

## **SALUD COMUNITARIA I** **PROGRAMA 2016**

### **Ejes temáticos:**

***La Promoción de la Salud.***

***Las bases de la Epidemiología***

### **Objetivos específicos:**

- Analizar los conceptos de la Salud Pública, Salud Comunitaria y Medicina Preventiva e incorporar terminología específica.
- Identificar los factores de riesgo que pueden afectar a la salud y conocer como estos actúan.
- Explicar y valorar las estrategias y técnicas de promoción de la salud.
- Valorar la importancia de la atención primaria como eje del sistema de salud y reconocer sus componentes esenciales.
- Introducir los conceptos de la Epidemiología.

### **Contenidos:**

#### **Unidad 1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES. LA SALUD PÚBLICA Y LA MEDICINA PREVENTIVA. NIVELES DE PREVENCIÓN.**

Concepto de salud y sus determinantes. La salud como un estado relativo. El estado de salud y enfermedad como proceso y concepto de multicausalidad. Concepto de Salud Pública y Medicina Preventiva. Antecedentes Históricos de Medicina Preventiva y Salud Pública. Niveles de Prevención. Historia Natural de la enfermedad. Concepciones y prácticas culturales con respecto al proceso de salud y enfermedad.

#### **Unidad 2. DERECHO A LA SALUD**

Consideraciones generales. Declaración de Derechos Humanos. La protección de la vida humana encuadrada en la ley civil y penal argentina. La razón social de las medidas obligatorias de protección individual. Fundamento y marco constitucional Argentino de la Salud Pública. La Salud Pública convertida en Derecho Sanitario.

#### **Unidad 3. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

Objetivos, antecedentes, definiciones y conceptos. La atención primaria como eje del sistema de salud. Nuevos paradigmas en la atención de la salud. Paradigma biopsicosocial. Componentes esenciales de la atención primaria: Acceso y cobertura universal; Primer contacto; Atención integral e integrada; Énfasis en promoción y prevención de la salud; Atención apropiada y continua; Orientación familiar y comunitaria; Mecanismo de participación activa, la Programación local participativa; Intersectorial. La APS en la República Argentina.

#### **Unidad 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Promoción de la salud, conceptos perspectiva y antecedentes. Modelo en promoción de la salud. Comunidad, la acción comunitaria. Educación para la salud. Comunicación en promoción de la salud. Promoción de conductas saludables.

#### **Unidad 5. SALUD AMBIENTAL**

Ecología y salud humana. Contaminación atmosférica. Salud de la tierra: Ajuste de ozono y efecto invernadero. Aspecto sanitario del agua de consumo humano. Servicios de abastecimiento de aguas de consumo. Aguas residuales: Depuración. Eliminación y tratamiento de los residuos sólidos urbanos. Residuos sanitarios. Residuos industriales.

#### **Unidad 6. INTRODUCCIÓN A EPIDEMIOLOGÍA**

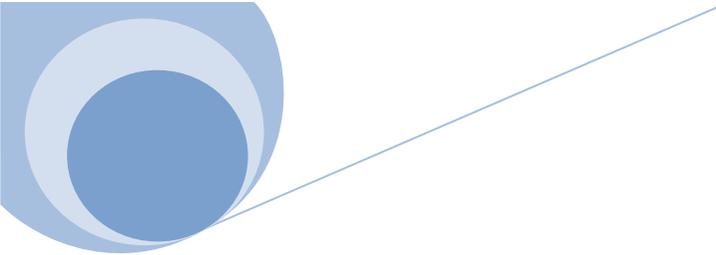
Introducción. Antecedentes históricos y fases de la epidemiología. Concepto de epidemiología y su evolución. Usos y aplicaciones de la epidemiología. Causalidad en epidemiología. Fuentes de datos.

#### **Unidad 7. INTRODUCCIÓN A DEMOGRAFÍA**

Concepto de población y demografía. Demografía estática y demografía dinámica. Fuentes de información de la demografía estática. Censo. Expresión y análisis de datos en demografía estática.

#### **Número de clases presenciales:**

Se prevé un mínimo de 12 clases



Quinta Edición 2016

Cátedra de Salud Comunitaria  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

Prof. Dr. Mario Eduardo Carbonetti.  
Prof. Titular.

Prof. Med. Federico Brunazzo  
Prof. Adjunto – Encargado de Salud Comunitaria I

Este material fue elaborado por:

Dr. Mario E. Carbonetti.

Med. Federico Brunazzo.

Lic. Elisa Suchowolski.

Med. Elsa Conte.

Lic. Analía Retamar.

Med. María Cristina Gestal Torres.

Med. Ana María Juárez

Lic. María Guadalupe Peralta.

Cont. María Victoria Recalde.

Med. Lucia Seleme.

Lic. Susana Villagra.

Dra. Viviana Combina.

Med. Andrea Chirino Misisian.



## ÍNDICE

<b>Capítulo I.- CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD</b> .....	<b>5</b>
Evolución del concepto de salud. Determinantes de la salud. Historia natural de la enfermedad y proceso salud-enfermedad. Concepciones y prácticas culturales de la comunidad con respecto al proceso de salud y enfermedad.	
<b>Capítulo II.- DERECHO A LA SALUD</b> .....	<b>15</b>
El fundamento de los derechos humanos. Pensar la salud como un derecho humano. ¿Cómo se gestó el concepto de derecho a la salud? El pacto internacional de derecho económico, social y cultural. Derechos humanos, salud e infancia.	
<b>Capítulo III.- SALUD COMUNITARIA</b> .....	<b>27</b>
Evolución del concepto de salud pública a lo largo del tiempo. Salud comunitaria y social, medicina preventiva y medicina social- comunitaria. Concepto de medicina preventiva y niveles de prevención. Funciones esenciales de salud pública.	
<b>Capítulo IV.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD parte I.</b> .....	<b>39</b>
Antecedentes históricos de la APS. Declaración de Alma Ata. CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Implementación de la aps en la región de la Américas. Atención primaria de la salud renovada. Valores, principios y elementos de la APS.	
<b>Capítulo V.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD parte II.</b> .....	<b>54</b>
Los equipos de salud en APS. El centro de atención primaria de salud. La visita domiciliaria en APS. El agente comunitario en APS.	
<b>Capítulo VI.- PROMOCIÓN DE LA SALUD</b> .....	<b>72</b>
Antecedentes de la promoción de la salud. Componentes esenciales de la carta de Ottawa y el concepto de promoción de la salud. Paradigmas en promoción de la salud. Participación comunitaria. Estrategias de participación comunitaria: planificación local participativa.	
<b>Capítulo VII.- COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD</b> .....	<b>82</b>
¿Qué Comunicación para qué Salud? Una herramienta para definir la acción comunicativa. Elaboración de un plan de comunicación. Estrategias de educación para la salud.	
<b>Capítulo VIII.- SALUD AMBIENTAL</b> .....	<b>99</b>
Abordaje conceptual de la salud ambiental. Desarrollo humano, desarrollo sustentable y salud. Clasificación de los peligros medio ambientales para la salud. Peligros químicos para la salud. Peligros biológicos para la salud. Peligros físicos para la salud. Cambio climático. Herramientas para promover el cambio.	
<b>Capítulo IX.- EPIDEMIOLOGÍA</b> .....	<b>131</b>
Historia de la epidemiología. El concepto de epidemiología. Teorías etiológicas en epidemiología. El método epidemiológico. Cuantificación de los problemas de salud.	
<b>Capítulo X.- DEMOGRAFÍA</b> .....	<b>146</b>
Concepto de demografía. Demografía estática. Demografía dinámica. Perfil demográfico de la República Argentina en base al Censo 2010.	

The background features a decorative graphic consisting of several overlapping blue circles of varying sizes and shades, connected by thin blue lines. The circles are arranged in a way that suggests a network or a flow of information. The lines are thin and light blue, creating a subtle grid or path across the page.

# CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD

Unidad I

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

### 1- EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD:

En la historia de la salud, los conceptos y su filosofía fueron cambiando con el tiempo. Desde un concepto mágico cuyos orígenes pueden rastrearse hasta la antigüedad a fuertes paradigmas médico-biológicos, llegando al concepto actual donde se incluye la amplia gama que enmarca lo social y ecológico.

Para entender cómo fueron evolucionando los conceptos podemos diferenciar modelos que en diferentes momentos de la historia han mantenido una mayor o menor vigencia en Salud Pública, y por ende han incidido en las prácticas de promoción de la salud, de la prevención de enfermedades, y de la educación en salud.

- **Modelo Sobrenatural:** la salud o su ausencia dependen de fuerzas sobrenaturales.
- **Modelo Biológico:** se centra en los cambios biológicos para explicar la salud y enfermedad. Es importante tener en cuenta que este modelo dio origen al enfoque biomédico que persiste aún y que privilegia las intervenciones curativas a las de promoción y prevención.
- **Modelo Ecológico Tradicional:** este modelo con la conocida tríada agente-huésped-medio ambiente, sigue siendo útil pero ha evolucionado ampliando sus elementos; el agente ya no es sólo un microorganismo sino también cualquier condicionante no saludable, el huésped se amplía al complejo bio-psico-social y el ambiente incluye todos los factores físicos, biológicos, sociales, culturales, políticos, que forman un determinado entorno.
- **Modelo Bio-psico-social:** concepción holística de interrelaciones complejas. Se exalta hoy mucho pero el problema es que sigue muy centrado en la explicación de la salud a nivel del individuo, lo cual es limitante.
- **Paradigma social – ecológico:** este modelo plantea a la salud como la resultante de una combinación de elementos que abarcan: el contexto político –las políticas ambientales, sociales, económicas del país y en especial las políticas de salud-; el entorno físico, económico y social; las características de los servicios y del sistema de salud; las condiciones socio – culturales y las conductas personales que éstas favorecen o promueven y, por último, las características y competencias de cada individuo tales como su nivel de educación, de ingresos, su estatus social, su carácter o personalidad. De este modelo resulta el hecho de que para mejorar la

salud son necesarias acciones que trascienden el campo de la medicina tal como se entiende desde el enfoque biomédico.

Si bien puede decirse que el concepto de salud “ha ido evolucionando a lo largo de la historia” desde un modelo sobrenatural, pasando por un modelo biológico, Ecológico Tradicional, Bio-psico-social y social – ecológico, la realidad es que en la actualidad todos estos modelos conviven resultando de ello un panorama extraordinariamente complejo.

El concepto de salud es un concepto múltiple, dinámico, abierto y en constante revisión. A continuación citaremos algunos referentes históricos del concepto de Salud.

**Galeno** en el año 129 dijo: “Salud es el estado de perfecta armonía entre mente y cuerpo. Situación de perfecto equilibrio, de armonía perfecta. Pero hay distintos grados de salud: se opone el individuo absolutamente sano, respecto al enfermo. A mitad de distancia entre ambos, aparece el bienestar, ni sanos ni enfermos. Entre aquellos extremos se ubican todos los diferentes matices de salud y enfermedad”. Aquí Galeno circunscribe la salud desde la mente y el cuerpo dejando de lado todo lo que rodea al individuo y da un concepto de salud absolutamente en oposición a la enfermedad.

La **Organización Mundial de la Salud** (O.M.S.), organismo especializado de las Naciones Unidas (O.N.U.), el día 7 de abril de 1948 en su constitución definió a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de la enfermedad”. Este nuevo concepto de la O.M.S. reintroduce nociones y actitudes de la antigüedad clásica hacia el cuerpo humano para definir la salud como algo positivo, como algo distinto más allá de no estar enfermo y como una condición de bienestar mental, además de físico. Todavía avanza más hasta incluir algo tan difícil de precisar como el bienestar social en un mundo formado por naciones de tan distinto nivel y, en su gran mayoría, estratificadas internamente en grupos y clases de diversos grados de bienestar social. La salud no es por lo tanto simplemente la ausencia de enfermedad: es algo positivo  
Han transcurrido muchos años desde aquel 7 de abril de 1948 en que se dio la definición de la O.M.S. Muchos la criticaron como un slogan, como una vaga

expresión de ideales, más bien que como un instrumento operacional en el estudio o mejoramiento de la salud individual o colectiva.

**La idea y la expresión de “completo estado de bienestar” se evidenció pronto como irreal: la salud y enfermedad no son categorías o estados nítidamente diferenciados sino son parte de un continuo equilibrio de diversos factores naturales y sociales en permanente interacción.** Es muy difícil, casi imposible, alcanzar un completo estado de bienestar, sino grados variables de bienestar individual.

Se ha discutido y discute mucho todavía sobre esa definición, pero el valor de la misma, y hay que reconocerlo a pesar del tiempo, es que nos indujo a pensar en términos positivos de la salud y nos permitió, a partir de ella, generar ideas, análisis, discusiones, consensos que nos ayudan a seguir trabajando para que todas las personas de la tierra puedan gozar de una “buena salud”.

El concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de **Salud Holística**. Se entiende por holístico aquello que pretende observar la persona en su totalidad más que analizar cada una de sus partes.

Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

En el año 1956, **René Dubois** expresó lo que para él significaba salud: “Es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”. En esta definición, Dubois, circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental, pero señala algún concepto sobre el ambiente de elección como parte del bienestar.

Muchos autores, entre ellos **Milton Terris** (1964), no están de acuerdo con la definición de la O.M.S. a la que considera utópica, estática y subjetiva. Según él debería eliminarse la palabra “completo” de la definición, ya que la salud como la

enfermedad no son un absoluto. Hay distintos grados de salud, como hay distintos grados de enfermedad.

Además para **Terris**, tanto la salud como la enfermedad tienen dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El primero (subjetivo) es el bienestar (sentirse bien o mal en diferentes grados), mientras que el segundo (objetivo) es la capacidad de funcionar (funcionamiento o limitación en diferentes grados).

Siguiendo esta línea de razonamiento, Terris propone modificar la definición de la O.M.S. y define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Esta definición es dinámica y operativa, ya que para la mayoría de las personas estar en buena salud es equivalente a la suma de “bienestar” y “capacidad de funcionar”: sentirse bien, estar bien, no tener molestias ni sufrimientos, poder trabajar o estudiar y poder relacionarse normalmente con sus semejantes, gozando de las satisfacciones que proporciona la vida en la comunidad.

Según **G. Molina** “el estado de salud” de una comunidad es la suma del estado de salud de los individuos que la componen, distribuidos en grupos, clases y sectores sometidos a distintas condiciones genéticas, económicas, sociales y culturales que determinan un muy diverso estado de salud en cada grupo. “Nivel de salud” es la expresión habitual para designar nuestra tentativa de cuantificar el estado de salud de una colectividad. No se dispone de buenos métodos de medida de indicadores del estado de salud colectivo ni individual. La forma habitual sigue siendo el nivel de enfermedades, muertes o incapacidades, es decir, la ausencia de salud.

