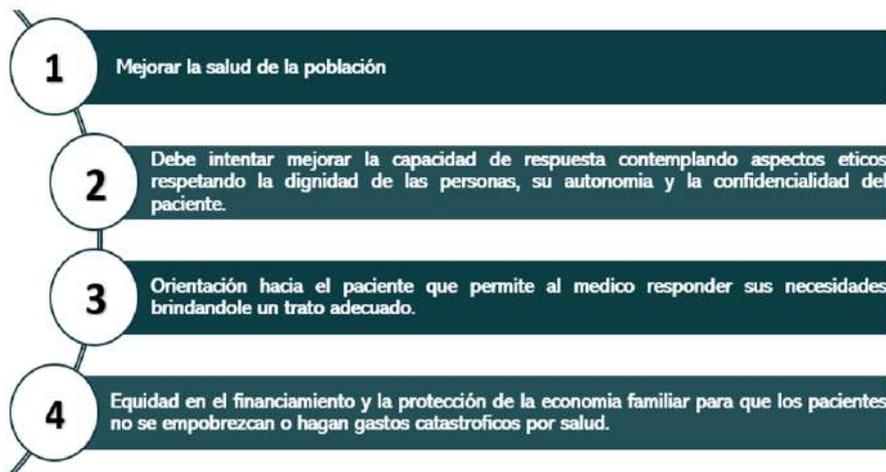
- Sistema de salud - Sistema de salud mexicano - Políticas sociales - Niveles de atención

De acuerdo con la OMS, un **sistema de salud** *abarca cualquier actividad encaminada a promover, restablecer o mantener la salud. Su propósito principal es responder a los problemas y necesidades de salud y enfermedad de una sociedad basándose en la estructura económica y política que esta tiene.* Son un tipo de sistema abierto con dos *dimensiones principales: técnica y social.*

Los *objetivos y principios* de un sistema de salud se resumen en los siguientes esquemas.



Principios de un sistema de salud



Objetivos de un sistema de salud

El **sistema nacional de salud mexicano** es una combinación de los tres principales modelos de sistemas de salud existentes: *de propiedad estatal, privado y medicina tradicional*, se ajusta a **políticas sociales** que son un *conjunto de intervenciones públicas que aseguran a los ciudadanos un estándar mínimo los denominados "derechos sociales"* no como caridad o



beneficencia y es denominado *nacional* dado que el Estado es el encargado de regular y financiar la atención sanitaria.

Se encuentra dividido en tres grandes grupos y el acceso a la atención está a cargo de las instituciones considerando dos aspectos fundamentales:

- Inserción laboral (sector formal)
- Capacidad de pago

| | PERSONAS A LAS QUE SE DIRIGE | FINANCIAMIENTO | INSTITUCIONES (EJEMPLOS) | SERVICIOS |
|---|--|--|---|--|
| GRUPO UNO SEGURIDAD SOCIAL | DERECHOHABIENTES (TRABAJADORES "FORMALES") | CUOTAS OBRERO PATRONALES | IMSS ISSSTE SEDENA PEMEX MARINA | NO DISPONEN DE UN CATALOGO DE SERVICIOS, OFRECEN LOS QUE TIENEN A SU DISPOSICION |
| GRUPO DOS POBLACIÓN ABIERTA NO ASEGURADA | POBLACIÓN EN GENERAL QUE NO PERTENECE AL SECTOR LABORAL FORMAL | CUOTAS POR TABULADOR SOCIOECONOMICO, SUBSIDIOS EN CASO DE PERSONAS CON BAJOS RECURSOS | SECRETARIA DE SALUD INSABI (DEPENDENCIAS A NIVEL FEDERAL O ESTATAL, URBANAS O RURALES) | PAQUETES PARCIALES (CATALOGOS DE SERVICIOS) |
| GRUPO TRES SECTOR PRIVADO | POBLACIÓN CON BUENA CAPACIDAD ECONOMICA GENERALMENTE DE CLASE MEDIA Y ALTA | PAGO DIRECTO O PLANES DE SEGURO ORGANIZADOS POR ASEGURADORAS PRIVADAS TRANSNACIONALES. | HOSPITAL ANGELES | TODAS LAS ESPECIALIDADES (CONSULTORIOS PRIVADOS U ANEXOS A HOSPITALES) |

De manera funcional, cada una de las instituciones que constituyen el sistema nacional de salud en México cuenta con unidades que proporcionan atención en tres **niveles de atención**, los cuales tienen relación entre sí, a continuación, se muestran en el siguiente esquema.



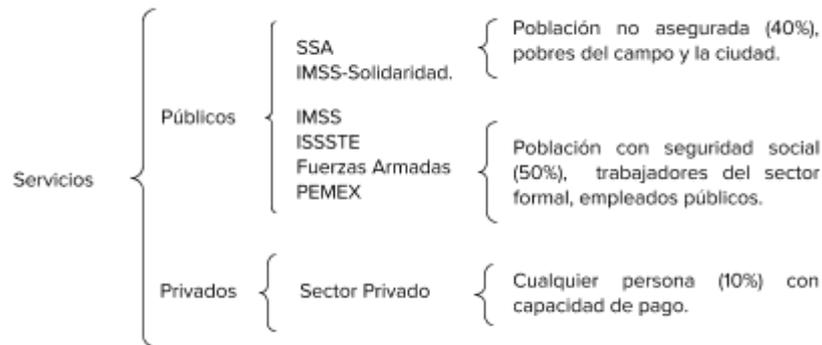


Funciones básicas, responsabilidades y modelos del Sistema Nacional de Salud

Daniel Alexis Alvarado Rojas

**-Prestación de servicios -Financiamiento -Rectoría del servicio -Generación de servicios
-Cobertura universal -Acceso universal**

1. Prestación de servicios.



2. Financiamiento.

Movilización de recursos desde sus fuentes, su acumulación en fondos y su distribución subsecuente para la producción o compra de servicios.

| Fuentes | Fondos |
|---|--|
| Hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales. | Seguro social, presupuestos públicos y ahorros familiares. |

3. Rectoría del sistema.

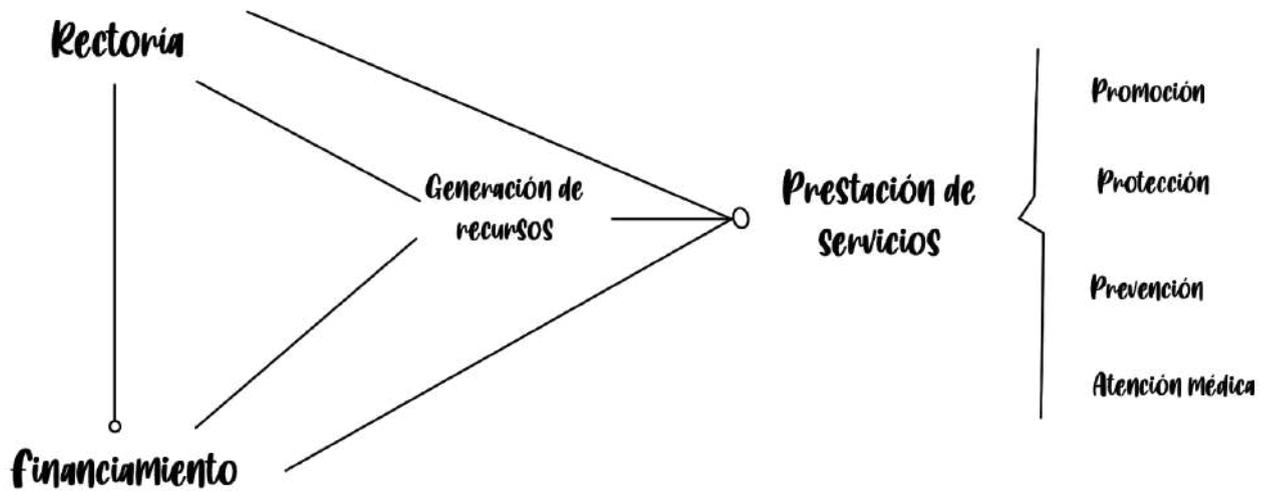
| | |
|-------------------------------------|--|
| Regulación. | Actividad de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios que tienen un impacto en la salud. |
| Evaluación. | Evaluación del desempeño con 46 indicadores. |
| Protección de los pacientes. | Solución de controversias entre usuarios y proveedores de los servicios de salud. Creación de la CONAMED. |

4. Generación de recursos.



| | |
|--|---|
| <p>Profesionales de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos. • Enfermeras. | <p>Recursos materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitales. • Camas de hospital. • Clínicas y otros centros de salud. |
| <p>Conocimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gasto público en investigación en salud: <ul style="list-style-type: none"> - 2.3 % del gasto total en ciencia y tecnología. - 0.01 del PIB. - 0.45% del gasto total en salud. | <p>Información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información en salud. <ul style="list-style-type: none"> - Subsistencias en población y cobertura. - Recursos. - Servicios otorgados. |

Funciones



DIFERENCIA ENTRE COBERTURA Y ACCESO UNIVERSAL

Cobertura universal: Es el desarrollo de sistemas de financiación que permitan a las personas tener acceso a todo tipo de servicios de salud.

Acceso universal: Es la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, género y de organización. Permite que todas las personas utilicen los servicios integrales a nivel nacional y de manera equitativa.

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.



Políticas generales y programas focales del Sistema Nacional de Salud. “Seguro popular” e “INSABI”, como ejemplos.

Nathalia Desiree Escamilla Camacho

Conceptos clave:

- Seguro Popular – INSABI – Programa Nacional de Salud – Programa Sectorial de Salud

Seguro Popular

Establecido en 2004, fue un programa parte del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* considerado también como una nueva forma de aseguramiento era una alternativa para el **sector de la población que no contaba con seguridad social**. Este programa desapareció en 2019 dado a que no cubría a la población como era su objetivo, además de problemas de desviación de fondos.

Beneficiarios

Para ingresar al Seguro Popular, a los usuarios se les **realizaba un estudio socioeconómico para clasificarlos en deciles** (niveles de ingreso) los que se encontraban en los dos primeros niveles de ingreso no pagaban ninguna cuota.

Servicios

Atendía a las personas de acuerdo con un **Catálogo Universal de Servicios de Salud**, que a principios del 2011 engloba 1500 enfermedades. Los servicios de alto costo eran financiados por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, derivados de procesos que requieren tratamientos y medicamentos más especializados y no muy frecuentemente utilizados

Financiamiento

Utilizaba un **sistema de prepago basado en un tabulador**, es decir, manejaba un enfoque de atención con enfoque mercantilista basado en recomendaciones del Banco Mundial.

Niveles de atención

Opera en todas las clínicas de atención primaria, Hospitales Generales, Hospital de la Mujer e Institutos Nacionales en todo el país.



INSABI

Es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal fundado en 2020, que sustituyó al Seguro Popular el cual, tras 13 años en funciones **no pudo garantizar el acceso universal de la salud a la población.**

Su principal objetivo **es ampliar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación además de cubrir a migrantes y extranjeros.**

Funciones principales

1. Prestar de manera gratuita servicios de salud y asegurar el suministro de medicamentos e insumos asociados y demás elementos necesarios para la atención a las personas sin seguridad social.
2. Proponer, a la Secretaría de Salud, adecuaciones a la normatividad reglamentaria que resulten necesarias en materia de prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.
3. Impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud, la implementación de redes integradas de servicios de salud en las que participen todas las instituciones públicas de salud, federales o locales a fin de garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos
4. Supervisar que, en las unidades médicas a su cargo, se cuente de manera permanente con el personal profesional, auxiliar y técnico para la salud necesario para la prestación de los servicios, con especial énfasis en las comunidades marginadas.

Servicios

Proporciona **servicios gratuitos** en los dos primeros niveles de atención y de acuerdo con las 66 intervenciones, el INSABI enlista los padecimientos que cubre en el tercer nivel, aunque algunos sí tienen un costo.



| | |
|------------------------------|---|
| Cáncer en menores de 18 años | Tumor de Wilms |
| | Otros tumores renales* |
| | Leucemia Linfoblástica aguda |
| | Leucemia mieloblastica aguda |
| | Leucemia crónicas |
| | Síndrome mielodisplásicos |
| | Hepatocarcinoma |
| | Hepatoblastoma |
| | Osteosarcoma |
| | Sarcoma de Ewing |
| | Linfoma no Hodgkin |
| | Enfermedad o linfoma de Hodgkin |
| | Retinoblastoma |
| | Sarcoma de partes blandas |
| | Tumores gonadales |
| | Tumores extragonadales |
| | Diversos carcinomas* |
| Histiocitosis | |
| Cáncer en mayores de 18 años | Tumor maligno de ovario epitelial |
| | Tumor maligno de ovario germinal |
| | Tumor maligno de próstata |
| | Cáncer testicular seminoma y no seminoma |
| | Cáncer cervicouterino |
| | Cáncer de Endometrio |
| | Cáncer de mama |
| | Tumor maligno de colon |
| | Tumor maligno de la unión recto-sigmoidea |
| | Tumor maligno de recto |
| | Linfoma no Hodgkin folicular |
| | Linfoma no Hodgkin difuso |
| | Cáncer de esófago |

| | |
|---|--|
| Enfermedades cardiovasculares en menores de 65 años | Infarto agudo al miocardio |
| Infectocontagiosas | Hepatitis viral tipo C crónica |
| | Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación |
| Trasplantes en paciente pediátrico y adulto | Trasplante de córnea |
| | Trasplante de médula ósea mayores de 18 años |
| | Trasplante de corazón en mayores de 18 años |
| | Trasplante hepático en mayores de 18 años |
| | Trasplante pulmonar en mayores de 18 años |
| | Trasplante de médula ósea menores de 18 años |
| | Trasplante renal menores de 18 años |
| Genéticas | Síndrome de Turner |



Proyecciones y alternativas del Sistema Nacional de Salud ante necesidades de salud complejas en el presente de salud de la OMS.