Para **Jorge Orgaz** salud es el estado en que el individuo puede ejercer y ejerce normalmente todas las funciones biológicas, sociales y culturales potenciales. Para el individuo concreto salud es una sensación (es sentirse sano). La salud y la enfermedad no serían mundos apartes sino unidos: todos padecemos algo y sufrimos de algo, aún sintiéndonos sanos. El individuo está en constante posibilidad de desequilibrio. Una insignificancia puede ser suficiente: una corriente de aire, una comida común, un estado de fatiga, una emoción.

Para **Alejandro Garretón Silva** se pueden reconocer o establecer atributos fundamentales y que caracterizan el estado de salud. Entre ellos, tres son los más importantes:

- **Dinamismo:** es decir el estado de salud es algo en marcha, progresa, cambia, muda, evoluciona.
- **Armonía:** en todos los componentes del ser humano, es decir, proporción, regularidad, medida. Armonía de la estructura, es decir anatomía macro y microscópica. Armonía de las funciones, es decir metabolismo en toda su extensión, secreciones, mecanismos reflejos, fenómenos bioquímicos, modificaciones enzimáticas, el medio interno en su más amplia expresión. Armonía de la esfera psíquica, entre la mentalidad creadora, la conciencia, la sensación de bienestar, la conducta, la moral, es decir el conjunto de acciones y reacciones de naturaleza espiritual. Finalmente, la perfecta armonía entre las estructuras, las funciones y la actividad psíquica.
- **Silencio:** que constituye el fenómeno más singular de la salud; es necesario considerarlo como la ausencia de ruido, de queja, de protesta. Los movimientos de cualquier orden, la respiración, el roce articular en cualquier movimiento o esfuerzo, la circulación sanguínea que mueve diariamente una gran masa líquida, la función renal que regula una enorme cantidad de líquido en pocos minutos; todos se desarrollan en medio de un silencio impresionante y profundo.

Estos tres elementos básicos, dinamismo, armonía y silencio, son de por sí inestables, frágiles. Sólo gracias a la extraordinaria elasticidad de los medios de compensación y de equilibrio, se mantienen en su conjunto y constituyen lo que Cannon llamó homeostasis.

Según el modelo de la **tríada ecológica**, en un análisis de las enfermedades es necesario considerar la participación de tres factores principales: el agente causal, el huésped y el ambiente en el cual los dos primeros existen. Este último ejerce una influencia preponderante en la naturaleza de las interacciones que se producen entre agente y huésped.

Salud sería el equilibrio entre el huésped, el agente y el medio en que estamos viviendo. La salud y la enfermedad representan variaciones de un mismo proceso de relación entre un ser determinado y los estímulos del medio que lo rodea; son

manifestaciones de grado de capacidad para adaptarse a situaciones del ambiente, y el hombre reacciona, directa o indirectamente, con todos los elementos que existen en su medio, sean de carácter físico, biológico, psicológico o social. Por estas razones no puede aceptarse una causa única para cada enfermedad sino causas múltiples o **multicausalidad**, entre las cuales una se diferencia como agente causal que puede identificarse.

Todas las enfermedades, transmisibles o no, responden a una red de causalidad, resultando de la interacción entre el agente (causa necesaria pero no suficiente) y el huésped, en un medio físico, biológico, psicológico, social y económico determinado, siguiendo las leyes generales de todo fenómeno ecológico. La salud, por lo tanto, es el equilibrio entre el agente y el huésped, con la participación favorable del medio.

Citaremos por último una definición de salud actual, pero obviamente no única ni definitiva: “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales, en los que viven inmersos los individuos y la colectividad”.

Hoy se ha ampliado el concepto de Salud entendiéndola como el conjunto de acciones tendientes a proveer un “modo de vida saludable” a la población. La esfera curativa en este esquema ocupa el lugar de ser un ítem de importancia entre otros de no menor importancia, tales como la promoción de la salud y la prevención, lejos de ser el último.

**A lo que otrora se entendía como el enfermo (la patología del órgano), actualmente se le van sumando otros aspectos que hacen a su modo de vida.**

De esta manera **interesan primordialmente a la faz preventiva los hábitos sociales** que la perjudican como el tabaquismo, la drogadicción, la sensación de angustia, el stress, la subalimentación, la alimentación en exceso o de calidad inadecuada, la seguridad laboral, los accidentes de tránsito, los problemas de la minoridad, del adolescente, el niño y la mujer maltratada, la relación de pareja, la jubilación temprana, la posibilidad de una vejez activa (la mayor incidencia de muerte se da en los primeros años de jubilado), los sectores marginales, los desastres naturales, los problemas clásicos todavía en vías de solución como las zoonosis, las enfermedades infecciosas, la violencia, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, las endemias

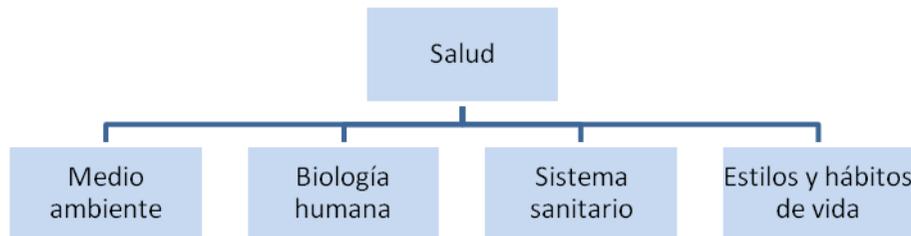
y las epidemias nuevas, los suicidios y los homicidios, que en algunos grupos etarios aparecen como primera causa de muerte, las enfermedades crónicas degenerativas en franco aumento en las que la terapéutica tiene poco espacio de acción, tan sólo para nombrar algunos elementos de una creciente lista.

### 2- DETERMINANTES DE LA SALUD:

Partimos de la base de que cada modelo o paradigma, de acuerdo a cómo concibe la salud y la enfermedad, propondrá también un conjunto de determinantes.

El Ministro de Sanidad de Canadá, M. Lalonde, preocupado por los problemas de salud en su población analizó, en 1974, junto a un equipo multidisciplinario, la cuestión de los determinantes de la salud y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico: La Nueva Salud Pública.

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro grupos de factores:



**De estas cuatro variables, una apenas se puede modificar, la biología humana; las otras tres sí son susceptibles de modificación y hacia ello deberían dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública.**

Todas estas variables están influenciadas por factores sociales. Desde los albores de la salud pública moderna se conoce que la salud y la enfermedad están desigualmente distribuidas entre la población. También se sabe que esta desigual

distribución obedece, en gran parte, a diferencias sociales y culturales entre los individuos, grupos y colectividades.

Estos hechos ponen claramente de manifiesto que si no se controlan los factores sociales negativos será muy difícil modificar de forma positiva el nivel de salud de una comunidad.

- **Medio Ambiente:** el ambiente influye permanentemente sobre el ser humano en forma positiva o negativa, desde la concepción hasta la muerte. Su alteración y variación permanente modifica el crecimiento, desarrollo y salud según la capacidad adaptativa. Los principales **factores de riesgo del ambiente** para la salud:
  - Riesgos **biológicos:** bacterias, virus, protozoos, hongos, artrópodos, polen.
  - Riesgos **físicos:** ruidos, radiaciones, polvo, humo, desechos sólidos o líquidos, condiciones de la vivienda, espacio público, residuos peligrosos, terremotos, inundaciones, agua para consumo humano, variaciones extremas de la temperatura y fenómenos climáticos.
  - Riesgos **químicos:** plaguicidas, radiaciones, fármacos, metales pesados, contaminación del aire.
  - Riesgos **psíquico, social, cultural y económico:** violencia, promiscuidad sexual, competitividad, deserción escolar y analfabetismo, hacinamiento, inseguridad, terrorismo, desplazamiento, desempleo, pobreza, estrés.

A su vez las **áreas de actuación prioritarias en Salud Ambiental** son:

- Los accidentes, tanto de tránsito como del hogar y laboral.
- El agua para consumo humano (el 80 % de las enfermedades que aquejan a los países en desarrollo tienen que ver con problemas del agua potable para consumo).
- Las aguas residuales, que tiene que ver con el tratamiento de las mismas, así como el drenaje de las aguas pluviales.
- El aire: 1.500 millones de personas viven en zonas urbanas con niveles peligrosos de contaminación.
- Las excretas.
- Los plaguicidas, medicamentos y otras sustancias químicas.
- Las radiaciones.

- Los ruidos.
- La vivienda y desarrollo urbano: mejoramiento sanitario y ambiental de la vivienda y de su entorno, y estrategias y políticas para que el desarrollo urbano se efectúe de tal forma que proteja la salud y se mejore la calidad de vida.
- **Biología Humana:** existen varios aspectos que inciden sobre la salud. Entre ellos se mencionan la raza, el sexo, la edad, la capacidad inmunológica, la constitución heredada (características que se inscriben desde la concepción) y la constitución congénita (buena o mala alimentación materna durante el embarazo, enfermedades que puede sufrir en ese período). Estos aspectos adquieren gran relevancia a partir de los avances en Ingeniería Genética logrados en los últimos años que abren perspectivas no conocidas hasta ahora, que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la Bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas demandan.
- **Sistema de Asistencia Sanitaria:** entendiéndose como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, etc., condicionados por variables tales como accesibilidad, eficacia y efectividad, buena praxis y relación médico- paciente, cobertura, calidad de la atención, gratuidad, etc. En los países desarrollados el crecimiento del sector ha sido notable en las últimas décadas a pesar de los altos costos que se han generado y ha tenido una influencia decisiva en los niveles de salud de la población, sin embargo numerosos estudios demuestran que esfuerzos mucho mayores en estos determinantes no lograrían ya el efecto proporcional en salud esperado y que los gastos en asistencia sanitaria no están directamente relacionado con la calidad del sistema, el problema principal es su mala distribución.
- **Estilos y Hábitos de vida:** gran parte de las patologías que provocan enfermedad y muerte, tienen relación con conductas y hábitos de la población lo que confirma a los estilos de vida como uno de los **determinantes principales de la salud-enfermedad de los individuos y los de mayor dificultad a la hora de modificarlos**. En 1984, Hamles define al estilo de vida como las conductas y actividades que son adoptadas por los individuos para encajar en el propio grupo social. En el desarrollo del estilo de vida, tiene un papel importante el medio socio-cultural, donde la estructura de valores que rodea al individuo responde a su conducta

reforzándola o inhibiéndola. Los estilos de vida se asocian con frecuencia al de conductas insanas de salud, y entre las principales se encuentran: el consumo de drogas, falta de ejercicio físico (sedentarismo), situaciones excesivas de estrés (trabajo), consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal, consumo excesivo de alimentos, trastornos de la conducta alimentaria, promiscuidad sexual, violencia y, conducción peligrosa como exceso de velocidad o falta de uso del cinturón de seguridad, adicción al alcohol, consumo de tabaco, falta de recreación. **La influencia de la familia, escuela, medios de comunicación** entre otros, se debe tener en cuenta en el momento de trabajar con los grupos de riesgo, para tener éxito en la **promoción de hábitos saludables, y contribuir a la mejoría de la esperanza y calidad de vida** (óptimo bienestar entre las cinco dimensiones de la salud, ya sea física, mental, emocional, espiritual y social, que caracteriza a ciertos grupos sociales y comunidades) de la población.

Desde el paradigma socio-ecológico, la salud es un tema social, económico y político y, sobre todo y un derecho fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia son el origen de la falta de salud y la muerte de la gente pobre y marginada. Acorde a ello, cualquier planteamiento para mejorar la salud debe ser articulado dentro de un mayor contexto político, social y económico, y deberá trabajar con múltiples sectores y actores.

Exponemos a continuación los determinantes de la salud vistos desde este paradigma:

<b>Contexto político y de políticas</b>	<b>Políticas saludables (por ejemplo ambientales, sociales, económicas y de salud). Sistemas políticos y valores (por ejemplo equidad, derechos humanos, democracia).</b>
<b>Entorno físico, económico y social</b>	<b>Educación, agricultura, agua y saneamiento, vivienda, trabajo, medio ambiente, ingresos y empleo, estructura social y demográfica.</b>
<b>Servicios y sistemas de salud</b>	<b>Políticas, estructuras y procesos (por ejemplo accesibilidad, uso de los servicios de salud, calidad de los servicios).</b>
<b>Condiciones culturales y conductuales</b>	<b>Conductas (alcohol, drogas y tabaco, actividad física, dieta). Condiciones socio-culturales (estrés, control sobre el trabajo, relaciones sociales).</b>
<b>Características individuales</b>	<b>Educación, ingreso, estatus social, herencia, género, desarrollo, psicología.</b>

Se define como **historia natural de la enfermedad** a la manera de evolucionar que tiene cada enfermedad, infecciosa y no infecciosa, cuando se abandona a su propio curso y no interviene asistencia médica alguna; por ello su conocimiento **permite elaborar estrategias de prevención, diagnóstico y rehabilitación**. Pueden existir múltiples causas actuando continuamente en el medio, así como factores hereditarios, sociales y culturales en el huésped, que pueden estar produciendo un estímulo patogénico mucho antes de que se manifieste la enfermedad. El equilibrio de los tres elementos de la tríada ecológica (agente causal - medio ambiente - huésped) se traduce en salud. Sin embargo, el estímulo que ejercen los factores negativos está presente. Este período se denomina prepatogénico. La ruptura del equilibrio ocasiona la aparición de la enfermedad o período patogénico, que no siempre es percibida desde un primer momento (enfermedad asintomática, subclínica o inaparente). Una vez que la clínica se presenta, con sus síntomas y signos, hablamos de enfermedad clínica, sintomática o aparente, la cual puede derivar en la recuperación total, cronicidad, incapacidad o muerte.

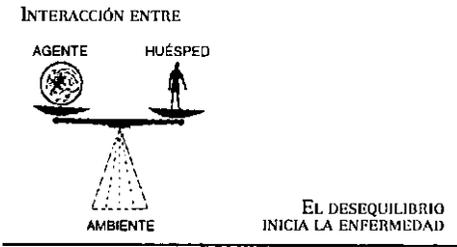
Por estas razones no puede aceptarse una causa única para cada enfermedad sino causas múltiples o **Multicausalidad**, entre las cuales una se diferencia como agente causal que puede identificarse. Todas las enfermedades, transmisibles o no, responden a una red de causalidad, resultando de la interacción entre el agente (causa necesaria pero no suficiente) y el huésped, en un medio físico, biológico, psicológico, social y económico determinado, siguiendo las leyes generales de todo fenómeno ecológico.

En el siguiente esquema se visualiza la historia natural de la enfermedad:

**3- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD:**

Hasta ahora nos hemos referido a la salud. Pero ¿qué es la enfermedad y cómo se manifiesta? Enfermedad es cualquier alteración de la salud de un individuo, es decir, la pérdida del equilibrio entre los aspectos físico, mental y social. El hombre nace con un caudal de salud condicionado por su genoma y posee una extraordinaria capacidad de adaptación biológica e, incluso, psíquica y social.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD

ESTADO	PERÍODO PATOGENICO (ENFERMEDAD)		PERÍODO PATOGENICO (ENFERMEDAD)		
EVOLUCIÓN	<p>INTERACCIÓN ENTRE</p>  <p>AGENTE      HUÉSPED</p> <p>AMBIENTE</p> <p>EL DESEQUILIBRIO INICIA LA ENFERMEDAD</p>		HORIZONTE CLÍNICO	ENFERMEDAD SIGNOS SÍNTOMAS	<p>MUERTE</p> <p>ESTADO CRÓNICO SECUELAS INCAPACIDAD</p> <p>CURACIÓN</p>
			ENFERMEDAD ASINTOMÁTICA	REMISIONES	
FASES	PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCARIA
NIVELES	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DE LA INCAPACIDAD	REHABILITACIÓN
OBJETIVOS	Elevar los niveles de salud del individuo y la comunidad	Mantener los niveles de salud alcanzados. Mejorar las condiciones del huésped. Proteger al huésped de las acciones de los agentes.	Detener la progresión de la enfermedad. Prevenir complicaciones y secuelas. Evitar la difusión de enfermedades transmisibles. Acortar el período de incapacidad.	Prevenir complicaciones y secuelas. Limitar la incapacidad residual. Evitar la muerte.	Desarrollar al máximo las capacidades remanentes. Prevenir la enfermedad mental secundaria. Proteger la salud social. Disminuir efectos sociales y económicos de la invalidez.
ACTIVIDADES	Nutrición. Educación. Higiene personal. Desarrollo de la personalidad. Genética. Vivienda. Recreación. Trabajo. Hábitos de vida. Saneamiento ambiental.	Inmunizaciones específicas. Protección contra: Riesgos ocupacionales. Accidentes. Infecciones y parasitosis. Identificación y control de los factores de riesgo.	Detección de enfermedades en los individuos y en los grupos: Examen médico periódico. Exámenes selectivos. Exámenes de selección múltiple. Encuesta de morbilidad.	Adecuado tratamiento de la enfermedad.	Facilidades hospitalarias y comunitarias para el adiestramiento y la reeducación. Empleo del discapacitado. Terapia ocupacional. Reubicación social.

Se entiende a la **salud-enfermedad como un proceso** porque se refleja en él la lucha permanente por parte del hombre frente a influencias biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a perturbar su equilibrio de salud. El éxito dependerá de múltiples factores que tienen que ver con la herencia, el ambiente, la característica o virulencia de los agentes patógenos, la capacidad de tomar decisiones oportunas, etc.

**La salud y la enfermedad representan variaciones de un mismo proceso de relación entre un ser determinado y los estímulos del medio que lo rodea;** son manifestaciones de grado de capacidad para adaptarse a situaciones del ambiente, y el hombre reacciona, directa o indirectamente, con todos los elementos que existen en su medio, sean de carácter físico, biológico, psicológico o social.

#### 4- CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LA COMUNIDAD CON RESPECTO AL PROCESO DE SALUD Y ENFERMEDAD:

La cultura es el **conjunto común de historia, creencias y valores de una comunidad o sociedad** en el que se engloban los marcos para aprender, comprender los fenómenos y la historia, y definir conceptos como prosperidad, éxito, conocimiento y salud.

Las culturas son dinámicas e interactivas, de modo que a medida que las personas actúan en una cultura, dichas acciones la transforman. Aunque la cultura no es sinónimo de lenguaje, raza, etnicidad, nacionalidad o nivel socioeconómico, los grupos con un trasfondo similar respecto a estas características suelen compartir normas culturales.

**Las creencias y prácticas en cuanto a salud deben ser entendidas en función de las pautas socioculturales.** Conductas consideradas como normales en una sociedad, pueden a su vez ser valoradas como patológicas en otra. En esta valoración, los diversos estilos de vida, concepciones del mundo, costumbres y creencias, establecen una percepción especial tanto de la salud como de la enfermedad y de los métodos tendientes a superarla. Prueba de ello es la existencia de múltiples medicinas folclóricas a las que aún hoy gran parte de la población concurre, y del status social que en determinadas comunidades adquieren los curadores tradicionales que las ejercen.

Describir un diagnóstico o una acción terapéutica que respete las creencias culturales, pero que a la vez sea coherente con una buena práctica médica, puede ser difícil. Entre los grupos latinos es frecuente la creencia del “empacho”, un trastorno en el que la comida queda pegada al estómago o la pared intestinal, lo que causa náuseas, vómitos y diarrea. Aunque la mayoría de los latinos concurrirán al médico en caso de “empacho” para que los trate, considerado éste como una “gastroenteritis viral” puede que el médico sólo recomiende tratamiento sintomático y los enfermos busquen un tratamiento independiente de un curandero tradicional.

En muchos países de América Latina (la República Argentina no es ajena al fenómeno) existe una amplia base poblacional integrada, solo parcialmente, al desarrollo de la sociedad; en consecuencia alejada geográfica, cultural y económicamente de los logros de la medicina científica. Tales poblaciones en función de su particular interpretación de la realidad a partir de sus propias pautas culturales, sus conceptos sociales y sus limitaciones económicas, recurre con mayor confianza a la medicina folclórica que a la medicina científica.

En muchas culturas, el **saber popular** conforma un verdadero cuerpo de doctrina sobre el origen de la enfermedad, su clasificación y tratamiento. Las diferentes culturas indígenas así como las subculturas populares nacionales, representativas de una mezcla de diversos elementos culturales y étnicos, han incorporado a sus conocimientos muchos principios de la medicina científica para explicar la enfermedad. Sin embargo, los conceptos etiológicos que parten del desequilibrio en las relaciones sociales y el mundo físico y sobrenatural, se encuentran todavía muy vivos, lo cual se comprueba al observar los modelos conceptuales con que esas poblaciones explican la enfermedad.

En la Farmacopea (Código oficial donde se encuentran las definiciones de drogas y productos farmacéuticos y útiles para el ejercicio de la medicina y la farmacia en sus distintos aspectos, incluyendo el origen, preparación, técnicas de identificación de pureza y valoración de principios activos; y las demás condiciones que aseguren la uniformidad y calidad de un producto farmacéutico para uso humano) popular, abundan las plantas medicinales propias de la tierra autóctona usadas por nuestros grupos aborígenes y aparece, por ejemplo, el concepto mágico de la enfermedad,

interpretada como el resultado de “un mal sueño” o del alma afectada por influencias malignas.

La adscripción de la farmacopea rural a un número plural de especies vegetales autóctonas son remanentes y pervivencias de la muy rica medicina botánica conocida por nuestras culturas aborígenes. Estas medicinas vegetales (hojas, bejuco, cortezas) tienen un amplio uso en infusiones, o bien en baños curativos. La aplicación tópica de resinas para dolores y contusiones nos provee un ejemplo más. El tabaco, cuyas hojas aplicadas directamente o en cataplasma han sido de antiguo y persistente tratamiento.

El vasto territorio del continente americano acogió durante todo el período histórico previo a su descubrimiento por Europa a todo tipo de sociedades, culturas y civilizaciones, por lo que pueden encontrarse ejemplos de la medicina neolítica más primitiva, de chamanismo, y de una medicina casi técnica alcanzada por los mayas, los incas y los aztecas durante sus épocas de máximo esplendor.

Existen, sin embargo, algunas similitudes, como una concepción mágico-teúrgica de la enfermedad como castigo divino, y la existencia de individuos especialmente vinculados a los dioses, capaces de ejercer las funciones de sanador.

Entre los incas se encontraban médicos del Inca y médicos del pueblo, con ciertas habilidades quirúrgicas fruto del ejercicio de sacrificios rituales, así como con un vasto conocimiento herborístico.

Entre las plantas medicinales más usadas se encontraban la coca, el yagé, el yopo, el pericá, el tabaco, el yoco o el curare y algunas daturas como agentes anestésicos. El médico maya (ah-men) era propiamente un sacerdote especializado que heredaba el cargo por linaje familiar, aunque también cabe destacar el desarrollo farmacológico, reflejado en las más de cuatrocientas recetas compiladas por R. L. Roys.

La civilización azteca desarrolló un cuerpo de conocimientos médicos extenso y complejo, del que quedan noticias en dos códices: el Códice Sahagún y el Códice Badiano. Entre los aztecas se establecía una diferencia entre el médico empírico o tepatl y el médico chamán o ticitl, más versado en procedimientos mágicos. Incluso algunos sanadores se podían especializar en áreas concretas encontrándose ejemplos en el código Magliabecchi de fisioterapeutas, comadronas o cirujanos. El

traumatólogo o componedor de huesos era conocido como teomiquetzan, experto sobre todo en heridas y traumatismos producidos en combate. La tlamatlquiticitl o comadrona hacía seguimientos del embarazo pero podía realizar embriotomías en caso de aborto. Francisco López de Gómara, en su Historia de Indias, relata también las diferentes prácticas médicas con las que se encontraron los conquistadores españoles.

La medicina folklórica tiene en esto un amplio campo de estudio. La idea de salud no encierra en modo alguno un concepto estático e invariable, aún más, resulta imposible concebirla de una manera que no sea dinámica a cualquier nivel (social o individual) y en cualquier cultura.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- ✓ Revista de la Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Año 1994, volumen 4 Nº 1 Pág.: 89. Córdoba, Argentina.
- ✓ Capítulos 1,7. Salud Comunitaria. Dr. Sixto González. Año 2000.
- ✓ La Salud y sus determinantes. Salud Pública. Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Tucumán.
- ✓ Módulo para Salud Comunitaria 2. Cátedra de Salud Comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Año 2004.



# DERECHO A LA SALUD

Unidad II

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

**DERECHO A LA SALUD****DERECHO:**

**DEFINICION:** Conjunto de las leyes y disposiciones que determinan las relaciones sociales desde el punto de vista de las personas y de la propiedad.

Facultad de hacer una cosa, de disponer de ella o de exigir algo de una persona

Honorarios: Cobrar por derecho de autor.

Derechos civiles: los que garantiza que el código civil.

Derecho natural: conjunto de reglas basadas en la justicia natural

Derechos de gente o internacional: el que determina la relación entre los pueblos

Conjunto de leyes pertenecientes a una materia determinada: Derecho Canónico, Administrativo, Municipal, etc.

**Derecho a la Salud:** Es un derecho igualitario a la atención de la salud basado en una concepción universalista de la justicia a fin de proporcionar criterios específicos de prioridades para satisfacer las exigencias múltiples que demanda el sistema de salud contemporáneo.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La Constitución Nacional garantiza el derecho a la salud, en especial a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

( PIDESC) que está incorporado a ella. El art. 12 del PIDESC define el derecho a la salud como “ EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE AL DISFRUTE DEL MAS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL”. Así el Estado argentino tiene la obligación de adoptar las siguientes medidas a fin de asegurar la efectividad de este derecho:

- Prevención y tratamiento de las enfermedades (...) y la lucha contra ellas.
- Creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

**CONSTITUCION DE OMS:** El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. El art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) dice que entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

Para aclarar y hacer operacionales las medidas enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

Dicha observación dice que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, condiciones de trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Según la observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos

**\*DISPONIBILIDAD:** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

**\*ACCESIBILIDAD:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte

- no discriminación
- accesibilidad física
- accesibilidad económica (asequibilidad)
- acceso a la información

**\*ACEPTABILIDAD:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

**\*CALIDAD:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones.

**RESPETAR:** Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.

**PROTEGER:** Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean del Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la Salud.

**CUMPLIR:** Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

El derecho a la Salud también comprende “obligaciones básicas” referentes al nivel mínimo esencial del derecho.. atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales. Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente, deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

En efecto, es innegable que no resulta posible hacer lugar a todas las demandas relacionadas con la salud. El sistema sanitario es una institución compleja y con una gran amplitud de funciones que abarcan desde la atención básica hasta la cirugía estética y servicios de hotelería.

Es importante contar con pautas, que atendiendo a la equidad, ayude a establecer prioridades entre las demandas competitivas y otorgue una orientación sobre las prestaciones a ofrecer.

El derecho a la asistencia sanitaria forma parte del conjunto de derechos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), complementario de la tradicional nómina de derechos civiles y políticos. A tal fin se otorgan recursos de ciertas instituciones vinculadas con las necesidades elementales de los ciudadanos: salud, educación, seguridad social, vivienda, nutrición.

Por medio de éstas el Estado toma a su cargo la planificación y administración de políticas sociales que tienen como destinatario al conjunto de la población.

El viejo concepto de salud, basado en criterios exclusivamente somáticos, es reemplazado por una concepción más integral que incorpora aspectos psicológicos, ambientales y sociales.

En algunos países, entre los que se encuentra Argentina, el acceso a un adecuado nivel de asistencia deja de ser un privilegio reservado a los sectores sociales más favorecidos. El hospital se transforma en el corazón del nuevo modelo: ya no es una institución caritativa que presta deficientes servicios a los pobres, sino un establecimiento complejo y bien dotado, que incorpora nuevas especialidades, jerarquiza sus servicios y abre sus puertas a toda la población.

Debe emprenderse un derecho igualitario a la asistencia sanitaria, que se asienta en la relevancia especial que tiene la salud.

**UN ACCESO IGUALITARIO.**

Las necesidades de salud presentan una variación más marcada que las de otro tipo de bienes fundamentales, como la vivienda, el abrigo o incluso, la educación; las primeras se relacionan con factores más diversos: sociales, ambientales, nutricionales, biológicos; como así también difieren considerablemente de individuo a individuo y en la misma persona durante las diferentes etapas de su vida. Pero su carácter distintivo más relevante reside sobretodo en los avances de la tecnología médica, que han provocado un incremento espectacular de los costos. Por ello, sostener un derecho a un acceso igualitario, al modo de principio distributivo: a cada cual según sus necesidades, implicaría un excesivo traslado de recursos del área, en detrimento de otras.

Un enfoque más realista del tema podría, por ej. proponer un criterio que cualifique y jerarquice las necesidades, ya que todas no son igualmente importantes, ni todos los servicios son igualmente urgentes.

Dicho criterio permite confeccionar una lista de prestaciones accesibles a todos. Elegir con responsabilidad las alternativas requiere tomar en cuenta una diversidad de elementos: características socioculturales de la población, sus necesidades sanitarias, la esperanza de vida, el estadio de desarrollo económico, científico y tecnológico de la comunidad, el nivel de la medicina, etc.

El paso siguiente consistirá en establecer criterios que permitan jerarquizar las necesidades y los servicios a ofrecer. Una vez cumplidas estas instancias, se estará en condiciones de otorgar un contenido específico al derecho al cuidado de la salud, determinando sus alcances y sus límites.

Una definición alternativa basada en la teoría de multicausalidad de la enfermedad, propone considerad la salud – enfermedad como un proceso resultante de la

integración de cuatro vectores: La población con sus elementos biológicos, El Medio Ambiente con todos sus aspectos (intra – extrauterino, físico, químico, socioeconómico, etc.), el comportamiento humano individual y social, y los servicios de salud, poniendo en relieve la incidencia de factores sociales y psíquicos, además de los somáticos en la condición sanitaria de las personas.

La salud no puede aislarse de la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas y laborales, los hábitos de vida, la alimentación y así muchas enfermedades podrían evitarse si se mejoran las condiciones socioeconómicas de la población.