Melissa Vera Suárez

Conceptos clave: -Tipos de modelos -Funciones -Niveles de atención -Características y Responsabilidades -Sistema de Salud universal

¿Cómo estudiar al sistema de salud?

Desde el punto de vista social, los sistemas de salud se clasifican según la forma en que se encuentren estructurados, sus fuentes, las formas como obtienen financiamiento y las formas a través de las cuales los distintos grupos o clases sociales acceden a ellos.

Según el **modelo del sistema**:

- Propiedad estatal: financiamiento proveniente de **impuestos o cuotas** obrero-patronales de la seguridad social.
- Propiedad privada: financiamiento proveniente del **pago directo** del bolsillo o bien, bajo la **forma de prepago** por medio de aseguramiento privado.
- Formas tradicionales de atención, en general con formas privadas o **redes de apoyo comunitario**, cercanas a las culturas de los grupos sociales de las que emergen.

Según sus **principales funciones**:

- Rectoría: **regula el sistema en su conjunto** (general leyes, normas, reglamentos), evalúa (mediante 46 indicadores) y protección de pacientes (mediante la CONAMED).
- Financiamiento: **recaba y distribuye los recursos** del sistema, determinando y vigilando su uso y destino. Se puede obtener mediante fuentes (hogares, empresas, gobierno, organismos internacionales) y fondos (seguro social, presupuesto público y ahorros familiares).
- Prestación de servicios: públicos y privados.
- Generación de recursos: que incluye al **personal de la salud, recursos materiales** (hospitales, camas de hospitales, clínicas y otros centros), **conocimiento** (que depende del gasto público en investigación en salud, así como investigadores en el área de la salud) y el **sistema de información en salud**.

Según su **estructura funcional**, es decir, **niveles de atención**:



| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Primer nivel</p> | <p>Formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio. Son el primer nivel de contacto de las personas con un sistema formal de atención. Atendido en su mayoría por médicos pasantes, médicos generales o con algún posgrado de generalismo (medicina familiar y comunitaria). Actividades enfocadas en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p> |
| <p style="text-align: center;">Segundo nivel</p> | <p>Formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias. Cuenta con cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia. Estos hospitales, sin embargo, suelen contar con algunas subespecialidades tales como dermatología, neurología, cardiología, geriatría, cirugía pediátrica, etc.</p> |
| <p style="text-align: center;">Tercer nivel</p> | <p>Formado por una red de hospitales de alta especialidad. conformado por subespecialidades y equipos de apoyo que no se encuentren en segundo nivel de atención. Se atienden los problemas que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles que requieren conocimientos más especializados o una tecnología específica.</p> |

Según sus **principales responsabilidades:**

- La Atención primaria de la salud
- La Salud pública
- Los Servicios de atención médica

Características de la atención en salud brindada por el Sistema Nacional de Salud:

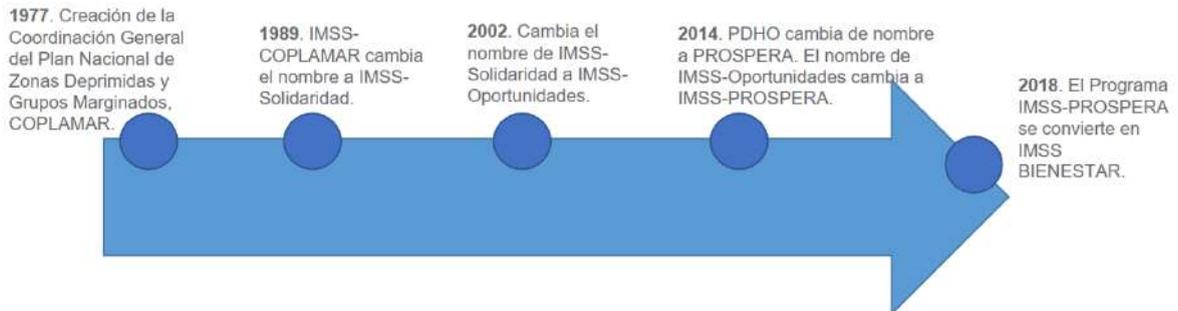
Es importante mencionar que el Sistema Nacional de Salud debe brindar una **atención:**

- **Oportuna**
- **Integral** : Abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva indisoluble biopsicosocial.
- **Integrada** : Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.



- Continua

IMSS-COPLAMAR, IMSS-BIENESTAR y Seguro Popular



IMSS-COPALAR

Definición: se refiere a un programa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) denominado Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR)

Año de creación: 1979

Nace como respuesta solidaria ofreciendo servicios médicos de manera predominante en la zona ixtlera del norte del país, construyendo siete Clínicas-Hospital de Campo y adaptando 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), para que funcionarán como unidades de primer nivel de atención. Establecer y operar 2,000 unidades médicas rurales en regiones desatendidas, especialmente indígenas, y 52 clínicas-hospitales de campo.

Diferencias:

- Contó desde su creación con su propia infraestructura, financiamiento y personal operativo.
- -El acceso a los servicios que ofrecía para las poblaciones donde se implementó fue gratuito.
- -Ofreció atención médica
- +Programas de becas para estudiantes.
- +Apoyos para la producción agrícola.
- +Suplementación alimentaria para la niñez con desnutrición y para mujeres embarazadas.



IMSS BIENESTAR

Año: 2018-2024

Proporciona en sus unidades médicas servicios de primero y segundo nivel de atención. Éste último a través de 80 unidades hospitalarias donde se atienden las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, anestesiología, medicina familiar y epidemiología (los servicios que se ofrecen a la población derechohabiente se basan en un modelo de medicina familiar con redes de atención en los tres niveles).

Así se logra brindar servicios de salud a 13 millones de habitantes de comunidades rurales y urbanas marginadas. La cobertura potencial de ambos brazos suma 82 millones de personas. Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que, sustentado en la Atención Primaria a la Salud y en las Redes de Servicios, vincula la Atención Médica y la Acción Comunitaria con la participación de más de 370 mil personas voluntarias. El modelo MAIS se integra de dos vertientes: atención médica y acción comunitaria.

Seguro Popular

Definición: Programa de financiamiento que se implementó sobre la infraestructura existente de diversos elementos del Sistema de salud.

Año de creación: 2002

Se proyectó como un programa que cuenta con las medidas preventivas de atención ambulatoria y de hospitalización que las autoridades consideren indispensables para mejorar las condiciones de salud de la población, evitando así gastos catastróficos de bolsillo.

Diferencias a resaltar:

- Su implementación se montó sobre la infraestructura existente y fue contratando poco a poco personal propio, en condiciones laborales precarias, de todos los programas, fue el que tuvo mayor crecimiento en cuanto a financiamiento de 2003 a 2017.
- El seguro popular, en algunos aspectos, ha tenido que ser gratuito pero limitado a los procedimientos registrados en el catálogo correspondiente. Para otros procedimientos, incluidos dentro del concepto de “gastos catastróficos”, el seguro paga una parte (siempre que se cumplan ciertos requisitos) y la gente afiliada, paga la parte faltante.
- Fuera de la consulta, la hospitalización en ciertas enfermedades y acceso a fármacos, el seguro popular no incluyó ningún otro servicio o apoyo al desarrollo comunitario.

Un sistema de salud universal

Según la OMS un sistema de salud universal es **aquel donde todas las personas que necesitan atención en salud la reciben de manera oportuna, a través de servicios de calidad** y se integra por todas las organizaciones e instituciones públicas y privadas, así como por las personas que actúan para promover, recuperar y/o mantener la salud de las personas.

¿Se tiende a un sistema de salud universal en nuestro país?

En México **se plantea un modelo de política de salud que obedece a una postura neoliberal, siendo regresivo y excluyente de los grandes grupos de población de servicios de salud de calidad.** De esta forma, lejos de reforzar la estructuración de un sistema de salud de calidad, equitativo y universalista, contribuye a acelerar los procesos de fragmentación y mercantilización de las instituciones públicas de salud.



¿Cuál es el motor que hace evolucionar al Sistema Nacional de Salud?

La **búsqueda de la equidad en salud**, así como una adecuada capacidad de respuesta ante los problemas y necesidades de salud.



Antecedentes y definición de la Atención primaria de la salud

Ilse Lizeth Méndez López

-Atención primaria a la salud - “Salud para todos en el año 2000” (SPT-2000).

La **atención primaria de la salud**, es una propuesta que surge hace más de 40 años como resultado de una evaluación de los servicios de salud que demostró que la mayoría de la población mundial no tenía acceso a una atención apropiada. Estas desigualdades sociales existentes entre unos países y otros (y aún dentro de los mismos países), motivaron la búsqueda de mecanismos más racionales para lograr una situación más justa.

La OMS declara que la medicina basada en métodos exclusivamente clínicos no ha resuelto de manera satisfactoria los problemas de salud más frecuentes y poco complicados que afectan a la población mundial. Asimismo, reconoce que la mayoría de los países dependientes poseen sistemas de salud organizados de modo insuficiente; que estos servicios benefician a una mínima parte de la población y que el personal de salud carece de la preparación para las tareas que la situación futura depara. Estos hechos determinan el diseño de estrategias mundiales y nacionales acordes con los resultados actuales y futuros, que buscan lograr la participación del mayor número de recursos posibles en forma concertada.

Ante el escaso éxito obtenido por el plan decenal de salud para la región de las Américas, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó en mayo de 1977 una resolución que establecía que la principal meta en los siguientes decenios era **alcanzar para todos los habitantes del mundo en el año 2000 un grado de salud que permitiera llevar una vida productiva desde los puntos de vista social y económico.** A esta iniciativa se le conoció como **“Salud para todos en el año 2000” (SPT-2000).**

Metas específicas de las estrategias SPT-2000 establecidas para la región de las Américas





Para el logro de la meta SPT-2000 se requería no sólo de la utilización de todos los recursos disponibles, sino también de la racionalización de su uso y de su distribución más equitativa entre la población.

En la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de Salud realizada en **Alma Ata** (antigua URSS), en **septiembre de 1978**, fue adoptada la **estrategia de APS como fundamental para el logro de la meta SPT-2000**.

La declaración de Alma Ata define la atención primaria de Salud (APS) como “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”

La APS ha constituido la base sobre la cual los gobiernos de todo el mundo han reorganizado sus servicios de salud, lo cual se ha reflejado en una orientación hacia los principales problemas sanitarios preventivos, curativos, de rehabilitación y fomento de la salud, de acuerdo con las condiciones económicas y sociales de los diversos países y comunidades.



Componentes y principios básicos, estratégicos y programáticos de la Atención Primaria de la Salud.

Eduardo De La Cruz Galicia.

Conceptos clave: -Componentes básicos. -Componentes estratégicos de la APS
-Extensión universal de la cobertura. -Regionalización de los servicios. -Articulación intersectorial. -Desarrollo de tecnología apropiada. -Desarrollo administrativo.
-Desarrollo de recursos humanos para APS. -Componentes programáticos de la APS.

Componentes básicos

APS: es la asistencia sanitaria esencial basada de métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, mediante la plena participación de un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo.

La APS constituye la base sobre la cual los gobiernos de todo el mundo han organizado sus servicios de salud.

Componentes estratégicos de la APS

Se expresan en las políticas de salud que los gobiernos y constituyen grandes propuestas que, en conjunto, hacen posible el logro de una manera general; los más importantes son los siguientes:

-Extensión universal de la cobertura.

Sea utilizado con frecuencia el concepto de "cobertura" que es el porcentaje de la población que tiene acceso al servicio, así, "extensión universal de la cobertura" implica que 100% de la población mundial debe tener acceso a los servicios de salud, se reconocen al menos los siguientes elementos involucrados en la ampliación de la cobertura:

Aumento de la disponibilidad de los servicios, aumento de la accesibilidad de los servicios, accesibilidad geográfica, accesibilidad económica, accesibilidad cultural, participación comunitaria.

El desarrollo de la estrategia de APS es imposible sin la participación plena de la comunidad a través de su organización y con autorresponsabilidad, la comunidad debe estar involucrada en el diseño mismo de los programas, el planteamiento de los objetivos y los procesos de evaluación de las actividades.

-Regionalización de los servicios.

Los servicios de salud, para su óptima utilización, requiriendo una reordenación geológica radical, se expresa la necesidad técnica y social de trasladar los recursos existentes concentrados en pequeñas zonas geográficas urbanizadas, hacia el total de regiones que conforman un país. Estos niveles que se califican de acuerdo con su complejidad técnica y



administrativa exige para su óptima utilización la regionalización geográfica.

–Articulación intersectorial.

Son múltiples los factores socioeconómicos que afectan el desarrollo sanitario de la comunidad, el mejoramiento de los servicios por sí mismos no es suficiente. Los sectores involucrados en tales acciones salud, educativo y productivo, entre otros, requieren realizar un mayúsculo **esfuerzo de coordinación y cooperación**, tomando en consideración siempre en primer lugar las necesidades prioritarias de la comunidad.

–Desarrollo de tecnología apropiada.

La labor internacional en favor del desarrollo ha evolucionado, de una etapa inicial filantrópica paternalista, hacia la fase de asistencia técnica, caracterizada por la "transferencia" de conocimientos prácticos, fatales y normas preestablecidas. La importación de tecnologías inadecuadas puede llegar incluso a ser perjudicial para los intereses de los países en desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud recomendó la comunidad mundial, a través de los países miembros de la OMS, la **creación de programas de estímulo y fortalecimiento de tecnología apropiada a las condiciones de cada país**, el uso de tecnología local no solo disminuirá en forma progresiva la pesada carga de la dependencia tecnológica sino que, además, posee las siguientes ventajas:

- ❖ Nuevo planteamiento del conocimiento tradicional.
- ❖ Utilización de técnicas y procedimientos sencillos, inventados por la propia comunidad.
- ❖ Utilización de los recursos existentes en la propia zona de ejecución de los programas permite la ampliación de la cobertura real de los servicios.

–Desarrollo administrativo.