En las villas miserias argentinas se concentran enfermedades infectocontagiosas, broncopulmonares, digestivas, parasitarias, es decir, enfermedades denominadas “sociales, propias de poblaciones de bajos recursos y escaso nivel educativo. Hay estudios que revelan que aproximadamente el 90% de las enfermedades en las ciudades latinoamericanas se vinculan con problemas de saneamiento ambiental (inadecuada provisión de agua potable, no tratamiento de aguas servidas, ineficaz o nula recolección de residuos), también con hacinamiento en las viviendas y con deficiencias nutricionales.

La salud se ha convertido en un bien de consumo, sometido a la regulación del mercado, que, en gran medida, determina las necesidades sanitarias según la ley de la oferta y la demanda.

El informe sobre el desarrollo mundial realizado por el Banco Mundial en 1993, atribuye sus deficiencias a tres causas principales 1) las variaciones en los riesgos en salud suponen un motivo para que las compañías de seguros rehúsen a brindar cobertura a las personas más necesitadas de asistencia médica; 2) los seguros reducen los incentivos para que la gente evite riesgos y gastos con un comportamiento prudente, lo que puede crear, indirectamente, oportunidades para que los médicos y centros de salud presten a los pacientes más servicios de los que necesitan; 3) los que suministran cuidados médicos asesoran a los pacientes acerca de las opciones de tratamiento, y, cuando sus ingresos están vinculados a estos consejos, el resultado puede ser un exceso de tratamiento.

El mercado tampoco se ha manifestado como un distribuidor equitativo. La OPS estima que aproximadamente 130 millones de pobres en América Latina y el Caribe (un 70% del total de pobres de la región) no cuentan con ningún tipo de acceso a la asistencia sanitaria.

Capacidades que constituyen la condición necesaria para facultar el desarrollo de la persona, libre, digna e igual

- 1- Ser capaz de vivir hasta el fin de la vida lo mejor posible (no morir prematuramente o no quedar reducido en sus posibilidades)
- 2- Ser capaz de estar libre de enfermedades evitables.
- 3- Ser capaz de alimentarse adecuadamente.
- 4- Ser capaz de poseer una vivienda digna.
- 5- Ser capaz de usar los cinco sentidos (o de compensar su ausencia)
- 6- Ser capaz de imaginar, pensar y razonar, tener emociones y expresarlas.
- 7- Ser capaz de interactuar con otros y de establecer vínculos afectivos.
- 8- Ser capaz de poseer una concepción de bien, perseguirla y revisarla.
- 9- Ser capaz de reconocer normas intersubjetivas.
- 10- Ser capaz de valerse por sí mismo en la edad adulta.
- 11- Ser capaz de educarse en su propio contexto.
- 12- Ser capaz de estar informado.

La lista es amplia, pero ello no puede evitarse, ya que su objetivo es identificar, de manera genérica, aquellas capacidades que se corresponden con los funcionamientos mínimos requeridos, con el propósito de determinar cuáles son los modos más eficaces para ayudar a los individuos a desarrollar sus capacidades.

Es importante tener en cuenta que las capacidades que integran el catálogo son, aunque en diferentes grados, mutuamente dependientes: la capacidad de reconocer normas subjetivas se vincula con la de imaginar y pensar, con la de poseer una concepción del bien, con la de educarse; la capacidad de estar libre de enfermedades evitables está estrechamente conectada con la de nutrirse y con la de poseer una vivienda adecuada, pero también, por ejemplo, con la educarse e informarse, ya que uno de los requisitos de la salud es conocer la prevención de enfermedades.

No sólo la salud, sino también la educación, la nutrición, el acceso a la información, el hábitat, son importantes para otorgar capacidad a los individuos y favorecer su desarrollo autónomo.

El principio de autonomía, es un principio de carácter igualitario destinado a garantizar a todos los miembros de la sociedad *iguales posibilidades* de alcanzar una capacidad madura para hacer uso de sus derechos y argumentar sus demandas.

Dicho principio permite inferir el reclamo de iguales posibilidades para que todos puedan desarrollar cada una de sus capacidades explicitadas en la lista.

Tanto la enfermedad o la discapacidad constituyen un impedimento (o una merma) para adquirir esa capacidad madura global, los individuos tienen un derecho igualitario a que sus demandas sanitarias sean satisfechas.

El principio de Rawls PRINCIPIO DE LA DIFERENCIA, sustentado en la idea de que nadie merece una mayor capacidad natural ni tampoco un lugar inicial más favorable en la sociedad.

Aunque el principio de la diferencia, no es sentido estricto, un principio compensatorio, tiene en cuenta algunas de sus metas este rasgo permite justificar obligaciones sociales destinadas a remediar ciertas desventajas. Podrían aplicarse mayores recursos para la educación de los menos inteligentes que para los más dotados, a fin de mejorar sus expectativas a mediano y largo plazo.

Dicho principio también permitiría destinar recursos para remediar las desventajas provocadas por la enfermedad. La atención de la salud no puede quedar librada a los recursos económicos individuales, porque de este modo los peor situados corren el riesgo de no poder afrontar ciertos costos.

En tanto las necesidades de salud son definidas y jerarquizadas en función de los planes de vida, a la complicación señalada se agrega ahora la de determinar cuál es el rango normal de los planes de vida abiertos en cada sociedad.

La atención de la salud puede considerarse como uno de los derechos básicos derivables del principio de autonomía. Constituye una de las condiciones para alcanzar la capacidad madura global que permita a los individuos hacer uso de sus derechos y defender argumentativamente sus demandas., permite apoyar el derecho en las obligaciones sociales destinadas a remediar o compensar las desventajas de los menos afortunados ( enfermos); y el principio de justa igualdad de oportunidades permite establecer su carácter igualitario.

#### UN DERECHO IGUALITARIO

No puede pretenderse que los efectos de la justicia permitan a todos alcanzar el mismo nivel de desarrollo en sus capacidades; esto significaría desconocer la diferencia entre las personas.

El sistema de salud es una institución compleja que atiende a gran variedad de funciones. De ahí la importancia de contar, a efectos de la justicia sanitaria, con un criterio normativo que ayude a decidir respecto a las demandas competitivas y oriente la jerarquización de los servicios a proveer. Estas decisiones no pueden ser tomadas en un nivel exclusivamente teórico, ya que requieren de información que ilustre sobre las características y necesidades de cada sociedad, es posible ofrecer

una orientación general respecto a cómo deberían diagramarse y jerarquizarse los servicios de salud en una institución considerada justa .

- 1) Medicina preventiva (incluye diagnósticos, campañas de vacunación, protección materno – infantil, campaña de erradicación de enfermedades endémicas, etc.) saneamiento ambiental (provisión de agua potable, desinfección, etc.); educación sanitaria y nutricional. Este nivel está destinado a la preservación de la persona, con pleno funcionamiento de sus capacidades.
- 2) Servicios curativos y rehabilitación cuya finalidad es restaurar la capacidad de estar libre de enfermedades evitable.
- 3) Servicios médicos y equipo de salud tendientes a compensar la pérdida de la capacidad de estar libre de enfermedades evitables en discapacidades físicas y psíquicas no demasiado severas, y en los pacientes crónicos no graves. Hay capacidades que no pueden restaurarse pero si compensarse. Este nivel, por ej., obligaría a proveer sillas de ruedas, insulina, etc.
- 4) Los cuidados especiales hacia aquellos cuyas capacidades no pueden ni curarse ni compensarse, como en el caso de los discapacitados mentales graves, pacientes con patologías muy severas y enfermos terminales.

En función del criterio adoptado, se privilegia la medicina preventiva porque es preferible preservar y mantener la capacidad de estar libre de enfermedades evitables a curar la incapacidad.

La noción de sujeto de derechos tiene mayor extensión que la de sujeto de deber; a ésta le son inherentes la capacidad de actuar, la de tener conciencia de una ley práctica y la posibilidad de influir mediante la acción en los intereses de los otros. A la de sujeto de derechos le competen la capacidad de interesarse y la posibilidad de que estos intereses estén expuestos a los efectos de la acción de un ser racional; es decir, un sujeto de derechos es todo sujeto portador de intereses.

Es posible reconocer que el cumplimiento de un derecho universal e igualitario al cuidado de la salud encontrará un límite problemático en la escasez de recursos, en otras palabras quedarán necesidades legítimas sin satisfacción.

Hay que disponer de datos que ilustren sobre el estado sanitario de la población y sus necesidades preponderantes, el nivel de desarrollo tecnológico y económico, los recursos disponibles, etc.

Es necesario tener presente que la brecha entre los recursos limitados y demandas ilimitadas podría achicarse considerablemente si se hiciera un uso más racional y equitativo de los medios disponibles.

#### RACIONAMIENTO DE LOS RECURSOS

El gasto mundial en salud es enorme. En 1990 ascendió a 1,7 billones de dólares, cifra que equivale a un 8% del producto mundial total; casi el 90% de este monto correspondió al gasto de los países de ingreso alto.

Pueden distinguirse 4 niveles.

1º) *Macroasignación superior*: A este nivel corresponde la distribución general del presupuesto nacional entre las diferentes áreas competitivas: salud, educación, defensa, seguridad social, justicia, etc., es decir, entre aquellos bienes que se consideran socialmente necesarios.

2º) *Macroasignación inferior*: Le compete distribuir la porción del presupuesto nacional asignada al área de la salud.

3º) *Microasignación superior*: Le compete la distribución de los recursos entre las personas necesitadas y el fijar pautas para seleccionar el grupo de los beneficiarios.

4º) *Microasignación inferior*: Aquí las decisiones son tomadas generalmente por los médicos respecto a sus pacientes, ya que ellos son los responsables de determinar, en cada caso, los tratamientos adecuados y distribuir los recursos disponibles.

#### EL ANALISIS COSTOS – BENEFICOS

Es la eficacia en función de los costos de la intervención; cuanto más baja sea esa cifra, mayor será el provecho que reditúa el dinero invertido

El incremento de los costos de la tecnología médica popularizó el balance de costos y beneficios como un método eficaz para limitar los gastos y orientarlos de un modo más racional. En tanto el análisis de costos – beneficios supone medir unidades diferentes (números de accidentes, de muertes, dinero gastado, Nº de pacientes atendidos, etc)

No puede desconocerse que el método aporta un procedimiento racional para distribuir los recursos y evitar despilfarros que, hay que recordar, se traducen en vidas humanas. Sin embargo, si no está limitado por criterios éticos claramente explicitados, producirá consecuencias inequitativas que afectarán sobre todo a quienes obtienen pocos beneficios a alto costo, como ocurre con los pacientes psiquiátricos, los que necesitan hemodiálisis, etc.

#### LA ATENCION DE LA SALUD EN ARGENTINA

La crisis económica por la que atraviesa Argentina desde hace 20 años ha causado entre otras consecuencias, el progresivo debilitamiento de instituciones como seguridad social, educación y salud. El paulatino retiro del estado nacional de su rol conductor de las políticas públicas dejó desprotegidos a amplios sectores de la población, que fueron perdiendo muchos de los derechos penosamente conquistados. La esfera de la salud constituye un ejemplo en este proceso. El desmantelamiento del hospital público, el deterioro de los recursos tecnológicos y humanos, la profunda crisis financiera que padece la seguridad social, se conjugan para que la atención adecuada de la salud sea costoso e ineficaz y debe ser modificado.

De hecho, en los últimos tiempos, el gobierno ha efectivizado algunas medidas, como autogestión hospitalaria y la ley de reforma a las obras sociales.

Las reformas de organización de la salud en nuestro país son básicamente tres: ESTATAL o PÚBLICA, OBRAS SOCIALES y PRIVADA.

#### SUBSECTOR PUBLICO

Está integrado por una red de hospitales de jurisdicción nacional, provincial o municipal y por centros de salud de baja complejidad destinados sobretodo a responder a los problemas más comunes de las comunidades locales. En la actualidad tanto los hospitales como los centros de salud absorben a la población de menores recursos que no está cubierta por la seguridad social o que se encuentran limitadas las posibilidades de acceder a sus servicios.

#### SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social conforma más de la mitad del mercado de atención médica del país. Es un sector muy heterogéneo y complejo, integrado por unas 320 entidades que cubren alrededor del 74% de la población. Se agrupan en sindicales, estatales, provinciales, de personal directivo y de administración mixta (integrada por representantes del Estado y de los beneficiarios)

La capacidad de prestación propia de este sector es relativamente reducida y se concentra en las entidades más numerosas; la mayoría de los servicios se contratan con prestadores privados (clínicas, médicos, farmacias, sanatorios) de manera que la obra social se comporta como un organismo de financiamiento. La mayor fuente de ingresos proviene de aportes obligatorios realizados por los empleadores y los trabajadores.

#### SUBSECTOR PRIVADO

Está compuesta por una extensa red de consultorios que funcionan de forma autónoma o dependiente de sanatorios, clínicas o centros de diagnóstico, propiedad de individuos o sociedades anónimas. Presta servicios a pacientes particulares o provenientes de las obras sociales o prepagos médicos.

### DEBERES DEL EQUIPO DE SALUD

- Inexistencia de todo tipo de discriminación
- Informar al paciente
- Atención de un llamado
- Métodos novedosos
- Consentimiento Informado
- Dedicación al Paciente
- Honorarios
- Secreto Profesional

### DERECHOS DE LOS PACIENTES

- Acceso al tratamiento
- Respeto y dignidad
- Seguridad personal
- Identidad (Del Equipo de Salud)
- Información
- Comunicación (visitas, diarios, revistas, etc.)
- Consentimiento
- Consultas bajo petición y a su cuenta.
- Denegación del tratamiento (el paciente podrá rehusar del tratamiento hasta donde se lo permita la ley.

### Derechos del Niño

**20 de Noviembre: Día Internacional de los Derechos del Niño**

### Derechos Generales

Derecho 1. A que sean considerados en el ámbito de la Convención todos los menores de 18 años. En la República Argentina se entiende por niño todo ser humano desde su concepción.

Derecho 3. A que el interés del niño sea lo primero en todas las medidas que lo conciernen.

Derecho 4. A que el Estado tome todas las medidas administrativas, legislativas y de toda índole para hacer efectivos los derechos de la Convención.

Derecho 5. A que el Estado respete los deberes y derechos de los padres, familiares, comunidad, tutores y personas encargadas legalmente del niño.

Derecho 27. a) A un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.; b) A que el Estado ayude a los padres u otros responsables del niño para que cumplan con sus deberes y derechos. c) A que se asegure el pago de pensión alimenticia dentro y fuera del país.

Derecho 41. A las disposiciones nacionales e internacionales más favorables para los derechos del niño.

### Derechos a la Educación

Derecho 17. A acceder a la información y material que promueva su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Para tal fin el Estado coordinará con los medios de comunicación masiva y asumirá otras iniciativas de carácter nacional e internacional.

Derecho 28. a) A la educación primaria gratuita. La educación secundaria se promoverá hasta que accedan a ella todos los niños. La educación superior se hará más accesible a todos.; b) A que la disciplina escolar sea compatible con la dignidad humana del niño.