Se consigue con la introducción de las modernas **técnicas de administración y gestión**, en América Latina han sido discutidas de manera amplia en lo que concierne a la salud. Subrayar la importancia que tiene la creación de un Sistema Nacional de Información en Salud, sin el cual la planificación de los servicios es casi imposible. La información, para su procesamiento, debe cumplir con los siguientes requisitos:

Ser veraz. oportuna. precisa. continua y confiable.

Todo programa APS debe involucrar a la comunidad con el fin tanto de optimizar los recursos administrativos del programa, como de **promover la participación consciente y responsable de la colectividad.**

–Desarrollo de recursos humanos para APS.

La **provisión de servicios de salud aceptables oportunas para toda la población con el fin de reducir las desigualdades** existentes entre los distintos grupos humanos, a determinado a la modificación de los anteriores patrones de formación de recursos humanos. Lo anterior está determinado por los siguientes factores:



- ❖ Garantizar la segunda accesibilidad no sólo de vista geográfico y económico, sino todo bajo la perspectiva social y cultural de toda la población.
- ❖ La urgencia de lograr un verdadero impacto en las condiciones de salud con el máximo de eficiencia social y de productividad.
- ❖ Incrementar la oportunidad, equidad y eficiencia de los servicios ofrecidos a la población.
- ❖ **La necesidad de reordenar los sistemas de salud** con base en el principio de niveles de atención geográficos y funcionales.
- ❖ Incluir la participación comunitaria con un componente estratégico.

En *la declaración de Edimburgo*, emitida por la Federación Mundial para la Educación Médica en 1980, donde se manifiesta la preocupación de las naciones por reorientar la formación de los recursos humanos de una atención de salud igualitaria basada en la impartición humanitaria de los servicios médicos. Se hace énfasis en la necesidad de trasladar el escenario de aprendizaje del ámbito hospitalario a la comunidad como fomentar el trabajo interdisciplinario en salud.

Componentes programáticos de la APS

Los componentes programáticos de la APS, a diferencia de los estratégicos, que **se refieren a los aspectos restringidos de la prestación de servicios y se expresan en forma de programas, los cuales pueden ser (según su prioridad) mundiales, regionales o nacionales.** Los recomendados por la conferencia internacional de Alma Ata en 1978 son las siguientes:

- Atención materno infantil.
- Inmunizaciones.
- Planificación familiar.
- Control de las enfermedades diarreicas.
- Control de las enfermedades respiratorias agudas.
- Control de las enfermedades parasitarias.
- Control de enfermedades ocupacionales.
- Control de las enfermedades de transmisión sexual.
- Control, prevención y rehabilitación de enfermedades crónicas.
- Alimentación y nutrición.
- Saneamiento ambiental.
- Salud mental.
- Salud dental.
- Prevención de accidentes.
- Erradicación de la malaria.

Tales programas tienen la característica de agrupar la mayor parte de la patología prevalente en el mundo. Para los instrumentos en cada país se combinan sus características, vulnerabilidad, trascendencia y costo. Esta combinación permite determinar su prioridad con respecto al total de programas propuestos. En México cada componente programático posee un programa específico.



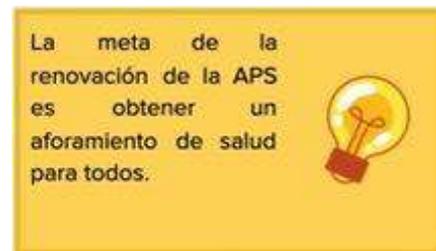
Renovación y vigencia de la estrategia de política sanitaria contenida en la Atención Primaria de la Salud

Diana Guadalupe Santamaría Domínguez

Conceptos clave: -APS selectiva

El derecho social a la protección de la salud es el resultado de un largo proceso histórico en el que el Estado ha asumido mayores responsabilidades en materia de atención a la salud. En muchos países la Atención Primaria de la Salud (APS) se redujo a lo que se conoce como **APS selectiva, centrada en actividades puntuales que mejoran algunos indicadores de salud sin cambiar realmente las formas de vida de las colectividades.** Esta propuesta terminó limitando el desarrollo pleno de la estrategia de APS en muchos países, México incluido.

La OMS propone renovar la APS desde hace varios años con el fin de revitalizar la capacidad de los países para articular una **estrategia coordinada, efectiva y sostenible que pudiera dar respuesta a los problemas de salud existente, afrontar los nuevos retos de salud y mejorar la equidad.**



Los sistemas de salud deben responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación. **Las reformas de la atención primaria basada en el acceso universal, equidad y justicia social, constituyen una respuesta fundamental a los retos sanitarios** que plantean las crecientes expectativas de los países y de los ciudadanos en materia de atención sanitaria. Sus objetivos son:

- Garantizar acceso universal y la protección social a fin de mejorar la equidad sanitaria
- Reorganizar la prestación de servicios en función de las necesidades y expectativas de la población
- Mejorar la salud de la comunidad mediante unas políticas públicas más idóneas
- Renovar el liderazgo sanitario sobre la base de una mayor eficacia de las administraciones y la participación activa de los principales interesados directos





La renovación del compromiso con la APS implica atender modificaciones y ajustes en dos grandes acepciones: como enfoque de política, **la APS debe ser visualizada como promotora y sustentadora del desarrollo de políticas de equidad en salud;** como nivel de atención, la APS ha de ser identificada como **eje central del desarrollo de los sistemas de salud bien organizados, integrales, integrados y orientados a la comunidad que garanticen una atención de alta calidad con mayor satisfacción del paciente, menores costos y mejor salud de la población.**



La salud mundial ocupará un interés sin precedentes. Se aboga cada vez más por la unidad de acción y abundan los llamados en pro de la acción integral y universal, y de salud en todos los gobiernos.



Importancia y características de la formación de personal médico con perspectiva de Atención Primaria de la Salud

Diana Guadalupe Santamaría Domínguez

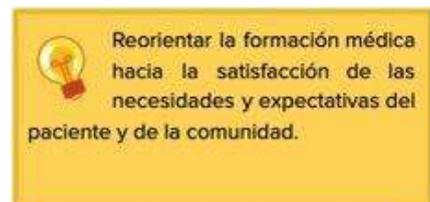
Conceptos clave: Atención Primaria de la Salud (APS) - Medicina familiar - Estrategias -enfoque bio-psico-social ambientalista

El modelo de la **Atención Primaria Orientada a la Comunidad**, agregaron a los postulados de la APS del Institute of Medicine (atención accesible, detallada, coordinada, continua y responsable) el foco comunitario y la aplicación de métodos epidemiológicos al cuidado clínico de pacientes individuales. **Se entiende por Atención Primaria Orientada a la Comunidad los cuidados de salud que se brindan tomando responsabilidad por una población definida.** Está basada en un proceso que comienza con el diagnóstico de situación, identificación de prioridades para finalmente proponer soluciones.

La introducción de la **medicina familiar como estrategia de APS** se ha promovido en varias escuelas de medicina en conjunto con las asociaciones de medicina familiar. Esta estrategia debe ser adecuada a la situación de cada país pero se tiene como denominadores comunes:

- Formular alianzas estratégicas para acelerar la **incorporación de la medicina familiar y la atención primaria** a las enseñanzas teóricas y prácticas.
- Movilizar voluntades y garantizar recursos, en cada país para la puesta en marcha de **experiencias innovadoras en la enseñanza de la atención primaria** en el pregrado.
- Formación de profesores y líderes docentes en medicina familiar.
- Desarrollo adecuado de la medicina familiar y la atención primaria dentro de las estructuras académicas de facultades y escuelas de medicina.

Esta iniciativa busca **promover los cuidados de salud que el paciente necesita, en el momento en que los necesita y del modo que los quiere.** Se centra en cuidados de salud basados en la evidencia pero condicionados por los valores de los pacientes.



Tomando en cuenta los planteamientos de la APS renovada y considerando la estructura de los sistemas de salud en cada uno de los países, los grupos de trabajo definen el siguiente perfil del médico orientado hacia la APS:

 Que el egresado sea un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un **enfoque bio-psico-social ambientalista**, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación.



Antecedentes del Derecho a la Salud y fundamentos legales en México y del derecho a la Salud en la clasificación de los derechos humanos.

Maríel Flores Castillo

Conceptos clave: -Derecho a la salud -Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 25) - Constitución Mexicana (Art. 4) -Objetivos del Programa Nacional de Salud -Modelo Neoliberal

Derecho a la salud

Regula las relaciones jurídicas que tienen por objeto la salud humana y su protección, lograda en un ambiente que garantice la sostenibilidad del equilibrio físico, mental y social,

Fundamentos legales del derecho a la salud internacionales.

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art.25):** Derecho a tener un nivel de vida adecuado para asegurar la salud y el bienestar, así como a los seguros de enfermedad e invalidez.
- *LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SE ENCARGA DE LA PROTECCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE DERECHO.*
- **Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** el derecho a la salud se hace extensivo a los determinantes básicos.
- **Modelo Neoliberal**

En 1993 el Banco Mundial saca su informe “Invertir en salud”, donde Asa Cristina Laurell ofrece otra visión de este derecho, que tuvo repercusiones en las reformas a legislaciones de (1990-1999):

- El Estado no debe intervenir en salud, sólo en aquellos servicios no mercantilizados (promoción de la salud y prevención de la enfermedad).
- El sector público es ineficiente, el privado es eficiente.
- El sistema público no tiene recursos.
- La Salud como un bien privado
- Responsabilidad social y necesidad de participación activa de la población.
- Desinstitucionalizar al máximo la atención a la salud.

Si bien el objetivo de esta visión dada desde un punto económico fue **quitarle responsabilidad al Estado** sobre este derecho, las adaptaciones o implementaciones dependen del tipo de sistema de salud que cada país maneja.

- **Organización mundial de la Salud-Europa:** Propone que “Hay equidad en la atención a la salud cuando a igualdad de necesidades hay acceso y utilización de servicios de atención, con la misma calidad para todos”.

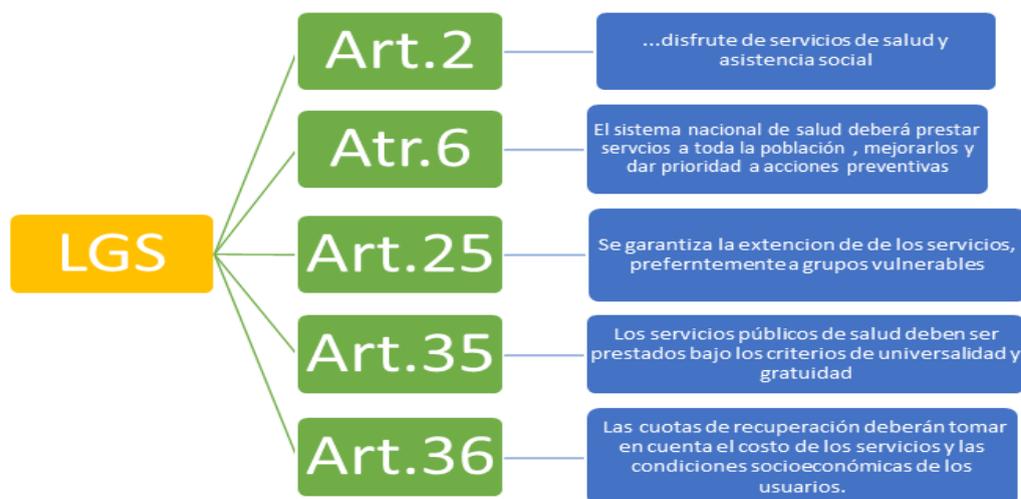


Fundamentos legales del derecho a la salud en México:

Artículo 4o Constitucional: Toda persona tiene derecho a la **protección de la salud**.

NOTA: En nuestra constitución **no se establece el derecho a la salud, si no a su protección**, ya que como sabemos un estado favorable de salud es multifactorial y **no es posible garantizar todo lo necesario** para tenerlo (nos las cuestiones genéticas , estilos de vida o algunos determinantes sociales), pero **el Estado se debe encargar de aquellos que están en manejo**, como el acceso y atención de salud, acceso a recursos básicos, así como el cumplimiento de otros derechos que complementan la salud, como el derecho a un techo o educación.

Legislaciones de la Ley nacional de salud



- **Fx del estado:** Debe respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud a través de políticas, normas y programas.
- **Fx de servicios de salud:** Garantizar en lo individual y a la comunidad servicios de salud, tomando en cuenta la expectativa y la calidad esperada
- **FX de la secretaría de salud:** Fortalecer actividades en atención médica y en prevención de riesgos.
- **FX de la ciudadanía:** Participar activamente en el cuidado de su salud así como exigir el cumplimiento de sus derechos.

Objetivos del Programa Nacional de salud

En nuestro país los objetivos para el cumplimiento del derecho a la salud son:

- Mejorar las condiciones de salud de la población.
- Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.



Contexto en el que debe cumplirse el texto: retos y potencialidades para el cumplimiento del Derecho a la salud en México hoy

Laura Levario Jaramillo

Conceptos clave: -Realidad del derecho a la salud -Condiciones que atentan contra este derecho -Profesionalismo médico -Principios universales de atención



Alberto Pellegrini Filho propone que fortalecer el capital social es fundamental para superar las desigualdades, la pobreza y mejorar la salud. También considera que en la salud repercuten factores aparentemente ajenos, ejemplo: El acceso a internet permite obtener información a relación a la salud, sin embargo hay lugares sin acceso a este recurso. Refiere que las condiciones de salud de un país mejoran cuando el ingreso per cápita se ubica entre \$8 000 y \$10 000 (EUA).

Amartya Sen, Premio Nobel de la economía señala que

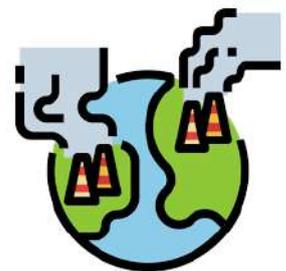
"[...] la pobreza no es solamente la falta de acceso a bienes materiales, sino también la falta de oportunidades y de posibilidades de opción entre diferentes alternativas [...]".