Derecho 29: a) A una educación que desarrolle su personalidad, aptitudes y capacidad física y mental hasta su máximo potencial. c) A que su educación desarrolle su respeto por los derechos humanos. d) A que su educación desarrolle el amor a su propia identidad cultural y al medio ambiente natural.

### Derechos de Identidad y Familia Identidad:

Derecho 7. A tener un nombre y una nacionalidad y a conocer a sus padres.

Derecho 8. A preservar su identidad, nacionalidad, nombre y relaciones familiares.

Derecho 11. A no ser trasladado ni retenido ilícitamente fuera de su país.

Derecho 12. a) A no sufrir discriminación de ningún tipo.

b) A ser protegido contra cualquier discriminación.

Derecho 16. a) A que se respete su vida privada, así como su honra y reputación.

b) A tener protección legal contra las injerencias en su vida privada.

Derecho 21. A que en caso de adopción sea con la autorización de las autoridades competentes y con el consentimiento expreso de los padres debidamente asesorados.

Derecho 30. A tener su propia vida cultural, religión, idioma, sea cuál fuere su comunidad étnica, religiosa o lingüística.

#### Familia:

Derecho 9. a) A no ser separado de sus padres, excepto por el interés superior del niño.; b) A que todas las partes interesadas tengan oportunidad de opinión ante la ley; c) A mantener relaciones personales con ambos padres.

d) A estar informada del paradero del familiar o familiares ausentes.

Derecho 10. A mantener relaciones personales directas con ambos padres aun cuando ellos residan en Estados diferentes.

Derecho 18. a) A que ambos padres asuman su responsabilidad primordial en cuanto a la crianza y el desarrollo del niño.

b) A que, para tal efecto, los Estados asistan apropiadamente a los padres y tutores del niño.

#### Derechos a la Participación

Derecho 12. A formarse un juicio propio, a expresarse libremente y a que se le tenga en cuenta.

Derecho 13. A buscar, recibir y difundir información e ideas de todo tipo, en forma artística o por cualquier medio que el niño elija.

Derecho 14. A la libertad de pensamiento, conciencia y religión, siempre que respete los derechos de las otras personas.

Derecho 15. A la libertad de asociación y a tener reuniones pacíficas.

#### Derechos a la Protección

Derecho 19. a) A que se dicten medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, descuido o trato negligente, maltrato o explotación, perjuicio o abuso sexual.

b) A que tales medidas no sólo sean sancionadoras, sino eficaces para la protección y prevención.

Derecho 20. A que, en caso de estar privado de su medio familiar, reciba protección y asistencia del Estado, atendiendo a la continuidad posible en la vida del niño con su origen étnico, formación cultural, lingüística y religiosa.

Derecho 22. A que, en caso de ser refugiado, el niño goce de todos sus derechos que establece esta Convención, para los cual los Estados cooperarán para que el niño reestablezca lazos con sus padres y familiares.

Derecho 32. A ser protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier actividad que pudiese entrañar peligro o que entorpezca su educación, salud y desarrollo.

Derecho 34. A ser protegido contra todas las formas de abuso y explotación sexuales.

Derecho 35. A ser protegido contra el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin.

Derecho 36. A ser protegido contra toda forma de explotación que perjudique cualquier aspecto de su bienestar.

Derecho 37. a) A no ser sometido a tortura, pena capital ni prisión perpetua.

b) A no ser privado de su libertad ilegal y arbitrariamente. La detención será el último recurso y por el tiempo más breve que proceda.

c) A ser tratado con respeto y humanidad, aun en caso de detención.

d) A tener pronto acceso a asistencia jurídica en caso de ser detenido.

Derecho 38. a) A ser protegido en caso de conflictos armados.

b) A que los Estados beligerantes no utilicen a los niños menores de 15 años, procurando dar prioridad a los mayores.

Derecho 40. a) A que en caso de ser acusado o declarado culpable de infringir leyes penales se le dé un trato que fortalezca su respeto por los derechos humanos, a

fin de promover su reintegración constructiva a la sociedad.  
 b) A dictar leyes y procedimientos que tengan al niño como sujeto de derechos otorgándole todas las garantías legales, en particular:

- derecho a la defensa
- derecho a no ser obligado a declarar contra sí mismo
- a ser informado de todos los cargos y producir las pruebas que hacen a su defensa.
- A no sufrir una medida restrictiva de su libertad a menos que haya sido declarado culpable de un delito grave.
- A que la privación de libertad sea en casos excepcionales y como última ratio debiéndose contemplar otras medidas tales como: asesoramiento, incorporación a programas de enseñanza y formación profesional o libertad vigilada entre otro.

#### Derechos a la Salud

Derecho 6. A la vida y el desarrollo  
 Derecho 23. A que todo niño mental o físicamente en desventaja pueda disfrutar de vida plena y en condiciones que aseguren su dignidad.  
 Derecho 24. A disfrutar del más alto nivel de salud.  
 Derecho 25. A un examen periódico si el niño se encuentra interno en un establecimiento de protección.  
 Derecho 26. A tener seguridad social.  
 Derecho 31. a) Al descanso y al esparcimiento, al juego y las actividades recreativas apropiadas para su edad.; b) A participar en la vida cultural y artística, deportiva y de esparcimiento.  
 Derecho 33. A ser protegido contra el uso ilícito de drogas y a que se impida que se les utilice en la producción de tales sustancias.  
 Derecho 39. A su recuperación física y psicológica, así como su reintegración social, si ha sido víctima de cualesquiera forma de abandono, explotación, abuso o maltrato

En una resolución del Parlamento Europeo del 13 de mayo de 1986, se proclama la **Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado**. Su finalidad es proteger a los

menores y garantizar que son respetados cuando están en esta situación. Los niños hospitalizados tienen los siguientes derechos:

- Derecho del niño a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordinan oportunamente con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible.
- Derecho del niño a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.
- Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.
- Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
- Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
- Derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
- Derecho de sus padres o de las personas que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.
- Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
- Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
- Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente

advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.

- Derecho del niño hospitalizado, cuando esté sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.
- Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

### Ley 25929

Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. Promulgada el 25 de agosto de 2004, vigente desde el 21 de noviembre de 2004 en todo el territorio nacional.

**ARTICULO 1º.-** La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio.

**ARTICULO 2º.-** Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

1. A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
2. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
3. A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

4. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
5. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
6. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
7. A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
8. A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
9. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
10. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
11. A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

**ARTICULO 3º.-** Toda persona recién nacida tiene derecho:

1. A ser tratada en forma respetuosa y digna.
2. A su inequívoca identificación.
3. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
4. A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
5. A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

**ARTÍCULO 4º.-** El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

1. A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
2. A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
3. A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
4. A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
5. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

**ARTICULO 5º.-** Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

**ARTICULO 6º.-** "El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores, y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder."

**ARTICULO 7º.-** La presente ley entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su promulgación.

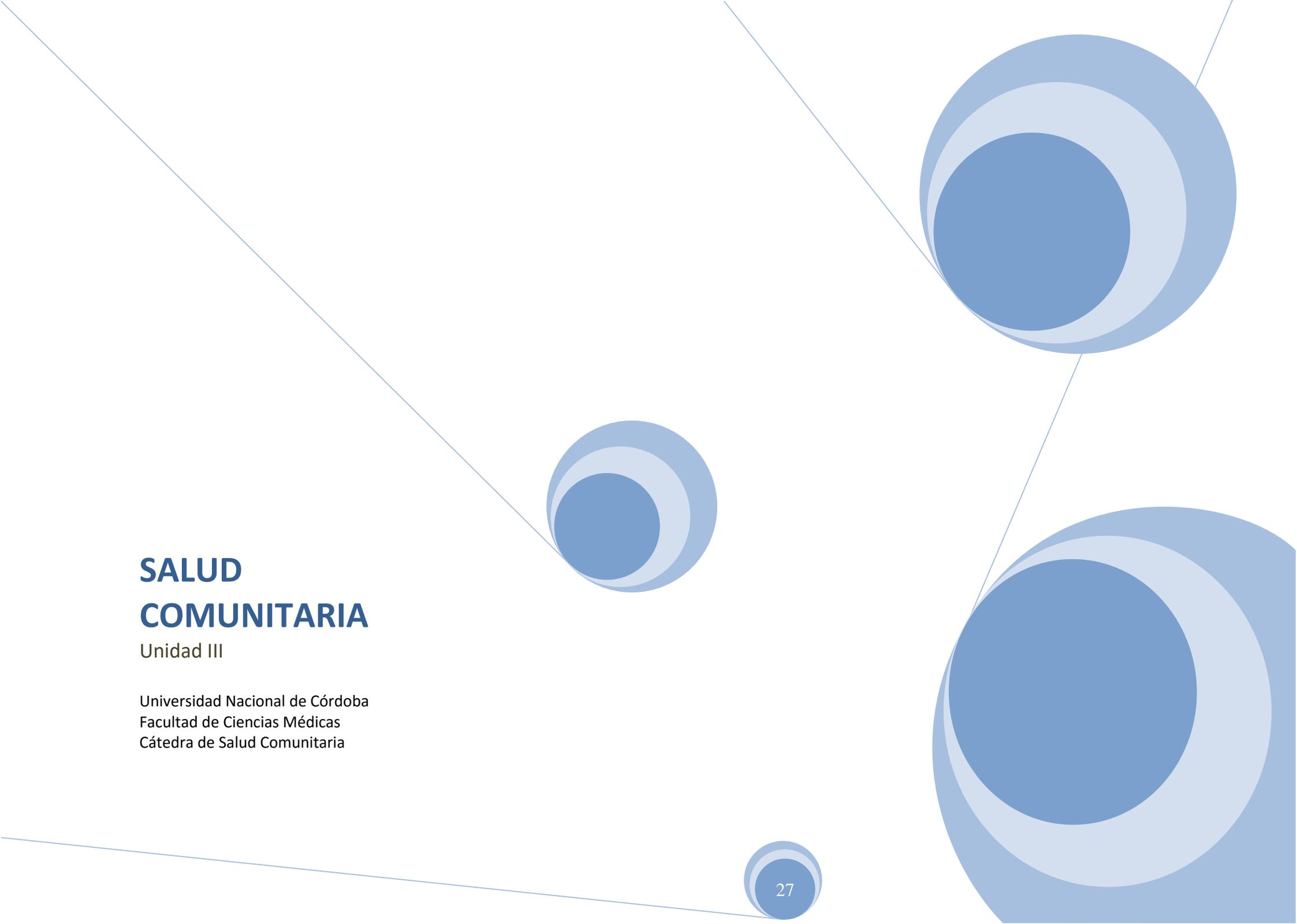
**ARTICULO 8º.-** Comuníquese al Poder Ejecutivo."

Promulgada por el PODER EJECUTIVO DE LA NACION  
Por Decreto No. 1.231/04

### El Decálogo de la Ancianidad

- a) Derecho a la Asistencia: Todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se crearen, con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.
- b) Derecho a la Vivienda: El derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.
- c) Derecho a la Alimentación: La alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.
- d) Derecho al Vestido: El vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior.
- e) Derecho al Cuidado de la Salud Física: El cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialista y permanente.
- f) Derecho al Cuidado de la Salud Moral: Debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.
- g) Derecho al Esparcimiento: Ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.
- h) Derecho al Trabajo: Cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad.
- i) Derecho a la Expansión: Gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia, es patrimonio del anciano.

j) Derecho al Respeto: La ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.



# SALUD COMUNITARIA

Unidad III

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

### 1- EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA A LO LARGO DEL TIEMPO:

La salud pública como ciencia, como patrimonio valorable de la comunidad y como responsabilidad de los gobiernos, apenas tiene un poco más de un siglo de existencia. Como manifestación del instinto de conservación existía seguramente desde los comienzos de la humanidad.

La historia de las más antiguas civilizaciones nos muestran también la existencia de algún grado de conciencia sanitaria cuyas prácticas y concepciones correspondían a los conocimientos y motivaciones de la época.

Los **egipcios**, según Heródoto, eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.

Los **indostaníes**, según Charaka y Shusruta, padres de la medicina ayurveda, eran los pioneros de la cirugía estética, y de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, de descanso, y de trabajo.

Los **hebreos** llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de JC. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua...

En la **era precristiana** se destacan las medidas referentes a la **higiene corporal y comunal**, que alcanzaron gran auge entre los **judíos y los griegos**; pero fueron sin duda los **romanos** los que culminaron en este campo con sus obras de ingeniería sanitaria como los **baños públicos, alcantarillados y abastecimientos de agua**; algunos de sus famosos acueductos están todavía en uso.

Durante el Imperio Romano nació y tuvo plena vigencia un claro concepto de **administración sanitaria, con leyes que disponían censos periódicos de la población, inspecciones de locales y mercaderías y prohibición de ciertas molestias públicas**. Con la caída de éste imperio la humanidad entró en la **Edad Media**, donde sólo el horror generado por las grandes plagas hizo concebir la necesidad de medios

de protección de la comunidad como la segregación de los leprosos y la cuarentena, ésta última aplicada solamente en los grandes puertos de aquella época.

El florecimiento de las ciencias y de las artes durante el Renacimiento no produjo, sorprendentemente, el despertar de la conciencia sanitaria y debieron pasar algunos siglos más para que el hombre civilizado emergiera de la ignorancia, los prejuicios, el fatalismo y el desinterés, y adquiriera el concepto de la dignidad humana y comprendiera el valor de su salud y la de sus semejantes.

Los verdaderos precursores del cambio fueron el inglés **Edward Jenner** y el alemán **Johann Peter Frank**. Jenner, con su descubrimiento en 1798 de la vacuna "vaccinia" para la protección contra la viruela, creó el primer método científico y efectivo para la prevención de una enfermedad. Frank, con su monumental obra en 18 volúmenes "Un Sistema Completo de Policía Médica", publicados en 1779 y 1817, dejó claramente establecidos, por primera vez, los conceptos y principios que deben regir la acción de un gobierno para la protección de la salud.

En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad. Resaltan también los trabajos de W. Farr, quien en polémica con Chadwick señalaba que las condiciones de salud de los trabajadores se debían al exceso de trabajo que los mataba de inanición. En Alemania Rudolf Virchow, un gran patólogo de la época, al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que "la política es medicina en gran escala", mostrando con ello que las transformaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud. A mediados del siglo XIX casi todos los médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas que llevaban la enfermedad a las personas. Otro grupo de médicos, sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de "cazadores de microbios". Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la salud Pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable,

drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX.

Pero la salud pública como filosofía social, como práctica administrativa y como política de gobierno, tiene su verdadero comienzo recién a mediados del **siglo XIX** gracias a las ideas, empeño y tenacidad del abogado Edwin Chadwick y el doctor John Simon en Inglaterra y el librero Lemuel Shattuck en los Estados Unidos.

Con el progreso de los métodos y medios para el diagnóstico precoz, el desarrollo de la quimioterapia, los antibióticos y las técnicas quirúrgicas y su evidente efecto sobre la prolongación de la vida humana, se abre paso y afianza el concepto de justicia distributiva, de que todos estos beneficios deben alcanzar a toda la comunidad y, como corolario, se incorporan a la terminología y a las acciones de salud pública, las palabras “restauración” y “recuperación” de la salud. Se llega paulatinamente así a la “atención médica integrada” como temática básica de la teoría y práctica de la salud pública.

La expansión de la agricultura, el desarrollo industrial, la creación de grandes conglomerados humanos, la elevación del nivel de educación de las masas, nuevos hábitos y facilidades alimenticias, la velocidad de los transportes y el progreso de la ciencia y la tecnología, que han multiplicado la capacidad de acción del hombre, han hecho de éste un protagonista más y más activo dentro de su ecología y, como consecuencia, un factor más decisivo en el desarrollo de la vida de sus semejantes. De allí la enorme importancia que han adquirido los factores sociales y económicos en la salud pública de los países desarrollados, donde la prolongación del promedio de vida va transformando el panorama de la patología, predominando ahora las enfermedades cardiovasculares y nerviosas, el cáncer, los accidentes y otras afecciones degenerativas, sobre las tradicionales enfermedades infecciosas, poniéndose cada vez más en evidencia la enorme importancia de los defectos y determinismos genéticos.

**La salud pública de nuestros días debe, pues, entrar en nuevos terrenos, encarar nuevos problemas, con una programática diferente en su enfoque y en su técnica.** Este curso en la evolución de los conceptos no implica que éstos tengan una aplicación universal, en un mundo con tantos niveles diferentes de desarrollo. No se

debe caer en el ingenuo optimismo y el fácil entusiasmo de creer que este avance es válido para todos los rincones de nuestro planeta.

**La salud pública es una ciencia aplicada en su definición y pragmática en su aplicación; su objetivo y metodología deben, por lo tanto, ajustarse a las condiciones de cada lugar y cada circunstancia.** Vastas porciones del mundo están recién emergiendo de los moldes de una vida primitiva, donde todavía juegan un papel predominante las condiciones geográficas y los tradicionales agentes infecciosos y parasitarios, entremezclados ahora con elementos de la vida moderna y otras creaciones de la civilización actual.

La evolución de los conceptos sobre Salud Pública impone **una definición actualizada** de la misma. Para algunos autores “**es la suma de la salud de los individuos que componen una comunidad**”. Para Winslow “**es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y para el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad**”.

La **Asociación Americana de Salud Pública** resume su interpretación de los términos en **tres esferas de acción: fomentar la salud del individuo y de la colectividad, conservar un ambiente sano, y atacar decididamente la enfermedad y la invalidez.** Para otros autores, como **Freeman y Holmes**, Salud Pública es una denominación que **define tanto el estado de bienestar de la comunidad como el estado de aquellas estructuras, instalaciones y formas de acción que la comunidad aplica para conservar la salud colectiva.**

De todas estas definiciones surge que “Salud Pública” es una condición o grado de bienestar físico, mental y social de la comunidad; una ciencia y un arte cuyo objetivo es promover y procurar el más alto nivel de ese bienestar; una **actividad multiprofesional especializada en la aplicación de ese arte y esa ciencia;** una

programática racional destinada a convertir en hechos los objetivos trazados según un orden lógico de prioridades y bajo el principio de una sana justicia distributiva; un conjunto de estructuras y condiciones físicas, administrativas, legales y financieras que aseguren la efectividad y continuidad de las acciones; una evaluación permanente de los resultados y los métodos empleados, con una apertura para la investigación de todos los fenómenos que afectan a la vida del hombre y de la comunidad para asegurarle el goce pleno de sus derechos a la salud y el bienestar físico, social y económico.

## 2. SALUD COMUNITARIA Y SOCIAL, MEDICINA PREVENTIVA Y MEDICINA SOCIAL-COMUNITARIA

**La Salud comunitaria y Social** se dedica al estudio y mejoramiento de las características de salud de las comunidades. Esta área está focalizada en el desarrollo de los conocimientos y habilidades necesarias para responder a los desafíos de las necesidades comunitarias en salud, especialmente de los grupos más desprovistos, con un enfoque participativo de la comunidad.

Es por ello que se incorporan varias disciplinas e incluyen, entre otros, el desarrollo activo del rol cívico de los médicos y demás profesionales de la salud, el asesoramiento e intervención en salud comunitaria, el desarrollo de programas de planificación y evaluación y de métodos de investigación basados en la comunidad, la práctica y política de los servicios públicos basados en problemas de salud; la economía de la salud y las competencias culturales y estrategias organizacionales necesarias para trabajar con diversas comunidades.

Se les da competencia a las áreas de economía, derecho, sociología, educación, psicología, ciencias sociales, permitiendo, en su conjunto, transformarse en un potente aliado de las distintas comunidades que necesitan fortalecer sus programas de salud, por medio de la docencia, la investigación y la extensión.

### Misión

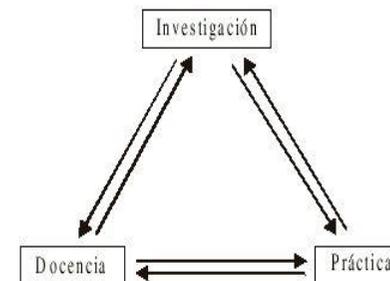
Combinar el conocimiento, la visión y la experiencia en salud comunitaria de nuestro cuerpo académico, con la experiencia de distintas organizaciones de salud comunales, estableciendo una alianza que permita la generación, análisis y disseminación de información relevante, el desarrollo de proyectos de investigación

conjunto y el establecimiento de programas académicos dirigidos a formar una fuerza profesional altamente motivada para entregar a nivel local salud integral, a un costo que la comunidad y el país puedan solventar.

### Visión

Transformar el Programa de Salud Comunitaria y Social en un referente de excelencia nacional e internacional en la generación de conocimientos y formación de equipos interdisciplinarios con liderazgo, que ayude a mejorar las condiciones de salud físicas, psicológicas y sociales de la comunidad, en su compromiso con la sociedad y el desarrollo del país.

Actividades del equipo en la intervención comunitaria:



**Investigación:** para la producción de nuevos conocimientos, tanto del estado de salud de la población y sus componentes, como de sus determinantes: el modo y los estilos de vida, el medio ambiente natural, los servicios de salud y los factores biogénéticos, así como de las respuestas de la sociedad a los problemas de salud.

**Docencia:** para la reproducción y enseñanza de los nuevos conocimientos en todos los niveles, tanto en pregrado como en posgrado, manteniendo la educación continuada en el estudio de las disciplinas más importantes y puntuales que la integran. La educación o capacitación es una de las tareas más importantes. Al graduarse se le considera como un especialista o profesional de la SP y que tradicionalmente se ha denominado como salubrista o sanitarista.

**Práctica:** respuesta y acciones organizadas de la sociedad para dar solución a los problemas y necesidades de salud de los individuos y población. Necesidad de estudiar y aplicar las Reformas de los Sistemas y de nuevos modelos, y su perfeccionamiento. Las reformas son consideradas como procesos de cambios estructurales profundos en lo político, lo técnico y lo administrativo, para lograr a mediano o largo plazo, la cobertura de servicios de salud para la población y lograr: equidad, solidaridad, universalidad, integridad, participación, descentralización. Para la práctica, la Salud Pública es imprescindible en el cumplimiento de algunos componentes fundamentales.

Componentes de la salud comunitaria como práctica:

- La SC es una ciencia multidisciplinaria y de amplio alcance.
- El enfoque de la atención es individual y colectivo, poblacional.
- La salud y enfermedad se consideran como un proceso determinado por múltiples causas.
- Incluye el ambiente físico, químico, biológico y el social.
- Orientación integral: Prevención primaria, secundaria y terciaria; y primordialmente de la promoción y prevención de enfermedades.

Como ejemplo: en la Salud comunitaria, intervienen no solo aquellas disciplinas relacionadas directamente con la Salud (enfermeras, psicólogos, nutricionistas, trabajadoras sociales, médicos etc.) sino aquellas que pareciendo lejanas a la salud están directamente implicadas: los legisladores son los que elaboran leyes que definen garantías sobre la vida, derechos de los niños, violencia de género etc. que tienen que ver con la salud; los arquitectos e ingenieros deben construir proyectos habitacionales que cumplan con normas higiénicas y de seguridad etc., así se podría nombrar como cada ciudadano ó Institución tiene que ver con la salud, transfiriendo en los profesionales de la salud, saberes que ayudarán a la práctica diaria comunitaria, para la mejor atención de la misma.

### Medicina Preventiva

La medicina preventiva es la especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. El campo de actuación de la medicina preventiva es mucho más restringido que el de la

Salud pública, en la que interviene esfuerzos organizativos de la comunidad o los gobiernos.

La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria. Tiene distintas facetas según la evolución de la enfermedad, y se pueden distinguir cuatro tipos de prevención en medicina.

### Medicina Social - Comunitaria

La medicina comunitaria es la realización de la medicina integral, mediante la aplicación de las acciones preventivas y curativas del medio ambiente con la participación activa de la comunidad organizada. Según Devoto, "solo una participación activa de la comunidad, en una empresa que otorgue salud, en cuyo seno exista un espíritu de comunidad de trabajo, realizado mediante métodos democráticos y de autogestión, podría ser el fundamento de una medicina comunitaria". En esta visión, las acciones integradas de salud, serían las medidas de protección, promoción, recuperación y rehabilitación, realizadas por un equipo de salud. Se percibe en este enfoque el énfasis en el equipo de trabajo polivalente -cuyo liderazgo podría caberle o no al médico-, en la necesidad de que el profesional de salud se torne miembro de la comunidad para desarrollar una mayor confianza y aproximación con el pueblo, y en la identificación de líderes.

Consideramos la intervención en salud comunitaria como una estrategia de intervención sanitaria, cuya finalidad es la mejora de la salud de una comunidad definida.

La salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud- enfermedad, la aplicación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y microsociales, y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones.

El adjetivo «sanitaria» para la estrategia de intervención que define la salud comunitaria responde a que los servicios sanitarios en la intervención tienen un papel importante, y dentro de ellos son los del primer nivel de atención, la atención primaria (AP).

Para la atención Primaria (AP) hay un antes y un después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma-Ata (Karzajistán) en 1978, en cuya Declaración se proponía la cobertura universal por los servicios de AP y el desarrollo de sistemas nacionales de salud. En la definición de APS de Alma-Ata ya se contempló como uno de sus requerimientos la participación ciudadana.

La Medicina Social se consideró originalmente como la ciencia que estudia la influencia de los problemas sociales sobre la salud y la enfermedad y sus principios fueron enunciados por Newman de la forma siguiente:

- La salud del pueblo es un problema de toda la sociedad;
- La sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros;
- Las condiciones sociales determinan la salud y la enfermedad y deben ser estudiadas;
- La terapia médica debe estar junto a la social.(9)

En definitiva hay un enfoque ó modelos, uno desde lo social y comunitario y otro desde lo individual y biológico..

El primero es interdisciplinario, actúa un equipo de profesionales que intervienen en conjunto sobre los problemas de la comunidad ( enfermeras, trabajadoras sociales, sicólogas, nutricionistas, médicos, etc.) con un compromiso sobre la población y sus factores e riesgo, abordando una conducta participativa de todos los involucrados.

El modelo del médico biólogo y hegemónico estudia al individuo y su patología, brindando sus saberes que se complementan con la atención social.

La medicina individual y biológica no está divorciada del modelo social y comunitaria, ambos corren por carriles paralelos y cada cual actuará según la necesidad de salud que se trate. Ej. Es imprescindible conocer el medio ambiente y sus factores de riesgo para atender de manera integral e interdisciplinaria al sujeto en cuestión, pero en el caso que se trate de una patología con complejidades, deberá ser tratada con equipos que manejen la complejidad y éstos equipos son aquellos formados por Médicos Especialistas capaces de solucionar estas patologías.

Desde el año 2002, todos los 12 de julio se celebra en nuestro país el **Día Nacional de la Medicina Social**, en homenaje a todos los médicos que se desempeñan en esa área.

Fue elegida esa fecha pues ese día en 1923 nació el Dr. René G. Favaloro, considerado el padre de la Medicina Social en Argentina.

Favaloro se graduó en el año 1949 como médico en la Universidad Nacional de La Plata, y realizó su practicanato en el Hospital Policlínico de La Plata, donde obtuvo un panorama general de todas las patologías y tratamientos. Ejerció 12 años como médico rural en la localidad de Jacinto Aráoz donde fue el “médico de todos” logrando un cambio actitudinal en la comunidad, hasta que en 1962 se fue a USA a la Cleveland Clínica donde ganó fama y prestigio mundial.

La Medicina Social propende el pensamiento clínico epidemiológico con un enfoque social, centra su actividad en la salud del individuo, la familia y la comunidad, por lo tanto tiene gran influencia sobre la conducta y los estilos de vida analizando los problemas vitales del hombre.



***En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente y los conceptos éticos y morales; entonces la ciencia y la conciencia estarán siempre del mismo lado, del lado de la humanidad.***

**DR. RENÉ FAVALORO**

### 3- CONCEPTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y NIVELES DE PREVENCIÓN:

La medicina preventiva fue definida por Leavell y Clark como **“la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y mental”**. En efecto, al considerar la enfermedad como la resultante de un proceso evolutivo, fue posible definir los niveles de prevención. **La aplicación de medidas en cada uno de los niveles permitió evitar la enfermedad o interrumpir su progreso en el individuo, promoviendo y manteniendo la salud.**

Toda la atención sanitaria, como conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir **tres funciones básicas**: prevención primaria, secundaria y terciaria.

La **prevención** es el conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos y tiene las siguientes características:

- Constituye la aplicación de medidas orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas en grupos de riesgo definidos, reduciendo su incidencia en la población general.
- Exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad.
- Está destinada a los grupos de riesgo y es llevada a cabo por profesionales de la salud.

Es **primaria** cuando está dirigida a evitar que la población corra el riesgo de enfermar, para lo cual promueve la salud mediante la educación sanitaria a fin de que la población asuma responsabilidades como agentes de su propia salud, y protege evitando la ocurrencia de la enfermedad mediante actividades y medidas como refuerzo alimenticio, inmunizaciones, exámenes periódicos de salud, higiene personal, de la vivienda, de lugares de trabajo y públicos, protección respecto a accidentes, etc... Son ejemplos de actividades de prevención primaria:

- **Promoción de la salud:** nutrición, higiene personal, desarrollo de la personalidad, vivienda, recreación, hábitos y costumbres, saneamiento ambiental...
- **Protección específica:** inmunizaciones, riesgos ocupacionales, accidentes, identificación y control de factores de riesgo, endemias...