REALIDADES CONTRA PRECEPTOS JURÍDICOS Y EL DERECHO A LA SALUD:

El incumplimiento de las normas "la teoría es distinta a la realidad". En México el derecho a la salud no está respaldado por el presupuesto federal.

Condiciones que atentan contra el derecho a la salud:

- Contaminación.
- Alimentación inadecuada (desnutrición u obesidad).
- Condiciones de trabajo peligrosas.
- Trabajo infantil.
- Los partos que no son atendidos por profesionales médicos.
- Cobertura y calidad de los servicios ineficiente.



EL MÉDICO EN FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO:

La Medicina como disciplina humanística requiere que quienes la ejercen tengan una actitud ética, conocimiento y experiencia científica.



Principios universales de la atención:

- Buscar el bien del paciente sobre cualquier interés.
- Aceptación informada por parte de los pacientes en todos los procedimientos médicos que se les practiquen.
- Toda acción médica debe ser un acto de justicia social.



La comunidad médica tiene compromiso social con la comunidad que debe ser concebido como un derecho ciudadano.

El profesionalismo médico es una competencia fundamental de la carrera de médico cirujano.

El médico en formación debe participar en la organización de la sociedad, como **recurso humano especializado**, en la búsqueda de soluciones a los problemas.

Los médicos en formación han de considerar su participación en:

- Aceptar al médico como un ciudadano con derechos y obligaciones en la sociedad.
- Participar como ciudadano en mejorar la organización de la sociedad.
- Reconocer y hacerse responsable de la oportunidad de ser médico.
- Practicar la medicina con profesionalismo médico para hacer el derecho a la salud una realidad.
- Reconocer que la atención a la salud es un derecho social que es preciso respetar y defender.



El derecho a la salud amplio y general en el derecho internacional y el derecho a la protección de la salud en México: Del derecho formal a la justicia social en salud.

Laura Levario Jaramillo

Conceptos clave: Perfil de egreso del médico cirujano

Para hacer cumplir el derecho a la salud nosotros como cuerpo médico debemos de tener una actitud ética y humanística. Es necesario conocer el perfil de egreso, ya que nos orientará a buscar el beneficio individual y colectivo de los pacientes.

Perfil de egreso del médico cirujano:

1. Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información.
2. Aprendizaje autorregulado y permanente.
3. Comunicación efectiva.
4. Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la Medicina.
5. Habilidades clínicas del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación.
6. Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales.
7. Salud poblacional y sistema de salud: promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
8. Desarrollo y crecimiento personal.

Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información:

- Aplica de manera crítica y reflexiva los conocimientos de diversas fuentes de información para la solución de problemas.
- Utiliza la metodología científica, clínica, epidemiológica y de las ciencias sociales.

Aprendizaje autorregulado y permanente:

- Ejerce la autocritica y toma conciencia de sus potencialidades y limitaciones, para lograr actitudes, aptitudes y estrategias que le permitan construir conocimiento.
- Identifica el campo de formación profesional (inclusive posgrado, investigación y docencia).

Comunicación efectiva:

- Establece una comunicación basada en el diálogo con los pacientes, con respeto a su autonomía, creencias y valores, así como confidencialidad, empatía y confianza.
- Utiliza un lenguaje sin tecnicismos, claro y comprensible para los pacientes.
- Se comunica de manera eficiente, oportuna y veraz con sus pares.

Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la Medicina:



- Realiza su práctica clínica con base en el uso fundamentado de conocimiento, el estudio de problemas en salud, el contacto con el pacientes y las causas de demanda de atención más frecuentes.
- Orienta y refiere de modo oportuno al paciente al segundo o tercer nivel de atención.

Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales.

- Ejerce su práctica profesional con base en los principios éticos y marco jurídico, para proveer una atención médica de calidad, con vocación de servicio, humanismo y responsabilidad social.
- Identifica conflictos en su práctica profesional y los resuelve anteponiendo los intereses del paciente.
- Toma decisiones ante dilemas éticos con base en el conocimiento, marco legal y perspectiva del paciente o familia.
- Atiende los aspectos afectivos, emocionales y conductuales vinculados con su condición de salud para cuidar la integridad del paciente.

Salud poblacional y sistema de salud: promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- Identifica la importancia de su práctica profesional en la estructura del Sistema Nacional de Salud.
- Fomenta conductas saludables y difunde información actualizada tendiente a disminuir los factores de riesgo individuales y colectivos.
- Aplica estrategias de Salud pública dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención en situación de desastres nacionales o contingencia epidemiológicas y sociales integrándose al equipo de salud.

Desarrollo y crecimiento personal:

- Plantea soluciones y toma de decisiones con base en su personalidad para superar sus limitaciones y desarrollar sus capacidades.
- Cultiva la confianza, la asertividad, la tolerancia a la frustración y la incertidumbre, e incorpora la autocrítica y crítica constructiva.
- Reconoce sus alcances y limitaciones personales, admite sus errores, muestra creatividad y flexibilidad en la solución de problemas.
- Ejerce el liderazgo de manera efectiva, demostrando habilidades de colaboración.
- Utiliza los principios de administración y mejoría de calidad en el ejercicio de su profesión.



No es necesario aprenderse todos los puntos del perfil de egreso; solo conocerlos y pensar en su aplicación durante el método clínico.



Diseño y etapas de un Diagnóstico comunitario de salud.

Ilse Lizeth Méndez López

Conceptos clave: -Diagnóstico colectivo de salud -Etapas de diagnóstico

De la misma manera que en la atención clínica, en Salud pública se requiere realizar un diagnóstico para conocer y determinar la intervención que se requiere ante una enfermedad o enfermedades que afectan a un paciente, pero la diferencia radica en que aquella se circunscribe a un individuo y ésta a una colectividad.

Su elaboración, constituye la primera etapa del proceso de planificación en salud, el cual será la base para el resto de sus etapas, es decir, la toma de decisiones, la programación, la ejecución y la evaluación.

El **diagnóstico colectivo de salud** se define como “La descripción y análisis cuantitativo y cualitativo de los problemas de salud de una colectividad, en el que se identifican los elementos condicionantes y determinantes que intervienen, en tal forma que permiten una conclusión acerca de las causas, emanando de ello un planteamiento para proponer alternativas de solución”.

El proceso para la elaboración del diagnóstico de salud de una colectividad **considera cinco etapas:** Descripción de la situación, Análisis de la situación de salud, Identificación de prioridades, Evaluación y formulación del pronóstico.

1° Descripción de la situación

En esta etapa del diagnóstico se efectúa la recolección de la información y entre otros aspectos implica el conocimiento de:

- a) Las características de la población sujeto de estudio, en relación con su tamaño, estructura, dinámica, distribución y tendencias
- b) Los daños a la salud que afectan a la población en términos de morbilidad, invalidez y mortalidad, así como de algunos indicadores e índices positivos de salud, como esperanza de vida, antropometría (crecimiento y desarrollo), años de vida saludables, nutrición y resiliencia, entre otros.
- c) Los factores condicionantes o determinantes de la situación de salud naturales y los propios de las formas de vida socialmente construidas
- d) Los recursos para la salud existentes en la población (número, tipo, distribución, cobertura), así como de las políticas, los programas y servicios ofrecidos y brindados.



Necesidades y prioridades en salud

Zimri Abril Chávez Herrera

Conceptos clave: -Análisis de la situación en salud -Tipos de necesidades -Identificación y jerarquización de prioridades

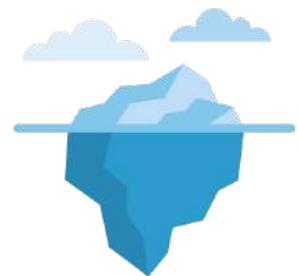
Forma parte de la identificación del: Análisis de la situación de salud e Identificación de prioridades en un diagnóstico colectivo de salud.

2° Análisis de la situación de salud.

- Identificar las necesidades, reconocimiento de problemas y explicación de los mismos a partir de un **modelo de causalidad**.
- *Avedis Donabedian*, reconoce una necesidad como “cierto grado de alteración de la salud y bienestar”.

| Necesidades | |
|--------------------|--|
| Reales | Son las que existen independientemente de quién las define. |
| Sentidas | Son las percibidas por un individuo, familia o colectividad. |
| Expresadas | Son las que conducen a la demanda de servicios. |
| Atendidas | Aquellas que reciben el servicio solicitado. |
| Satisfechas | Son las que han sido resueltas luego del servicio prestado. |

- *Navarro*: países desarrollados resuelven problemas curativos y funcionan como servicios curativos pero los problemas de la población son mucho más amplios.
- La teoría del Iceberg nos dice que **se atiende solo una parte de los problemas reales en salud, sujeto de intervención del sistema de salud** es todo el iceberg (toda la población), y no sólo la parte visible.
- La visión de los problemas de salud poblacional depende de la perspectiva que se tenga.
- Utilidad del **diagnóstico de las necesidades** según *Denver*:
 - **Determinar la naturaleza de los problemas en el área de salud.**
 - Conocer y estimar aspectos de atención no satisfechos.
 - Evaluar actividades realizadas y determinar su efectividad.
 - Identificar personas, organizaciones o instituciones interesadas en los problemas de salud.





- Conocer la visión de los individuos involucrados acerca de la situación.
- Evaluar los recursos disponibles de los programas de salud funcionantes y los servicios ofrecidos por instituciones públicas y privadas.
- Determinar el grado de colaboración existente entre dependencias.
- Fomentar la participación comunitaria en la determinación de prioridades y en su resolución.

Debemos ubicar la Importancia de medir o conocer la fuerza de asociación entre los grupos más susceptibles y los daños más frecuentes, así como la contribución que tienen para que estos ocurra, a fin de **sustentar el desarrollo de programas y medidas de control**; además de definir líneas de investigación a partir de esta fase diagnóstica.

3° Identificación de prioridades

- **Los problemas de salud existentes y las necesidades expresadas de la población son mayores a la capacidad del sistema de salud para su atención, esto obliga a incrementar la eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.** Una estrategia básica a esta situación es determinar las prioridades.
- Criterios básicos constituyen un apoyo para jerarquizar los problemas de salud y las necesidades de atención poblacionales, esto permite orientar las estrategias, los programas y las acciones de control.

| Criterios básicos para jerarquizar prioridades | | |
|--|---|--|
| Criterio | Descripción | Evaluación (medidas) |
| Magnitud | Determina el tamaño del problema. | Morbilidad , mortalidad o invalidez. |
| Trascendencia | Permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales y socioeconómicas de los daños en el individuo, su familia y la sociedad. | Años potenciales de vida perdidos , ausentismo laboral, años de capacidad perdidos por un daño o una enfermedad, grado de desintegración familiar y social, discapacidad o invalidez, marginación social y laboral, años de vida saludables . |
| Vulnerabilidad | Permite evaluar la posibilidad de controlar o eliminar un problema de salud con los avances científicos y la tecnología médica existente en un plazo determinado. | Eficacia de las intervenciones: baja, media y alta. |
| Factibilidad | La relación costo-efecto basada en los costos de prevención, tratamiento y rehabilitación. | Hanlon: PERLA . Pertinencia, factibilidad Económica, disponibilidad de Recursos, Legalidad y Aceptabilidad. |



Facultad de Medicina





Integración de diagnóstico colectivo de salud y programación en Salud Pública

Alan Enrique Araujo Carrillo

Conceptos clave: -Diagnóstico colectivo -Programas en Salud Pública --Enfoque funcional y de proceso -Planificación -Redacción

Cuando queremos integrar nuestro **diagnóstico colectivo** debemos de especificar el tipo y nivel de integración, ya que esto nos ayudará a tener más claro nuestro enfoque poblacional; los 3 tipos más comunes son:

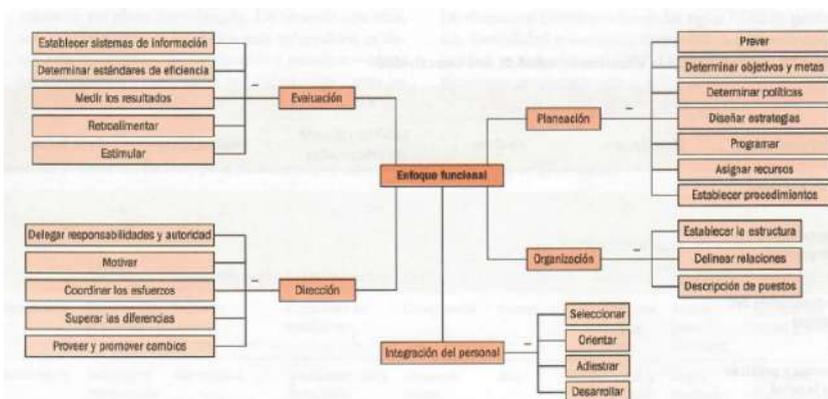
1. Basado en el área geográfica: local, municipal, nacional, etc.
2. Población como sujetos de estudio: se clasifica a la población por distintas características como edad, sexo, grupos de riesgo, etc.
3. Problemas de salud: por enfermedades comunes en la población de estudio (diabetes, infecciones, etc.) o daño particular (violencia, accidentes).

El **objetivo final** de la integración es **conocer el estado actual de nuestra población**, lo cual generalmente nos lleva a realizar acciones o medidas para la solución de las problemáticas que encontremos mediante programas de salud. Nuestro diagnóstico **debe estar basado en la realidad que vive la comunidad**, ya que de otra forma no se adecuará a sus necesidades.

La creación de **programas en Salud Pública** o programación se basa en **utilizar los recursos humanos, materiales y económicos para solucionar los problemas colectivos**. Su aplicación es **importante para países con grandes problemas de salud y escasos recursos**.

Todas las acciones que integren un programa de salud deben de tener **ejecución simultánea y ser articulados** de tal forma que contribuyan al objetivo que se planteó.