Es **secundaria** cuando está dirigida a detectar y diagnosticar precozmente la enfermedad, asegurando el tratamiento inmediato y previniendo la difusión de transmisibles, complicaciones, secuelas y muerte. Son ejemplos de actividades de prevención primaria:

- **Diagnóstico precoz:** examen médico periódico, estudios epidemiológicos de screening, encuestas de morbilidad...
- **Tratamiento oportuno:** inmediato al diagnóstico, adecuado al paciente y a su enfermedad, facilidades en el acceso al tratamiento...
- **Limitación de la incapacidad:** seguimiento del paciente, educación respecto los cuidados necesarios y cambios de hábitos y costumbres...

Es **terciaria** cuando está dirigida a **rehabilitar** y lograr la **reinserción social** de los enfermos. Son ejemplos de actividades de prevención primaria: terapia ocupacional, asistencia psicológica, empleo del discapacitado, facilidades hospitalarias y comunitarias para el adiestramiento y la reeducación, promover la aceptación social del “discapacitado” y evitar su discriminación...

**Prevención primaria, secundaria y terciaria no se dan por separado, sino que configuran una unidad en salud.** Así, por ejemplo, si un pediatra aconseja a un niño una correcta dieta alimenticia está previendo la aparición de transmisibles que, en un organismo sin defensas, puede llevar a la muerte, pero a la vez asegura todo el potencial psicofísico que le permitirá un buen aprendizaje escolar y, en lo futuro, su incorporación al proceso productivo.

A estos tres niveles se les ha agregado la noción de **prevención primordial**, que trata de **modificar las condiciones subyacentes que conducen a la exposición**. Incorpora factores desencadenantes que se encuentran fuera del sector salud (tales como desarrollo económico y social, educación y vivienda). **Dichos factores crean salud y modifican las condiciones que generan y estructuran la distribución desigual de exposiciones nocivas para la salud.** La idea de prevención primordial transmite la noción de que los modelos individuales de salud deberían expandirse para incorporar aspectos de la sociedad que influyan tanto en la extensión como en la distribución de la salud en las poblaciones.

En el siguiente cuadro vemos la relación entre los niveles de prevención, la historia natural de la enfermedad y las actividades y objetivos de las medidas preventivas de cada nivel:

**4- FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PUBLICA:**

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA			PREVENCIÓN Terciaria
Período prepatogénico: interacción entre el individuo y el ambiente		Período patogénico:			
		Paciente asintomático o con síntomas iniciales	Paciente con signos y síntomas	Paciente con complicaciones	Muerte, estado crónico con incapacidad o curación
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación y reinserción social
Destinada a la poblac. sana para elevar los niveles de salud de los individuos y la comunidad	Destinada a la poblac. en riesgo para mejorar y mantener su nivel de salud y proteger a los individuos de las diversas noxas	Evitar la difusión de enfermedades transmisibles, detectar los procesos patológicos en forma temprana	Detener la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del enfermo	Acortar el período de incapacidad, evitar la muerte y prevenir lesiones y secuelas o disminuir su gravedad.	Desarrollar al máximo las potencialidades remanentes, prevenir la enfermedad mental secundaria, disminuir los efectos sociales y económicos de la invalidez.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el de mejorar la salud de las poblaciones.

Previo a esta formulación sólo se consideraban como funciones básicas en Salud Pública a la evaluación, la formulación de políticas y el aseguramiento.

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas" (2000), definió once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública.

Los Ministerios o Secretarías de Salud pueden a través de este instrumento identificar, no solo los factores críticos que deben tener en cuenta para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la infraestructura institucional de la salud pública, sino también los mecanismos de gestión y recursos materiales necesarios para que la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), en sus diferentes niveles de intervención, pueda ejercer de manera óptima las funciones que le competen.

Las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son:

- 1- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud.
- 2- Vigilancia de la Salud Pública y control de riesgos y daños.
- 3- Promoción de la Salud, con énfasis en Enfermedades no transmisibles.
- 4- Participación de la Comunidad, principalmente a través de la estrategia de Municipios Saludables.
- 5- Fortalecimiento de la capacidad institucional de Regulación y Fiscalización en Salud.
- 6- Desarrollo de Políticas y Capacidad institucional de Planificación y gestión en Salud.
- 7- Evaluación y Promoción del acceso equitativo a los servicios de Salud.
- 8- Desarrollo de Recursos Humanos y capacitación en Salud.
- 9- Garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos.
- 10- Investigación desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud
- 11- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud



**1- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud**

- Evaluación de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos.
- Manejo de estadísticas vitales y de la situación de grupos de riesgo.
- Generación de información para la evaluación de desempeño de los servicios.
- Identificación de recursos disponibles que puedan mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida.
- Desarrollo de la tecnología para el manejo y difusión de la información.
- Definición y desarrollo de mecanismos de evaluación de la calidad.

**2- Vigilancia de la Salud Pública y control de riesgos y daños**

- Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y

los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

- Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- Instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.

**3- Promoción de la Salud, con énfasis en Enfermedades no transmisibles**

- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.

**4- Participación de la Comunidad, principalmente a través de la estrategia de Municipios Saludables.**

- Refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables.
- Apoyo a la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

**5- Fortalecimiento de la capacidad institucional de Regulación y Fiscalización en Salud**

- Definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones de política sanitaria a través de un proceso participativo coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan.
- Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- Desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- Desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

#### **6- Desarrollo de Políticas y Capacidad institucional de Planificación y gestión en Salud**

- Capacidad institucional para el desarrollo del marco regulatorio con el fin de proteger la salud pública y su fiscalización.
- Capacidad para generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

#### **7- Evaluación y Promoción del acceso equitativo a los servicios de Salud**

- Promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.
- Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.
- Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios.
- Colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud.

#### **8- Desarrollo de Recursos Humanos y capacitación en Salud**

- Identificación de un perfil para los recursos humanos adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
- Educación, capacitación y evaluación del personal con el fin de prepararlos para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
- Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.
- Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional para los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural.
- Formación ética del personal con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

#### **9- Garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos**

- Incorporación de sistemas de evaluación y mejoramiento de su calidad.
- Fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad.
- Definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- Instauración de un sistema de evaluación de tecnologías que colabore en los procesos de adopción de decisiones del sistema y contribuya a mejorar su calidad.
- Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad.
- Incorporación de sistemas de evaluación de satisfacción de los usuarios y su utilización para mejorar la calidad de los servicios.

#### **10- Investigación desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud**

- Investigación dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones.
- Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en la materia cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecimiento de alianzas con centros de investigación e instituciones

académicas, con el fin de realizar estudios que apoyen la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria.

#### 11- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

#### 4- MEDICINA SOCIAL:

Ya desde los tiempos primitivos se estableció una correlación entre el hombre y el mundo que lo rodea y, a lo largo del tiempo, con la estructura social. Al principio lo somático podía en muchos casos identificarse con lo personal, lo individual. En cambio, lo que correspondía al mundo espiritual, por lo amplio y desconocido de las fuerzas que podían intervenir, se fue identificando con lo general, con la vida misma del grupo. De ahí el desarrollo de un patrón cultural, individual y grupal frente a la enfermedad y la muerte.

En la antigüedad, los problemas del ambiente y las acciones contra las epidemias ya eran funciones del gobierno. Durante la Edad Media, las acciones de salud fueron una importante función de la administración local. Con el correr de la historia, la salud pública fue cobrando, poco a poco, un desarrollo mayor. Dentro de ese proceso, se pasó de los niveles particulares a los públicos, ampliando a la vez la gama de situaciones que son motivo de preocupación y organización.

La revolución industrial del siglo XIX, tuvo su influencia en la medicina, debido a los problemas de salud que afligían a los trabajadores a consecuencia de los nuevos riesgos derivados de sus nuevas condiciones de trabajo y de vida. En 1842, Edwin Chadwick, en Inglaterra, denunció pérdidas de producción de los trabajadores por

enfermedad y muertes prematuras debidas a malas condiciones de trabajo. La preocupación por las consecuencias sociales de la enfermedad dio lugar al desarrollo conceptual del círculo vicioso entre la enfermedad y la pobreza, que Winslow esquematizara posteriormente en un triángulo (enfermedad-pobreza-ignorancia). En 1848, se crea en Inglaterra, la primera ley de salud pública.

Aquel mismo año, en Alemania, decía Virchow: “Los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción. La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”. En estos conceptos revolucionarios en medicina se puede rastrear el comienzo de la salud pública actual, que por aquel entonces fue llamada *medicina social*.

El enfoque primitivo que prevaleció fue individualista y centrado en la enfermedad, aunque desde un comienzo existieron preocupaciones colectivas por la salud. Las obligaciones del médico fueron así fijadas en relación con sus responsabilidades para con los pacientes y no resulta fácil encontrar en el mundo legislaciones que contemplen el deber y las responsabilidades sociales del médico. De hecho, los códigos de ética de las asociaciones de profesionales solo establecen la conducta debida en las relaciones entre médicos y pacientes. Ello responde al enfoque individualista de la medicina que - aunque discontinuo en ocasiones- predominara extensamente a lo largo del tiempo. No obstante, la tendencia ha sido la de revalorizar la responsabilidad social de la medicina. En efecto, el concepto actual de salud - su propósito último – *ya no supone meramente la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, mental y social para toda la población*.

La medicina social, conocida a través de S.N.Morris como la ciencia que estudia las relaciones existentes entre la salud y la enfermedad del ser humano, y sus condiciones sociales, patrones culturales y formas de organización social, había sido definida por René Sand como la parte de las ciencias sociales que estudia los factores médicos que hay en las cuestiones sociales o, dicho de otra manera, que estudia los factores sociales que hay en las cuestiones médicas. La “medicina y lo social” se integran así conceptualmente a partir de estas definiciones como partes interdependientes de un todo que es la salud de la población.

Vemos, entonces, cómo desde la medicina definida como ciencia y arte de prevenir y curar las enfermedades se pasó a la medicina preventiva y social y se llegó a la *salud*

*pública*, definida por Winslow como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, por medio de esfuerzos organizados de la comunidad”.

### BIBLIOGRAFÍA:

- ✓ Capítulos 1,7. Salud Comunitaria. Dr. Sixto González. Año 2000.
- ✓ Dr. Benito Narey Ramos Domínguez. políticas y estrategias de salud. La Nueva Salud Pública .ISCM-H. Facultad Manuel Fajardo .Rev. Cubana Salud Pública v.26 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 2000. revista cubana de salud pública. versión On-line ISSN 0864-3466
- ✓ Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México 1985; 27(5):438-53.
- ✓ Frenk J. La salud pública campo del conocimiento y ámbito para la acción. Rev. Salud Pública Méx
- ✓ Gérvas J, Pérez Fernández M. Los límites de la prevención clínica. AMF. 2007; 3(6):352-60
- ✓ Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 269.
- ✓ Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. PrimaryCare.2010;10(18):350-4
- ✓ La Salud y sus determinantes. Salud Pública. Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Tucumán.
- ✓ Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Conferencia de Expertos. Madrid; 21 de abril de 2010
- ✓ Módulo para Salud Comunitaria 2. Cátedra de Salud Comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Año 2004.
- ✓ PAHO. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa (Canadá), 21 de noviembre de 1986.
- ✓ Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.
- ✓ Restrepo Vélez O. Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía?. Avances en Enfermería. 2003; 21:49-61. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/2003\\_1.htm](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/2003_1.htm)
- ✓ Revista de la Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Año 1994, volumen 4 Nº 1 Pág.: 89.Córdoba, Argentina.
- ✓ Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ. 2004; 167:363-4.
- ✓ Universidad Diego Portales. Facultad de Medicina. Programa de Salud Comunitaria y Social



# ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD parte I

Unidad IV

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

### 1- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA APS:

En el año 1953 la Asamblea Mundial de la Salud había afirmado que “la asistencia en materia sanitaria debe tener como objeto, ante todo, fortalecer los servicios sanitarios básicos de cada país y hacer frente a los problemas más urgentes que afecten a amplios sectores de la población, teniendo debidamente en cuenta el estado de desarrollo social y económico del país de que se trate”.

En el año 1973, la Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Ginebra, inició la consideración de un informe elaborado por un grupo de expertos que procedían de países en desarrollo, que comenzaba diciendo con un diagnóstico muy duro, que “la noción de servicios básicos de salud había perdido utilidad ya que había evolucionado de tal manera con el tiempo que ya no excluye prácticamente ninguna forma de servicio, y que el desarrollo de los mismos va en muchos países a la zaga del crecimiento demográfico, tanto cuantitativa como cualitativamente, y que esta situación lleva camino a empeorar”.

Continuaba el informe diciendo que el descontento de la población con los servicios de salud era general y no se limitaba a los países en desarrollo, y que las causas de ese descontento se pueden resumir del modo siguiente:

- Incapacidad de conseguir que los servicios respondan a los deseos de la población.
- Imposibilidad de lograr una cobertura nacional suficiente para satisfacer la demanda manifiesta y para adaptarse a la evolución de las necesidades.
- Incapacidad de los servicios para eliminar las importantes diferencias existentes en cuanto a la situación sanitaria entre los distintos países o, en el interior de un mismo país entre los distintos grupos de población.
- Sentimiento de impotencia del usuario.

En síntesis, la salud mundial, para aquel informe, año 1973, estaba en crisis y finalizaba diciendo: “y como se trata más de participar que de aconsejar, la ayuda debe concebirse de modo que aporte a los servicios de salud mejoras perceptibles y objetivamente definidas”.

Posteriormente, una comisión integrada por representantes de varios países comenzó la tarea de estudiar el funcionamiento de varios sistemas de salud y analizar las razones que pudieran explicar su éxito. Equipos mixtos de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) visitaron cada país y más de 80 expertos en salud pública produjeron monografías. El informe final sirvió para reorientar las políticas sanitarias a nivel mundial con el título de: “Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo”. Los autores afirmaban que era necesario un cambio profundo para la formulación de políticas nacionales que modificaran la distribución del poder, la estructura de los órganos encargados de la adopción de decisiones, la actitud y la dedicación de los profesionales de la salud y de los administradores que trabajan en los ministerios de sanidad y en las universidades y, en fin, la conciencia que tiene la población de las prestaciones a las que tiene derecho.

Los países en desarrollo necesitaban un nuevo tipo de personal sanitario. Las campañas masivas que se llevaron a cabo en los años de la década del 50 y 60 contra las enfermedades, habían movilizado a un importante número de personal auxiliar que adiestrado en diferentes actividades trabajaban como parte del servicio de salud.

Esa idea ya se había materializado en China con los “agentes de salud comunitaria”, que satisfacían las necesidades esenciales de la mayoría de la población. Esta forma de trabajo no requería grandes inversiones financieras y empleaba tecnologías médicas apropiadas a la situación del país y contaba con la participación activa de la comunidad. En las zonas rurales, donde vivía el 80 % de la población, el éxito del sistema se debió en gran parte a la labor de trabajadores de salud a jornada parcial, los llamados “médicos descalzos”, que habían recibido capacitación durante unos pocos meses después de haber sido elegidos por la comunidad de entre sus miembros, la cual también los remuneraba. Prácticamente olvidada por la comunidad sanitaria internacional, China había desarrollado un nuevo tipo de trabajador de salud, que al parecer se adaptaba idealmente a las necesidades de los países en desarrollo. Una vez divulgada esta novedad, el médico descalzo de China llevaba camino a convertirse en el héroe sanitario del decenio.