Actualmente por las condiciones económicas y sociales se ha demostrado que los programas de salud que tienen mayor efecto son los que tienen una **intervención preventiva**.



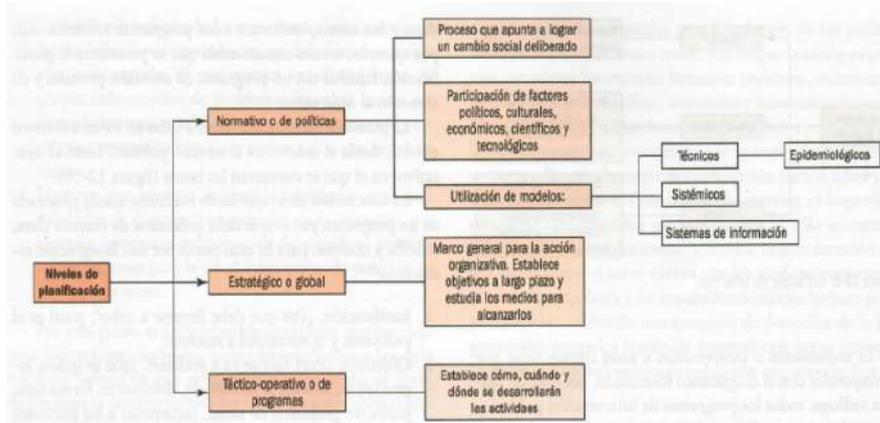
Para plantear nuestro programa debemos de tener claro nuestro enfoque funcional y de proceso.

El **enfoque funcional** nos ayuda a especificar el tipo de planeación, organización, integración del personal y la forma en la que evaluaremos el desarrollo y los resultados.

El **enfoque del proceso** nos permite dividir nuestro programa en las **áreas de las que necesitaremos coordinación**, las cuales son:



1. proceso técnico: las acciones que pueden ponerse en práctica, cómo implementar cursos, monetizaciones, comedores públicos, consultas, seminarios etc.
2. proceso administrativo: posibilita la realización de esas acciones y nos ayuda a sustentar un método, hablamos del presupuesto con el que contamos y su distribución.
3. proceso político: Moviliza el apoyo para realizar lo necesario para cubrir los objetivos, en el cual tenemos la acción del estado generalmente.



Una vez que hemos definido nuestros enfoques, podemos realizar nuestra **planificación**, que teniendo en cuenta los procesos que debemos cubrir, se desarrolla de igual forma en distintos niveles:

- **normativo de políticas**
- **estratégico global**
- **táctico-operativo.**

El **proceso de planificación** de programas de salud consiste en:

1. **Identificación de necesidades y problemas** (describimos la población y problemas de salud)
2. **Determinación de prioridades**
3. **Definición de objetivos**
4. **Especificación de actividades para lograr objetivos**
5. **Movilización y coordinación de recursos**
6. **Evaluación**

Para concretar el desarrollo de nuestro programa debemos de redactarlo de manera que este describa el resultado de nuestra integración del diagnóstico así como nuestro plan de acción. Debe ser **conciso, claro y reproducible** (cualquiera pueda realizarlo) con los siguientes apartados:

| | |
|-----------------------------|---|
| JUSTIFICACIÓN | Problemas y necesidades a resolver |
| OBJETIVOS | ¿Para qué se va a realizar? |
| METAS | Logros esperados (cobertura) |
| LÍMITES | Tiempo, espacio y población destinada |
| ACTIVIDADES Y NORMAS | ¿Qué se hará y cómo? |
| RECURSOS | Humanos, materiales y económicos |
| ORGANIZACIÓN | Distribución de tareas para el personal |
| EVALUACIÓN | Mediante supervisión (vigilar que se cumplan las acciones planeadas y corregir en la marcha) y evaluación (cumplimiento de objetivos) |



Adecuación del estudio epidemiológico de un problema o situación de salud y componentes del estudio transversal y contraste con algunos de los indicadores básicos para la elaboración de un diagnóstico colectivo de salud.

Melissa Vera Suarez & Alan Enrique Araujo Carrillo

Conceptos clave: -Estudio epidemiológico -Protocolo de investigación -Método científico -Estudio transversal -Indicadores de prevalencia

Tabla 1. Esquema básico de un protocolo de investigación propuesto por la PAHO

| |
|---|
| • Título de la investigación |
| • Resumen |
| • Planteamiento del problema |
| • Justificación y uso de resultados |
| • Fundamento teórico |
| • Objetivos de investigación |
| • Metodología: |
| • Tipo y diseño general del estudio |
| • Definiciones operacionales |
| • Universo del estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión |
| • Intervención propuesta |
| • Procedimientos para la recolección de información, instrumentos que hay que utilizar, métodos para el control de calidad de datos |
| • Procedimientos para garantizar los aspectos éticos |
| • Plan de análisis de resultados |
| • Métodos de análisis para cada tipo de variable |
| • Programas informáticos utilizados |
| • Referencias bibliográficas |
| • Calendario |
| • Presupuesto |
| • Anexos |

Parte del diagnóstico colectivo de salud es realizar un **estudio epidemiológico**, definido como un conjunto de actividades intelectuales y experimentales realizadas de modo sistemático con el objeto de generar conocimientos para estudiar el estado de la población y conocer sobre las causas que originan las enfermedades humanas.

Se ocupa de:

- Estimar prevalencia o la incidencia de enfermedades y problemas de salud
- Realizar pruebas de tamiz o escrutinio para detectar enfermedades en grupos poblacionales
- Identificar las condiciones de vivienda y la comunidad
- Conocer los hábitos, creencias y conductas sobre la salud
- Evaluar el uso de los servicios de salud

Podríamos decir que el estudio epidemiológico es donde obtenemos toda la información que

necesitamos para nuestro diagnóstico colectivo de salud, para guiar una integración y creación de programas.

Para nuestro estudio epidemiológico es necesario realizar un **protocolo de investigación** que es un documento básico en toda investigación, pues permite pasar de la concepción de un problema de investigación a su puesta en marcha; además, orienta y dirige su ejecución. El protocolo ayuda al investigador a:

- Definir claramente el problema de investigación
- Diseñar un estudio que sea factible realizar





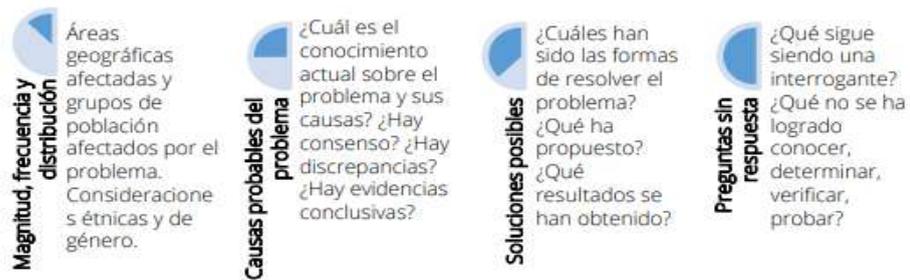
- Organizar las actividades de forma eficiente.

Incluye tanto la estructura básica del **método científico** adaptado a los objetivos del proyecto así como el manual de instrucciones para el grupo de investigadores, por lo que es una guía invaluable en las etapas sucesivas del estudio

COMPONENTES DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

FUNDAMENTACIÓN

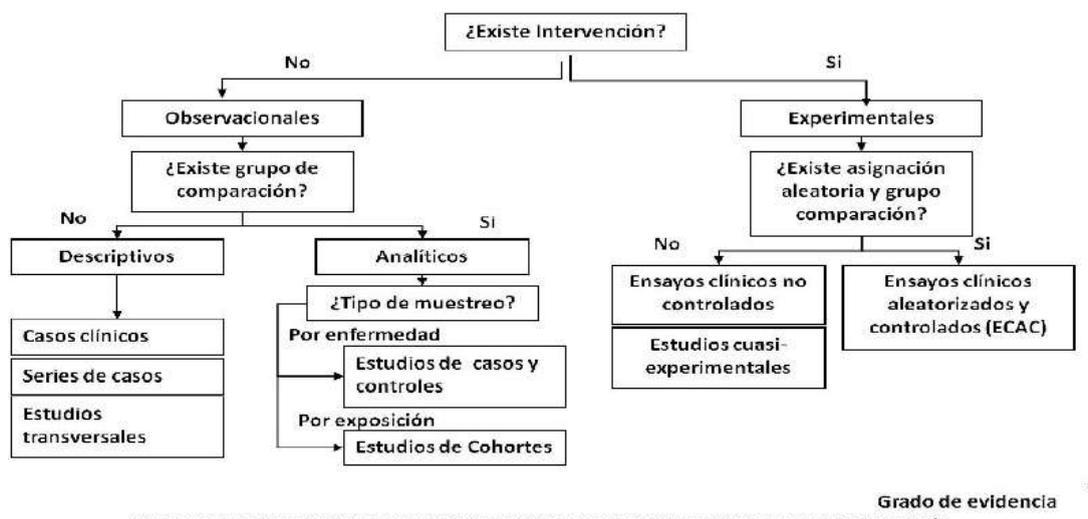
- **Definición del problema o situación de salud.** Sigue la siguiente descripción:



- **Justificación:** Razones por las que se realiza el estudio y debe hablar sobre la relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y utilidad metodológica.
- **Hipótesis:** Es la respuesta tentativa a la pregunta de investigación y está sujeta a comprobación. Propone supuestos entre la relación de dos o más variables e indica claramente la manera en que estas relaciones pueden ser verificadas. Se plantea de forma clara, precisa, pudiendo ser afirmativa o negativa.
- **Objetivos:** Muestran el propósito de la investigación, pueden ser generales o específicos. Su planteamiento busca que sean precisos, medibles, alcanzables y concisos.
- **Metas:** cuantificación de los logros esperados y medibles.

METODOLOGÍA

- **Diseño de estudio de investigación:** Es la base para planificar todas las actividades que demanda el proyecto y para determinar los recursos humanos y financieros requeridos. Nos permite responder nuestro planteamiento y lograr los objetivos. Hay muchos tipos de diseños; debemos elegir el que sirva para nuestra investigación





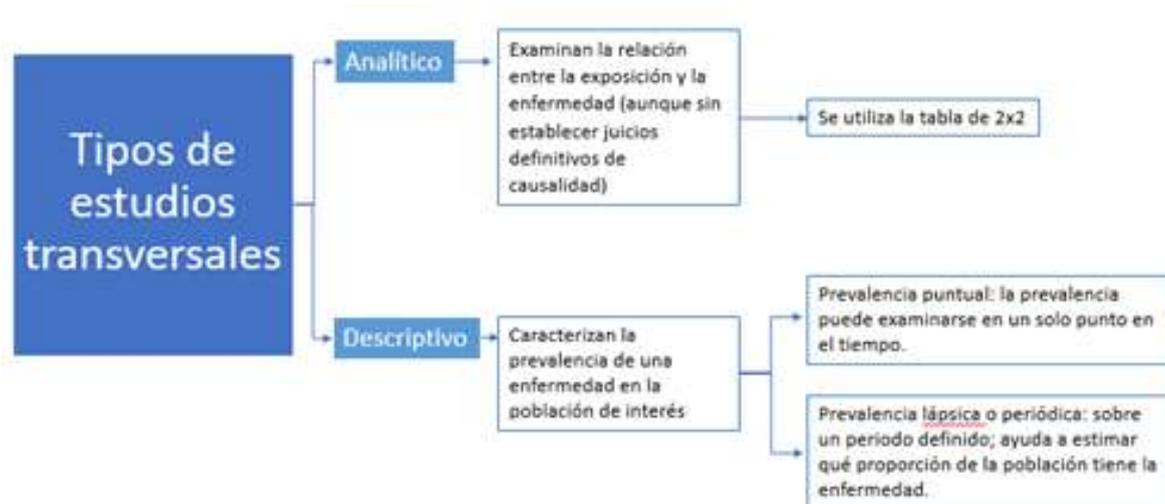
Estudios transversales o de encuesta

Suelen ser los más utilizados para diagnósticos en la comunidad. Son estudios observacionales sin seguimiento; reciben su nombre ya que la comunidad o una muestra representativa de la comunidad es estudiada en un momento específico del tiempo. En este tipo de estudio la población puede ser seleccionada de manera aleatoria sin considerar la exposición o el evento como criterios de selección, para indagar así sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento en una sola medición en el tiempo. De esta forma, el número de eventos así como la proporción de sujetos con la exposición están determinados por la frecuencia con que ocurren éstos en la población elegible y no por el investigador.

Las principales características del estudio transversal:

- El estudio de la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento en una población seleccionada aleatoriamente.
- Una única medición en el tiempo.

Son útiles para la planeación de los servicios de salud y para caracterizar el estado de salud de la población en un punto en el tiempo. En otras palabras, es el estudio indicado para llevar a cabo un diagnóstico de salud en la comunidad, esto debido a que son relativamente sencillos y rápidos de elaborar.



Una de sus principales desventajas es su bajo puntaje en la escala de causalidad debido a que se realiza en un periodo único, breve y bien delimitado, por lo que al construir este corte en el tiempo, no es posible obtener conclusiones acerca de los posibles cambios ocurridos entre un momento y otro, de modo que no es posible hacer inferencia de factores de riesgo que hubieran existido en épocas anteriores al estudio, situación también llamada "ambigüedad temporal". En este sentido, los estudios transversales son útiles para generar hipótesis etiológicas, más no para comprobarlas.

- **Población o muestra:** Llega a darse el caso de que queremos conocer el estado de nuestra **población total (N)** pero es imposible o poco didáctico realizar un estudio de



todos los integrantes, a lo cual utilizamos una muestra. La **muestra** es un subconjunto representativo de la población, debe cumplir las siguientes características:

- ❖ Sea representativa de la población; para ello, debe ser adecuada en características y en número, además de haber sido seleccionada de manera aleatoria.
- ❖ No difiera de la población en sus características esenciales.
- ❖ Que las características en las que difieren no sean relevantes para el estudio.

Debemos definir el **marco de muestreo** (sitio de referencia donde se localizan todas las unidades de la población. EJEMPLO: archivo clínico general, entidades federativas, censos), para obtener de ahí nuestro grupo representativo o **unidad última de muestreo (UUM)**.

Hay varios **métodos para la elección del muestreo** o UUM:

- ❖ **Aleatorio simple:** En este método todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos; ya que se elige a los sujetos para investigación de manera aleatoria e individual, con apoyo de tablas de números aleatorios.
- ❖ **Polietápico:** Se llega a la UUM realizando varios muestreos simples previos, de manera secuencial.
- ❖ **Estratificado:** Consiste en tomar grupos de la población como grupos escolares, colonias, áreas geográficas, etcétera, para realizar la investigación.
- ❖ **Sistemático:** Consiste en elegir a los individuos con base en una escala determinada por el investigador.
- ❖ **Por conveniencia:** Tomar el número de individuos necesarios de acuerdo a su aceptación, para participar en el estudio.

También debemos definir los criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación) para nuestra muestra:

| Inclusión | Exclusión | Eliminación |
|---|--|--|
| •Son aquellas características que deben estar presentes en TODOS los sujetos de investigación, a fin de generar homogeneidad en la muestra. | •Son aquellas características que difieren de las señaladas en los criterios de inclusión y por ende los individuos que las presentan se excluyen, a fin de evitar sesgos en el estudio. | •Definición de las características que al presentarse en los sujetos ya incluidos en el estudio, obliguen a prescindir de ellos. |

● **Variables:**

| Concepto | Definición | Ejemplo |
|----------|------------|---------|
|----------|------------|---------|



| | | |
|--|---|--|
| VARIABLE | Característica, cualidad o atributo medible en los sujetos de estudio. Pueden ser independientes (pasan sin necesidad de otro evento) o dependientes (necesitan de un evento para ocurrir). | La Giardiasis (variable dependiente) sólo ocurre cuando tenemos una infección del parásito Giardia (es una variable independiente) |
| VARIABLES CON ESCALA DE MEDICIÓN CATEGÓRICA | Brinda información que podemos dividir en categorías | Nominales y ordinales |
| Nominales | No tienen orden o jerarquía | Tipo de sangre, estado civil |
| Ordinales | Implican una jerarquía | Dolor (1 al 10), puesto militar (rangos) |
| VARIABLES CON ESCALA DE MEDICIÓN NUMÉRICA | Brinda información con datos numéricos | Continuas y discretas |
| Continuas | Su escala de valores es infinita (con decimales). | Peso, temperatura, estatura. |
| Discretas | Sus valores cuantificables son de escala finita (números enteros). | Hijos, parejas sexuales, personas atendidas en consulta. |

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (tema siguiente)

- Métodos
- Fuentes
- Técnicas
- Instrumentos

ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS (tema individual)

- Estadística
- Gráficos
- Medidas

RECURSOS

- Humanos: Personal técnico o administrativo
- Materiales: Elementos necesarios para el estudio
- Financieros: Costos totales de la investigación



- Logística: Lista de las etapas del estudio mediante la **Gráfica de Gantt**

CONTROL

- Supervisión: Vigilar que se cumplan las acciones respecto a lo planeado, así como las correcciones necesarias
- Evaluación: Cumplimiento de los objetivos

Indicadores básicos para un diagnóstico de salud.

Los indicadores son una herramienta primordial para los profesionales de la salud, se recaba información de diferentes elementos que nos permiten, una vez juntos, obtener un panorama de las condiciones generales de la población y de esta manera adecuar programas, medidas y acciones. No son sólo simples estadísticas. Su correcta interpretación, además de servir de orientación para diseñar proyectos o re-enfocar esfuerzos, nos permite identificar correlaciones entre diversas dimensiones y así guiar las labores de investigación.

La clasificación general los divide por la descripción de aspectos sobre: Ubicación geográfica, sociales, económicos, prestación de servicios de salud, estado de salud.

Cuadro 13-5 Algunos indicadores básicos para un diagnóstico de salud (elaborado por el Dr. Gustavo Rodríguez Sánchez)

| | |
|---|---|
| <p>A. Ubicación geográfica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Límites. 2. Extensión. 3. Topografía. 4. Hidrografía. 5. Orografía. 6. Clima. | <ol style="list-style-type: none"> 11. Vivienda: características en techos, pisos, muros, número de cuartos por vivienda, promedio de habitantes por vivienda, tenencia, cocina y baño separado, hacinamiento, promiscuidad. 12. Vías de comunicación: carreteras, caminos, vías de ferrocarril, aeropuertos, ríos. 13. Medios de comunicación: correos, teléfono, radio, televisión, prensa, fax, telegrafo, radioaficionados. 14. Medios de transporte: transporte colectivo de pasajeros, rutas, frecuencia, costos, tiempo de recorridos. 15. Hábitos, costumbres y festividades. 16. Organización social. 17. Necesidades sociales de la población. 18. Oferta y demanda de salud en la población. |
| <p>B. Sociales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número total de habitantes. 2. Distribución por edad y sexo. 3. Distribución geográfica. 4. Densidad de población (número de habitantes por km²). 5. Distribución de la población, según aéreas geostatísticas básicas (a.g.e.b.). 6. Dinámica de la población. 7. Dinámica natural: tasa de natalidad, tasa de fecundidad, incremento natural de la población, distribución porcentual de nacimientos registrados en instituciones de salud y por el registro civil. 8. Dinámica social: inmigración, migración, incremento social de la población, número de matrimonios, número de divorcios. 9. Esperanza de vida. 10. Educación. <ol style="list-style-type: none"> I. Analfabetismo. II. Grado de escolaridad de la población; primaria, secundaria, preparatoria, técnico profesional, posgrado. III. Recursos para la educación: número de escuelas, número de alumnos, número de maestros, número de aulas, número de grupos. | <p>C. Económicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renta media familiar. 2. Tasas de desempleo nacional. 3. Abastecimiento de agua potable, electricidad, calefacción central. 4. Presencia en los hogares de electrodomésticos. 5. Servicios de alcantarillado y recogida de basura. 6. Condiciones laborales. 7. Tipo de alimentación y consumo calórico. 8. Consumo medio por habitante de diferentes productos y servicios. 9. Grado de criminalidad o delincuencia y de marginación. 10. Consumo de drogas tanto ilegales como legales. 11. Gasto sanitario por habitante. 12. Condiciones higiénicas y de confort en las viviendas familiares. 13. Población económicamente activa. |
| <ol style="list-style-type: none"> 14. Ocupación según rama de actividad. <ol style="list-style-type: none"> I. Sector I, agricultura, ganadería, caza y pesca. II. Sector II, industria de la transformación. III. Sector III, comercio y servicios. 15. Salario mínimo. <ol style="list-style-type: none"> I. Ingreso por capita. 16. Distribución del salario. 17. Fuentes de trabajo, condición en el empleo. | <ol style="list-style-type: none"> personal administrativo; por institución de salud y totales. iii. Número de consultorios. iv. Número de hospitales. v. Número de camas. vi. Número de laboratorios, RX, quirófanos, salas de expulsión, incubadoras. vii. Número de salas de recuperación, salas de terapia intensiva, ambulancias. viii. Número de servicios de urgencias. |
| <p>D. De prestación de servicios de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de servicio sanitario. <ol style="list-style-type: none"> i. Agua, disponibilidad, calidad, fuentes de abastecimiento, sistema de distribución, tratamiento, medición de cloro residual, drenaje, alcantarillado, almacenamiento dentro de la vivienda. ii. Desechos sólidos, disposición intradomiliar, recolección y destino final. iii. Excretas, disposición, dentro y fuera de la vivienda. 2. Accesibilidad, calidad y cobertura de asistencia sanitaria. <ol style="list-style-type: none"> i. Número y tipo de establecimientos de salud, niveles de atención médica, accesibilidad a los servicios, organización en la prestación de los servicios. ii. Recursos humanos: médicos, enfermeras, médicos especialistas, cirujanos dentistas, veterinarios, trabajadores sociales, técnicos en saneamiento, radiólogos, nutricionistas, optometristas, estadígrafos, químicos, técnicos de laboratorio, | <p>E. Estado de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalidad. <ol style="list-style-type: none"> i. General. ii. Específica. <ol style="list-style-type: none"> a. Por grupos de edad y sexo. b. Por causa. 2. Natalidad. 3. Morbilidad. <ol style="list-style-type: none"> i. General. ii. Incidencia de enfermedades transmisibles. iii. Incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles. 4. Calidad de vida <ol style="list-style-type: none"> i. Esperanza de vida ajustada por discapacidad. ii. Años de vida perdidos. iii. Mortalidad materna. iv. Mortalidad infantil. v. Mortalidad por enfermedades infecciosas. |



Fuentes de información

Zimri Abril Chávez Herrera

Conceptos clave: -Recolección de información -Métodos -Fuentes -Técnicas -Instrumentos

Procedimientos de recolección de información cuantitativa y cualitativa

El procedimiento de obtención de información (parte del protocolo de investigación) debe ser congruente con la pregunta de investigación y con el diseño de estudio elegido, siguiendo lineamientos específicos y deben señalarse:

1° Métodos:

Especificar si la información es cualitativa o cuantitativa.

- Cuantitativo: se centra en el método empírico-experimental, su ideal es la demostración, ante restricciones de la ética, se utiliza **diseños metodológicos inductivo-observacionales**.
- Cualitativo: **valoran a la realidad como es vivida**, percibida y dotada de sentido por el humano: ideas, sentimientos y motivos. Cuantificar toda la realidad humana. Se clasifica en: constructivista e interpretativa.
- Constructivista: **conocimiento y verdad son creados por la mente**.
- Interpretativa: necesidad de **comprender el significado de los fenómenos sociales**, subjetividad e interacción de los individuos.

| Cualitativo | Cualitativo |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Observación ● Entrevista ● Encuesta ● Medición instrumental | <ul style="list-style-type: none"> ● Etnografía ● Observación participante (el investigador interactúa con la población) ● Entrevista en profundidad (guiada a narrar la historia de vida o como técnica biográfica) |

2° Fuentes:

- Señalar si la obtención de la información se hará de manera directa o indirecta.
- Indirecta: si la información se recolecta de **fuentes secundarias**, **(no diseñadas u obtenidas por el investigador; ya existían antes del estudio)** P. ej.: registro de consulta, expedientes clínicos, estadísticas, documentos, bases de datos, archivos clínicos.
- Directa: se obtiene de **fuentes primarias**, **cuando es planeada por el investigador y se obtendrá de los individuos seleccionados para el estudio**.

3° Técnicas:

- Definir técnicas de obtención de información.
- Pueden ser: **observación, encuesta, entrevista, medición instrumental, etc.**
- Deben describirse a detalle para poder ser reproducidas.
- Precisan de criterios de validez y control de calidad.

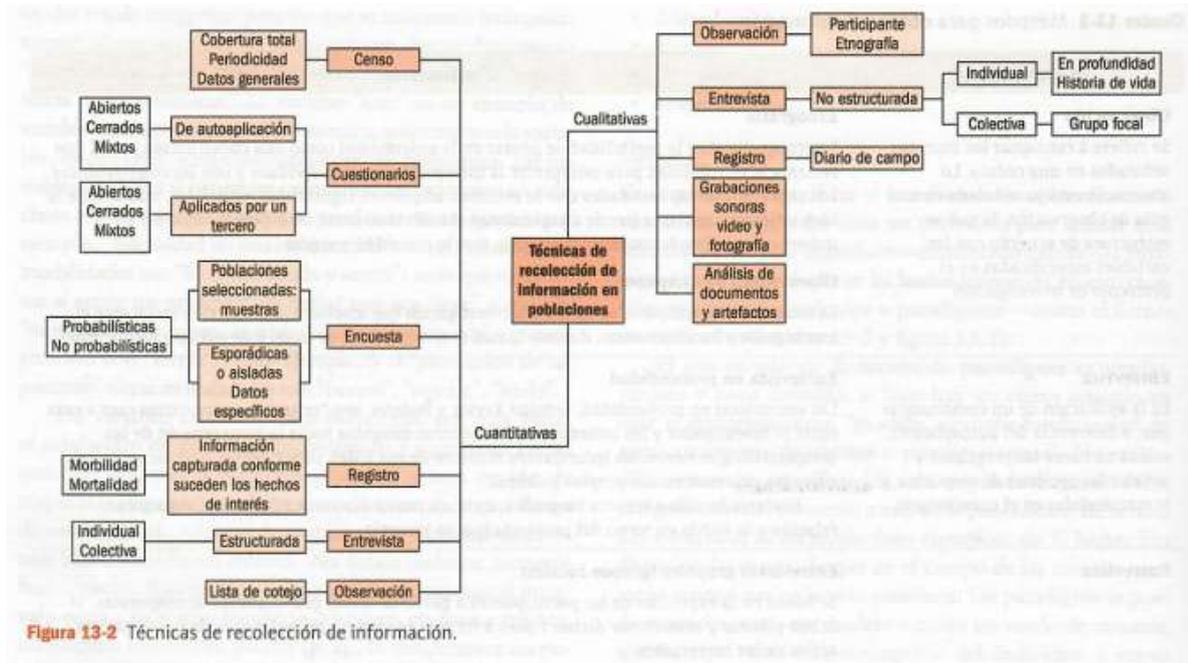


Figura 13-2 Técnicas de recolección de información.

4° Instrumentos:

- Anexar un ejemplar del instrumento utilizado.
- Medición (en investigación cuantitativa): proceso de asignación de símbolos o valores a la observación realizada de un hecho significativo para la investigación.
- Criterios para investigación cualitativa son diferentes, se busca identificar la naturaleza profunda de las realidades para identificar el comportamiento y acciones de los seres humanos.



Procedimientos de recolección de información guiado a la organización y análisis estadístico de datos.

Alan Enrique Araujo Carrillo

Conceptos clave: -Método estadístico -Estadística descriptiva .Moda -Media aritmética -Mediana -Rango -Varianza -Desviación estándar -Razon -Proporción -Tasa -Estadística analítica

Apoyados del **método estadístico** podemos plasmar nuestros resultados. Hay dos tipos de estadística, y a pesar de tener distintos enfoques, se complementan entre sí

Estadística descriptiva

Su finalidad es **organizar, resumir** y presentar información de forma clara y sencilla. Incluye:

- **Métodos tabulares:** Se organizan los datos en tablas de frecuencia.
- **Métodos gráficos:** Con los datos tabulados se realizan representaciones a través de diagramas y gráficos

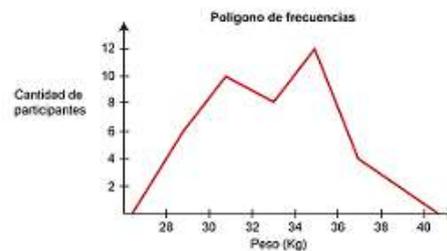
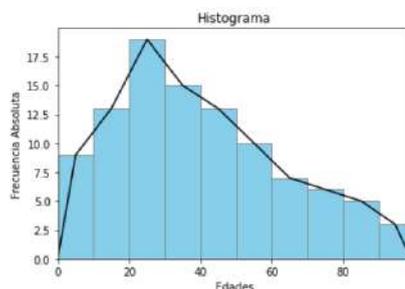
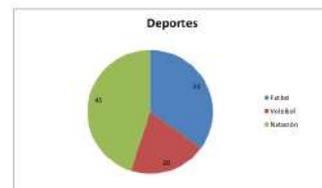
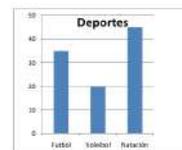
- ❖ **Diagramas de sectores** (de pastel y barras): Para datos cualitativos en escalas nominales y ordinales. Se representan las magnitudes y modalidades de los datos.

- ❖ **Gráficos de caja, histogramas, polígonos de frecuencia:** Datos cuantitativos en escalas continuas y discontinuas.

La siguiente tabla resume el deporte favorito de 100 jóvenes de un Colegio:

| Deporte | Frecuencia F | F _{relativa} F _r | % |
|----------|--------------|--------------------------------------|-----|
| Fútbol | 35 | 0,35 | 35 |
| Voleibol | 20 | 0,2 | 20 |
| Natación | 45 | 0,45 | 45 |
| Total | 100 | 1 | 100 |

- Completa la distribución de frecuencias.
- Realiza los diagramas de barras y circular.



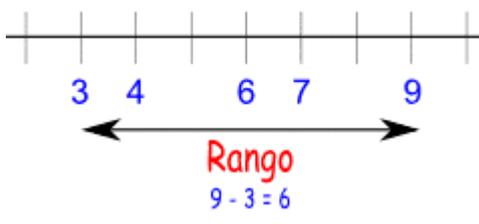
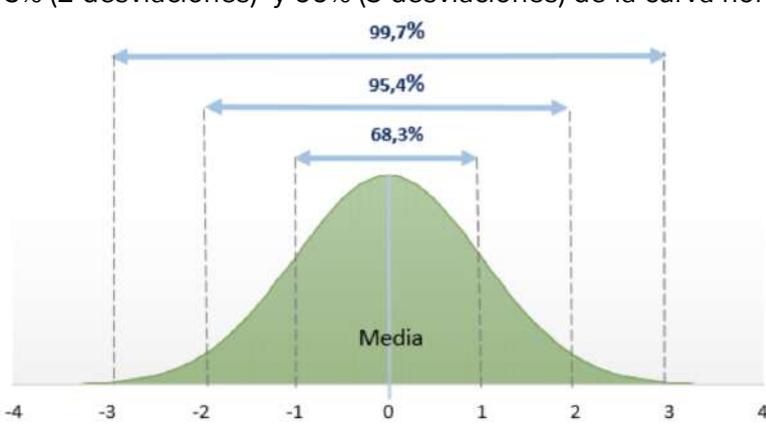
- **Métodos numéricos:** Son medidas que nos ayudan a realizar síntesis y resumen. Incluyen las **medidas de tendencia central y medidas de dispersión.**

Medidas de tendencia central (o de posición)

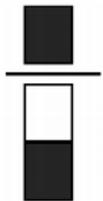
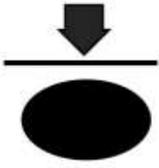
Son medidas estadísticas que **pretenden resumir en un solo valor a un conjunto de valores. Representan un centro** en torno al cual se encuentra ubicado el conjunto de los datos.



| | |
|-------------------------|---|
| Media aritmética | Es el valor que se esperaría que tuvieran todas las observaciones de una serie de datos, si todas tuvieran el mismo valor. Se saca sumando los datos y dividiéndolos entre la cantidad de estos. (Promedio) |
| Mediana | Valor que parte exactamente a la mitad a una serie de datos antes ordenados de mayor a menor |
| Moda | Es el valor que más se repite en una serie de datos |

| <p style="text-align: center;">Medidas de dispersión</p> <p>Indican la variabilidad que guarda la distribución o serie de datos.</p> | |
|---|--|
| Rango | <p>Es la diferencia entre el valor más alto y el más bajo de un conjunto de datos.</p>  |
| Varianza | <p>Equivale al promedio de las desviaciones o diferencias cuadráticas de cada valor de una serie con respecto al promedio de dicha serie. Nos ayuda a estimar el tamaño de muestra, intervalos de confianza, pruebas de significancia.</p> |
| Desviación estándar | <p>Es la raíz cuadrada de la varianza. Son las desviaciones promedio de las observaciones con respecto a la media aritmética. Sirve para establecer un valor de referencia para estimar la variación general de un proceso. Su interpretación está ligada a la curva normal. Con ella podemos localizar a la población que se encuentra en el 68.3% (1 desviación) el 95% (2 desviaciones) y 99% (3 desviaciones) de la curva normal.</p>  <p>Con esto podemos analizar el estado poblacional, conceptos de normalidad y otros datos estadísticos.</p> |
| Razones | Consiste en la comparación, a través de una división, entre dos |



| | |
|---------------------|--|
| | <p>conjuntos similares o distintos.</p> <p>Ejemplo: por cada 15 pacientes enfermos de COVID-19 existen 2 respiradores disponibles.</p> |
| Proporciones | <p>Es la comparación, a través de una división, entre un subconjunto y el conjunto al que pertenece.</p> <p>Ejemplo: La proporción de muertes de menores de un año en relación a las muertes totales de una población.</p>  |
| Tasas | <p>Es el número de veces que pasa un evento en un área o un periodo definido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se obtiene dividiendo el número de casos o veces que se dio el evento, entre todos las personas observadas o que conforman nuestra población en el tiempo determinado. • Suele multiplicarse por potencias de 10 para aplicarse a poblaciones mayores. Puede expresarse como porcentaje o enunciado. <p>Ejemplo: fallecieron 29 de cada 100,000 habitantes del sexo masculino por cáncer de próstata.</p> <p>Podemos sacar tasas de mortalidad, fecundidad, entre otras variables.</p>  |

Estadística analítica

Pretende **demostrar asociaciones o relaciones entre las características observadas**. Sus métodos más representativos son:

- Estimación (puntual o de intervalo)
- Prueba de hipótesis.



Antecedentes contextuales y definición de Promoción de la Salud

Nancy Vergel Cervantes.

Conceptos clave: -Promoción de la Salud - Teorías acerca de las necesidades humanas.

ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

- Término empleado por primera vez en el discurso médico alrededor de la mitad del siglo XX.
- Su uso se expandió por el uso de la “Historia natural de la enfermedad”, que ha enmarcado a la medicina preventiva y los niveles de atención.



CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Promoción de la Salud → tiene por objeto generar las capacidades para el ejercicio consciente de decisiones saludables por las personas individuales y los colectivos humanos. Se ocupa del desarrollo social de oportunidades reales para que las personas y los colectivos puedan ejercer tales decisiones.



- ★ Es un “movimiento” por la salud, que demanda, responsabilidad social en la generación de políticas y entornos saludables a través del empoderamiento, la participación social y la construcción de una **cultura de la salud**.

ANTECEDENTES CONTEXTUALES:

- Históricamente los seres humanos tienen en su vida, necesidades básicas a satisfacer.
- Las condiciones para el desarrollo humano suponen la existencia de recursos para la satisfacción de necesidades, así como un adecuado acceso a ellos.
- **TEORÍAS ACERCA DE LAS NECESIDADES HUMANAS:**



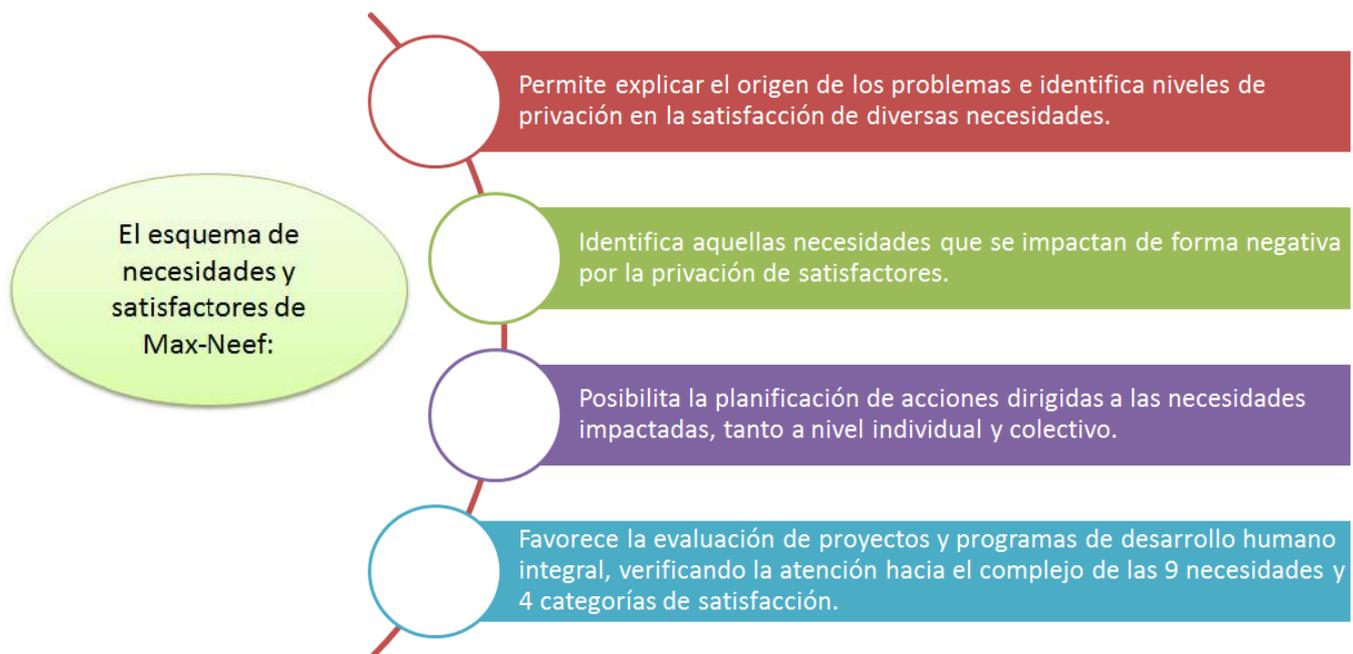
Doyal y Gough:

- Plantean que hay necesidades humanas objetivas esenciales → son las mismas para todos, en todos los tiempos.
- Se satisfacen históricamente de manera diferente.
- “Los *satisfactores* son relativos desde el punto de vista cultural, no las *necesidades*”.
- La salud y la autonomía son las necesidades esenciales más universales de los seres humanos.



Manfred Max-Neef:

- Propone 9 tipos universales de necesidades: Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad.
- Cada una de las anteriores es satisfecha de acuerdo con 4 categorías: Ser, Tener, Hacer y Estar.
- Su satisfacción ocurre mediante un proceso de interrelación cuyo producto define la calidad de vida de los sujetos y grupos sociales.
- “La *salud* puede ser considerada como un *satisfactor de la necesidad de subsistencia* que se logra *siendo* sano, *teniendo* condiciones de vida saludables, *haciendo* elecciones saludables, *estando* (trabajando y habitando) en ambientes saludables.
- Las privaciones en cualquiera de las necesidades universales pueden desencadenar deterioros en la calidad de vida.
- Hay satisfactores que al responder de manera específica a una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades.



- Dicho esquema puede usarse para **favorecer el desarrollo de intervenciones sociales dirigidas hacia el mejoramiento de la calidad de vida en la población, más que al control de las enfermedades.**
- **Calidad de Vida** → **supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades- satisfactores, en las dimensiones individual, familiar y comunitaria, y en los ámbitos local, regional y nacional.** → En palabras de Max-Neef: “buscar el desarrollo de todas las personas y de toda la persona”.



“Consumo de estilos de vida saludables” en contraste con “construcción de una cultura de la salud”: sus interpretaciones en la historia reciente

Edith Tonalli Adame Avilés

Conceptos clave: -Medicalización indefinida -Estilo de vida saludables -Cultura del consumo de la salud

De acuerdo con lo que *Michel Foucault* llamó “**medicalización indefinida**”, la Medicina ha traspasado su dominio propio (la enfermedad), extendiendo su influencia hacia objetos no relacionados con la enfermedad. Consecuencia de este proceso, la promoción de la salud se ha reducido casi únicamente a la acción preventiva de la enfermedad.

Aunado a lo anterior, la satisfacción de las necesidades en salud de la población mexicana se ve envuelta en el “libre juego de las fuerzas del mercado” e impera el modelo de **estilos de vida saludables**, que son formas de consumo mercantilizado individual de productos “sanos” al alcance de quien los sabe o los puede comprar, como el medio para alcanzar el estado de salud. A esto puede llamarse **cultura de consumo de la salud**. La salud, entonces, se ha convertido en un objeto de consumo y la **cultura de consumo de la salud** en una fase de la mercantilización de los bienes relacionados con la salud.

Un enfoque limitado al consumo individual de bienes-saludables o a la adopción de estilos de vida individuales, no permite fortalecer a la salud como satisfactor individual y colectivo no sometido a las leyes del mercado, es decir, como un derecho humano universal, es por eso que es necesario **construir una cultura de la salud** mediante un enfoque **sociosanitario** en la promoción de la salud, en el que individuos, grupos sociales y la sociedad en general, desarrollen condiciones para el ejercicio de control sobre sus procesos vitales para alcanzar la salud. Al combinar la elección personal con la responsabilidad social, un enfoque sociosanitario propone la acción tanto sobre estilos de vida, como sobre las condiciones sociales.



Tres enfoques sobre Promoción de la salud

Melissa Vera Suárez

Conceptos clave: modelo galénico, higienista-preventivo, estilos de vida individuales, socio-sanitario, abogacía, movilización social y construcción ciudadana.

Existen distintas concepciones del término Promoción de la salud, entre ellas se encuentran:

| |
|--|
| Galeanico aristocrático |
| Sugiere una forma de vida individual para padecer un mínimo de enfermedades y llegar a la edad avanzada sin decrepitud. |
| Higienista-preventivo |
| Organización de recursos para el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes, disminución del contacto o eliminación del agente para prevenir la enfermedad. |
| Estilos de vida individuales |
| Cambio de conocimientos, actitudes y conductas en los individuos por estilos saludables; el sujeto es el responsable de conservarse sano |
| Socio-sanitarios |
| Proceso mediante el cual, individuos, grupos sociales y la sociedad en general, desarrolla condiciones para el ejercicio de control sobre sus procesos vitales, para alcanzar la salud. Al combinar la elección personal con la responsabilidad social, propone la acción tanto sobre estilos de vida, como sobre las condiciones sociales |

Características generales

| | Galeanico | Higienista-preventivista | Estilos de vida individuales | Socio-Sanitario |
|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Enfoque | Enfermedad | Enfermedad | Factores de riesgo individuales | Salud |
| Objetivo de transformación | Individuo | Huésped, agente y medio ambiente | Individuo (la víctima es culpable) | Sujeto social. sociedad y cultura de salud |
| Modo de acción | Unicausal | Multicausal | Probabilístico | Multicausal |
| Mecanismo | Causa-efecto | Difuso, cadena epidemiológica | Difuso, médico-propio sujeto | Jerarquización de la sociedad sobre lo biológico |



| | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|---|--|---|
| Práctica | Naturismo, moderación, templanza | Médico preventivista | Autocuidado y consumo de bienes | Empoderamiento, participación, decisión consciente, abogacía, responsabilidad social del Estado, establecimiento de políticas públicas saludables, protección de biodiversidad y promoción del equilibrio ecológico |
| Proveedor | Médico y el sujeto propio | Personal de salud | Especialistas, psicológicos, educadores, entrenadores físicos, comerciantes y proveedores privados | Sujetos y redes sociales, promotores de salud, trabajadores de salud y de múltiples disciplinas. |
| Sitio | Esfera individual | Esfera individual, familia y grupos humanos | Esfera individual | Persona, familia, colectivos, organizaciones civiles, sitio de trabajo, ambientes y sociedad |
| Base institucional | Ninguna | Servicios de atención médico-sanitarios, niveles de atención, instituciones públicas y Estado | Organizaciones privadas, clubes, asociaciones del consumidor | Organizaciones de la sociedad civil, estado, instituciones públicas, redes integradas de servicios de salud, organizaciones políticas, gobiernos locales, estatales y nacionales |

Al concebir la salud como “la capacidad que tiene el sujeto individual o colectivo para ejercer control real sobre su ambiente total”, implica las nociones de intencionalidad y transformación. Por lo que la promoción de la salud desde una perspectiva transformadora pretende la identificación de aquella porción de la realidad que se pretende transformar y sobre la cual se puede ejercer control real. Si bien, el ambiente total es imposible de transformar en su conjunto por un sujeto concreto, pero para el mismo sujeto sí es posible identificar aquella porción que puede llegar a comprender y modificar de manera intencional con los recursos de su alcance.

La promoción de la salud sugiere el movimiento hacia la salud, construir el futuro en el presente, en este sentido, una propuesta transformadora de promoción de salud tiene que partir de la conciencia sobre esa porción de la realidad que se requiere cambiar y sobre la capacidad potencial de cambio que el sujeto posee, tal como lo plantea la metodología de educación popular. Esta última consiste en diagnosticar la práctica, construir sobre ella la



teoría, profundizar y devolverse a la práctica con una intencionalidad transformadora. Sin embargo, existen otras propuestas metodológicas para dar sustento a la promoción de la salud, tales como la **investigación-acción participativa** y la **comunicación popular de salud**.

La promoción de la salud transformadora plantea sus acciones en cinco aspectos prácticos:

- La **participación del sujeto** en sus propios procesos.
- El **desarrollo de aptitudes personales** mediante información, educación, capacitación y formación.
- La **reestructuración y control sobre los servicios** trasciende el estrecho marco de la medicalización-mercantilización.
- La **construcción de ambientes sanos**.
- La lucha por la formulación de políticas y **legislación para la salud**.

Finalmente, la propuesta alternativa de promoción de la salud planteada anteriormente se ve fortalecida mediante la incorporación del **enfoque de género** y a través de la realización de procesos de **abogacía o procuración, movilización social y construcción de ciudadanía**.

| Abogacía por la salud | Movilización social | Construcción ciudadana |
|---|--|--|
| La acción de defender, respaldar públicamente, argumentar en favor de, procurar el logro de, para ganar voluntad política y el apoyo material hacia la causa pública de la salud. | Implica el involucramiento amplio de sujetos sociales en la convocatoria, animación, expresión de la demanda, exigencia pública, gestión y búsqueda de recursos para la salud. | Se entiende como el ejercicio consciente de los derechos y obligaciones de la democracia, en su acepción original de gobierno del pueblo, para el pueblo, por el pueblo. |



REFERENCIAS

- **Generalidades sobre la Salud Pública**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 95-105

- **Salud y enfermedad en el Ser Humano y sus dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 13-30

- **Evolución e historia**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 13-30

- **Determinación social de la salud**

-Barragan H. *Los determinantes de la salud influyen sobre la salud de las poblaciones*. Fundamentos de la Salud Pública. 1ra ed. La plata, 2007 pp. 172-189

Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2020 [citado 20 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 13-30

-Factor de riesgo- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2020 [citado 20 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- **Modelos teórico-conceptuales de la enfermedad**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 13-30

- **La historia natural de la enfermedad (HNE) y la medicina**

-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 13-30

-Donis-De Santos X. *Historia natural de la enfermedad*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de ciencias médicas. 2016. [citado el 3 de enero del 2021]. Disponible en:

<https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedad.pdf>

- **Nociones de salud durante la historia**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 13.30

- **Definición de salud de la OMS.**

-Definición de Salud - OMS | Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2020 [citado 28 noviembre 2020]. Disponible en:

<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 31-47

- **Enfoques no occidentales de salud y de enfermedad**



González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 13-30

- **Características del método epidemiológico y del método estadístico.**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 31-47

- **Epidemiología y estadística descriptivas.**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 31-47

- **Indicadores epidemiológicos: Frecuencia, asociación e impacto, estudiados en tiempo, lugar y persona**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 31-47

- **Teorías de la transición: - Demográfica y - Epidemiológica**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 49-64

- **Introducción al tema de la determinación social de la salud (DSS): - Portafolios de riesgo y salud colectiva**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 49-64

- **La Distribución y tendencias en los principales problemas de salud estudiados por tiempo, lugar y persona.**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 65-77

Vizhub.healthdata.org. 2020. *GBD Compare | IHME Viz Hub*. [online] Disponible en: <<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>> [Consultado el: 28 de Diciembre 2020].

- **Necesidades e implicaciones en la atención**

Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública [Internet].

Bibliotecadigital.ilce.edu.mx. 1994. Disponible en:

<http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 73-77.

- **Dimensiones de la desigualdad en la determinación social de la salud (Política, económica, ideológica y cultural).**

Determinantes e inequidades en salud [Internet]. Paho.org. 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 79-81.

- **Ejes de inequidad en el modelo de determinantes sociales de la salud (Clase, género, pertenencia étnica, edad, ocupación, etcétera)**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 79-81.



- **Abordaje metodológico y técnico en Salud Pública según sus funciones, competencias, responsabilidades y acciones.**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 95-105.

- **Medicina y Salud Pública**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 95-105.

- **Estudio multidisciplinario de las enfermedades**

González Guzmán R, Moreno Altamirano L, Castro Albarrán JM. *La Salud Pública y el trabajo en comunidad*. 1.ª ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 107-11.

- **Etapas de la experiencia ante la enfermedad**

-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 110-117

-*Ortuño, P. *Conducta de enfermedad y actitud del paciente hacia sus síntomas*.

Recuperado de:

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_53-56.pdf

- **Conformación y características del Sistema nacional de salud**

-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 118-136

-Seguí-Gómez M, Toledo Atucha EA, Jiménez-Moleón JJ. *Sistemas de salud. Modelos*. En: *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas Un manual para ciencias de la salud*. 2da. Edición. España: ELSEVIER; 2018. p. 419-24

- **Funciones básicas, responsabilidades y modelos del Sistema Nacional de Salud**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 118-136

- **Políticas generales y programas focales del Sistema Nacional de Salud. “Seguro popular” e “INSABI”, como ejemplos.**

-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 118-136

Por los caminos del sistema nacional de salud [Internet]. Issuu. [citado el 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://issuu.com/danielamaciasm/docs/por_los_caminos_del_sistema_naciona

-Instituto de Salud para el Bienestar. 66 intervenciones [Internet]. gob.mx. [citado el 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/insabi/documentos/66-intervenciones?idiom=es>

-Instituto de Salud para el Bienestar | Gobierno | gob.mx [Internet]. [citado el 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>

Instituto de Salud para el Bienestar. Misión y Visión [Internet]. gob.mx. [citado el 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/insabi/documentos/mision-y-vision-insabi?idiom=es>

-INSABI: ¿En qué consisten los tres niveles de atención a la salud en México? [Internet]. El Universal. 2020 [citado el 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/insabi-en-que-consisten-los-tres-nivel-es-de-atencion-la-salud-en-mexico>

- **Proyecciones y alternativas del Sistema Nacional de Salud ante necesidades de salud complejas en el presente de salud de la OMS.**



-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 118-136

-2020. *Salud Pública Y Comunidad Rasgos Generales Del Sistema De Salud En México*.

-Gobierno de México. El IMSS trabaja por tu bienestar durante toda la vida IMSS: Bienestar para toda la vida. Aportaciones a la política pública del Sector Salud y estrategias para el fortalecimiento de la Seguridad Social 2018. disponible en línea en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/428868/Programa_IMSS_Bienestar_para_toda_la_vida.pdf

-Diario Oficial de la Federación. Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Disponible en línea en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf

-Secretaría de Salud. Proyecto Plan Nacional de Salud 2019 – 2024. Enero de 2019. disponible en línea en:

http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf

-Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS-OPORTUNIDADES Capítulo VIII. Informes 2013-2014. Disponible en línea en:

http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf

- **Antecedentes y definición de la Atención Primaria de la Salud**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 137 - 142.

- **Componentes y principios básicos, estratégicos y programáticos de la Atención Primaria de la Salud.**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 137 - 142.

- **Renovación y vigencia de la estrategia de política sanitaria contenida en la Atención Primaria de la Salud**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 137 - 142.

- **Importancia y características de la formación de personal médico con perspectiva de Atención Primaria de la Salud**

González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 137 - 142.

- **Antecedentes del Derecho a la Salud y fundamentos legales en México y del derecho a la Salud en la clasificación de los derechos humanos.**

González Guzmán R, Moreno Altamirano L, Castro Albarrán JM. *La Salud Pública y el trabajo en comunidad*. 1.ª ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 143-147

- **Contexto en el que debe cumplirse el texto: retos y potencialidades para el cumplimiento del Derecho a la salud en México hoy**

González Guzmán R, Moreno Altamirano L, Castro Albarrán JM. *La Salud Pública y el trabajo en comunidad*. 1.ª ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 147-151



- **El derecho a la salud amplio y general en el derecho internacional y el derecho a la protección de la salud en México: Del derecho formal a la justicia social en salud**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 151-152.
- **Diseño y etapas de un Diagnóstico comunitario de salud.**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 157-167
- **Necesidades y prioridades en salud**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 157-167
- **Integración de diagnóstico colectivo de salud y programación en Salud Pública**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 157-167
- **Adecuación del estudio epidemiológico de un problema o situación de salud y componentes del estudio transversal y contraste con algunos de los indicadores básicos para la elaboración de un diagnóstico colectivo de salud.**
-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 169-182
-Tirado-Gómez L, Ponciano-Rodríguez G. *Protocolo de investigación*. Departamento de Salud Pública. FACMED. UNAM, 2020
- **Fuentes de información**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp. 169-182
- **Procedimientos de colección de información; así como organización y análisis estadístico de datos.**
-González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp 183-191.
-Departamento de Salud Pública. *Manual de trabajo en comunidad*. FACMED. UNAM: 2016 pp. 100-120
- **Antecedentes contextuales y definición de Promoción de la Salud**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp 183-191.
- **“Consumo de estilos de vida saludables” en contraste con “construcción de una cultura de la salud”: sus interpretaciones en la historia reciente**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp 183-191.
- **Tres enfoques sobre Promoción de la Salud: Promoción de la Salud para personal médico con enfoque salubrista**
González-Guzmán R, Moreno-Altamirano L, Castro-Barragán JM. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2010, pp 183-191.