El informe introdujo la idea y conceptualización de “Atención Primaria de Salud”, que con el tiempo serviría de bandera de la O.M.S. para los próximos años. Pedían a la

O.M.S. y UNICEF que desarrollara un programa para ampliar la atención primaria de salud a los habitantes de países en desarrollo. En aquella época no se percibía su necesidad para los países industrializados.

Finalmente, la Asamblea Mundial de la Salud del año 1975 aprobó la propuesta de elaboración de un programa con actividades de la atención primaria y la celebración de una conferencia internacional para estudiar la forma de introducir y realizar dicha forma de atención.

Se inició entonces un período con reuniones nacionales, regionales e internacionales para discutir y enriquecer al camino que se había iniciado con esta nueva orientación.

Se comenzaba a instalar el pensamiento de que no se debían mantener las injustas diferencias sanitarias en los países y regiones del mundo, lo cual llevó a que la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1977 declarara que “la principal meta social de los gobiernos y de la O.M.S. en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

Al año siguiente, exactamente el 6 de septiembre de 1978, en Alma Ata (capital de la República de Kazajstán, ex U.R.S.S.), se reunieron delegados de 134 países y 67 organizaciones gubernamentales para dejar inaugurada la Conferencia que después de 6 días produjera la “Declaración de Alma Ata”.

El Presidente del Consejo Ejecutivo de la O.M.S. en aquel momento, Sir John Reid diría después: “...muchos delegados fueron a Alma Ata pensando que sería otra conferencia internacional más. Sin embargo, pronto se dieron cuenta de que iba a ser algo especial, incluso histórico”.

“La Declaración de Alma Ata, de sólo 1000 palabras y dividida en 10 artículos como si fuera un tratado, habría de convertirse en un documento histórico para la salud internacional”.

La Declaración de Alma Ata en 1978 inauguró una nueva era en el sector de la salud. Se entendió que para garantizar la salud hay que **desarrollar sistemas sanitarios basados en la estrategia de la atención primaria de la salud con una perspectiva a largo plazo.**

### 2- SIGNIFICADO DEL CONCEPTO “SALUD PARA TODOS”

La Salud para todos significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado, por lo cual se debe bregar y trabajar para eliminar los inconvenientes y barreras que impiden alcanzarla como lo son la pobreza, la malnutrición, el analfabetismo, la falta de agua potable, etc. y considerarla como un objetivo del desarrollo económico. Las personas que viven en esas condiciones necesitan de una vida distinta y nuevas oportunidades para alcanzar niveles más elevados.

La “Salud para todos” es un concepto global que exige el desarrollo y el común esfuerzo en la industria, agricultura, vivienda, enseñanza y las comunicaciones, tanto como en la medicina y la salud pública. La asistencia médica por sí sola no alcanza para asegurar la salud a las poblaciones marginales que sufren sus consecuencias.

Cuando un gobierno adopta “salud para todos” significa que debe tomar las medidas y provocar los cambios necesarios para permitir y facilitar a cada persona que alcance una mejor calidad de vida.

La “Salud para todos” es una definición política y dependerá de esa voluntad para aplicar la estrategia de la atención primaria de la salud, por lo tanto el éxito de ésta dependerá de que se entienda claramente el profundo sentido doctrinario y político que convierte a la salud para todos en una definición y desafío para provocar profundos cambios de mentalidades y estructuras.

### 3- CONCEPTO DE APS EN LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA

La definición política de la salud para todos requería de una estrategia, curso de acción para alcanzar los objetivos, por lo cual se toma a la atención primaria de salud como la base de la estrategia y se la define como **“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación”.**

#### 4- DECLARACIÓN DE ALMA ATA. OMS, 1978:

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

**I:** La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

**II:** La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por lo tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

**III:** El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

**IV:** El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de la salud.

**V:** Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de los pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el

año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida sana y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

**VI:** La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

**VII:** La atención primaria de salud es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública. Se orienta hacia los principales problemas de salud e la comunidad y presta los servicios de promoción, protección, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas. Comprende, cuanto menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia maternoinfantil con inclusión de la planificación de la familia, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y, el suministro de medicamentos esenciales. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos

sectores. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

**VIII:** Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

**IX:** Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto O.M.S./UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

**X:** Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la O.M.S., al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

### 5- IMPLEMENTACIÓN DE LA APS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS:

**El siguiente texto es un fragmento del artículo "Preguntas y respuestas a 25 años de la Conferencia de Alma-Ata" de la Organización Panamericana de la Salud.**

#### ¿Cómo se instrumentó la aplicación de la APS en los países de las Américas?

La definición original de APS la planteaba de manera implícita como una estrategia para el desarrollo de la salud, así como también un nivel de atención de servicios de salud. En las Américas, la atención primaria de salud fue adoptada y adaptada por cada país de acuerdo a sus propias realidades y condiciones sanitarias y socioeconómicas. Bajo esta perspectiva, numerosos países han concebido la APS como un nivel primario de atención, es decir, como el punto de contacto con la comunidad y puerta de entrada de la población al sistema de salud. Otros la interpretaron exclusivamente como una herramienta de justicia social: la posibilidad de brindar atención de salud a las poblaciones pobres y marginadas, sin acceso a los servicios, proceso que se denominó "APS selectiva". Pero la visión prevalente en la Región es clara y categórica: APS no es un paquete de "intervención limitado para la gente pobre", sino la estrategia básica de los sistemas para el logro de mayores coberturas y equidad.

### ¿Cuál fue el impacto de la APS en la salud de las Américas?

Desde una perspectiva histórica, la estrategia de APS se constituyó en elemento central de las políticas nacionales de salud y las respuestas sectoriales a los problemas de salud en los países de las Américas en los 25 años transcurridos desde Alma Ata. La ganancia neta en la esperanza de vida obtenida en la Región en dicho período se podría considerar un indicador indirecto de la influencia positiva en la salud poblacional de la estrategia de APS. En esos 25 años, se verificó una reducción del riesgo de morir (de 9 a 7 por 1.000 habitantes) y con ello la esperanza de vida al nacer en ambos sexos se incrementó, en promedio, 6 años: de 66 a 72.

### ¿En qué países fue mayor el impacto de la APS?

El impacto de la aplicación de esta estrategia ha sido mayor en aquellos países con menor desigualdad en la distribución de su ingreso, independientemente del nivel absoluto de ingreso. Por el contrario, el impacto de la APS ha sido mucho menor en países pobres y con alta desigualdad en la distribución de ingreso.

### ¿Cuáles fueron las grandes enseñanzas de la aplicación de la APS?

En las Américas, la APS se constituyó en una experiencia pionera de desarrollo de políticas de salud y marcó el inicio de un cambio de paradigmas en la práctica de la salud pública. La APS, al plantear un cambio en el modelo de prestación de servicios, se anticipó a los procesos de reforma sectorial emprendidos en la década de los noventa. También los países utilizaron la estrategia como marco para el desarrollo de recursos humanos en salud. Por otra parte, la APS priorizó la promoción de la salud, reivindicando el carácter anticipatorio y preventivo de la acción sanitaria y desmedicalizando la salud pública.

### ¿Por qué se considera que no se alcanzó la meta de Salud para Todos?

Aunque la revisión y evaluación de la meta de Salud para Todos para 2000 observó importantes avances en la salud de las poblaciones de las Américas, también persisten condiciones adversas para el logro pleno de la meta. Por eso, es necesario renovar la vigencia del lema de Salud para Todos, como poderosa visión de salud requerida para orientar las políticas sanitarias y lograr niveles de salud que permitan

alcanzar una vida social y económicamente productiva para todos los habitantes de las Américas. La renovación de este lema exige revisar los principios de la APS y reafirmar su adopción como estrategia fundamental para el desarrollo de la salud, ya que sus valores siguen vigentes.

### ¿Cuáles son los pasos futuros?

En el contexto de las transformaciones acontecidas en las Américas y la renovada perspectiva de Salud para Todos, la APS tiene un gran potencial como vehículo para satisfacer **cinco desafíos** que se le presentan al futuro de la salud en la Región:

1. garantizar el estatuto de ciudadanía en salud y la universalización de acceso a la vez que priorizar la salud de los grupos menos privilegiados y la reducción de desigualdades en salud;
2. mejorar la salud de la población con reducción de la mortalidad infantil y materna, aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida;
3. alcanzar una atención de salud eficaz que satisfaga a individuos, familias y comunidades, y en la cual participen todos ellos;
4. el desarrollo articulado de los distintos proveedores de salud; y
5. el fortalecimiento de la infraestructura y de las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.

### ¿En qué contexto social y sanitario se desarrolla la APS del siglo XXI?

Hay elementos particularmente pertinentes para la renovación de la estrategia de APS en las Américas como las transformaciones en los perfiles demográficos y epidemiológicos en la Región. En particular, la urbanización y el envejecimiento demográfico; las enfermedades crónicas, la violencia y las discapacidades; el sida y otras enfermedades emergentes; la vulnerabilidad a desastres y a otras circunstancias de impacto ambiental; la diversidad cultural, étnica, de género, de modos de vida y el impacto de otros macro determinantes de la salud: la descentralización político administrativa, los cambios en los modelos de atención y de gestión de los servicios de salud y la diversificación de las respuestas sanitarias tradicionales.

**6- ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD RENOVADA. OPS, 2007.**

**El siguiente texto es un fragmento del documento “La Renovación de la APS en la Región de la Américas” de la Organización Panamericana de la Salud.**

La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y, a su vez, que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas.

Definimos un sistema de salud basado en la APS como:

“Un **enfoque** amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal **objetivo**, al tiempo que maximiza la **equidad** y la **solidaridad** del sistema.”

Un sistema de tal naturaleza se guía por los **principios** propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de **elementos** estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone **énfasis** en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido **marco** legal, institucional y organizativo, además de **recursos** humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

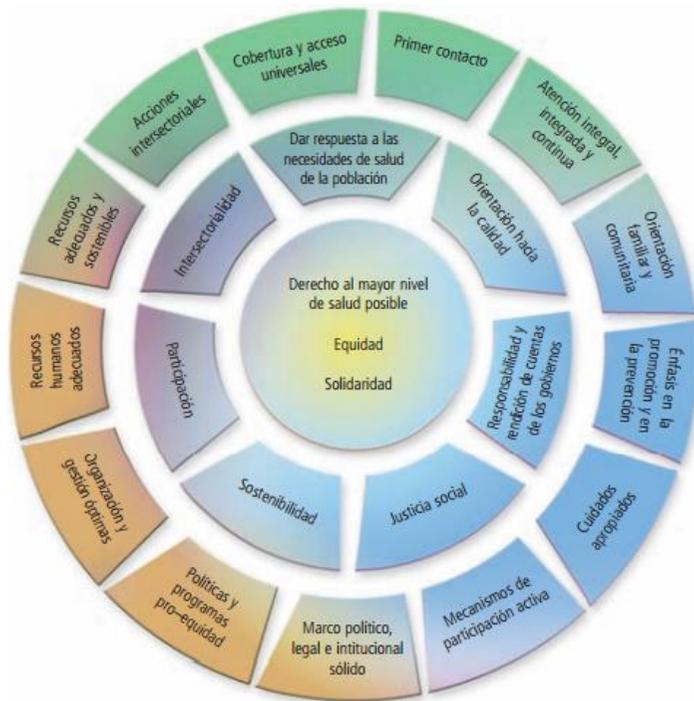
Emplea **prácticas** óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la **participación** individual y colectiva en materia de salud.

Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones **intersectoriales** para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

Si bien la esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma Ata, existen diferencias entre ambas:

- A.** La nueva definición se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países.
- B.** Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad.
- C.** Descarta la idea de que la APS sea un conjunto estipulado de servicios de salud, ya que éstos deben ser congruentes con las necesidades locales en materia de salud.
- D.** De igual modo, descarta que la APS se defina por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben determinarse de acuerdo con los recursos disponibles, las preferencias culturales y la evidencia disponible.
- E.** Reconoce que la APS es algo más que la prestación de servicios de salud en sentido estricto: su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

En el siguiente esquema se visualiza la relación entre los valores, principios y elementos de la APS renovada:



#### VALORES DE LA APS RENOVADA:

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población.

Proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público. Los valores que aquí se describen pretenden reflejar los de la sociedad en general. Algunos pueden tener prioridad sobre otros, o incluso se definen de manera ligeramente diferente de acuerdo con la cultura, la historia y las preferencias de la población.

Al mismo tiempo, un creciente cuerpo de leyes internacionales ha venido definiendo los parámetros necesarios para proteger a los más desfavorecidos de la sociedad creando una base legal que les permita hacer valer su derecho a la dignidad, a la libertad y a gozar de buena salud. Esto implica que el proceso hacia la creación de un sistema de salud basado en la APS debe comenzar por el análisis de los valores sociales y por involucrar y hacer partícipes a los ciudadanos y a los encargados de tomar decisiones en la definición, articulación y priorización de los valores.

- **El derecho al mayor nivel de salud posible** sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en tratados internacionales, entre ellos la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados, y crea Julio 2007 los mecanismos para que los ciudadanos puedan reclamar en caso de que esos compromisos no se cumplan. El derecho al mayor nivel de salud posible es fundamental, al garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población, que haya responsabilidad en el sistema de salud y que la APS se oriente a la calidad, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad, minimizando a la vez los posibles daños a la salud. El derecho a la salud y otros derechos están unidos indefectiblemente a la equidad, y a su vez reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

- **La equidad** en materia de salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad tiene un valor intrínseco porque es un requisito para las capacidades, las libertades y los derechos de las personas. La equidad es una piedra angular de los valores sociales: la forma en que una sociedad trata a sus miembros menos favorecidos refleja el valor que confiere a la vida humana, ya sea de manera explícita o implícita. Apelar simplemente a los valores o a la conciencia moral de la sociedad quizá no sea suficiente para prevenir o revertir las desigualdades en materia de salud. Esto significa que los ciudadanos deben ser capaces de corregir las desigualdades mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales a la salud y a otros derechos sociales. Al hacer de la equidad uno de los valores centrales de un sistema de salud basado en la APS, se busca que las políticas y los programas de salud sean pro-equitativos. La razón de ser de esta postura no es solamente el

logro de una mayor eficiencia, costo–efectividad o calidad, sino más bien que, en una sociedad justa, la equidad debiera considerarse un imperativo moral y una obligación legal y social.

- **La solidaridad** es el grado en el que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta por la conformación de organizaciones de voluntariado y sindicatos, así como otras múltiples formas de participación ciudadana. La solidaridad social es uno de los medios por los cuales la acción colectiva puede superar problemas comunes; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre individuos de distintas clases y generaciones. Los sistemas de salud basados en la APS requieren la solidaridad social para que las inversiones en salud sean sostenibles, para proporcionar protección financiera y mancomunación del riesgo, y para posibilitar que el sector de la salud trabaje conjuntamente con otros sectores y actores, cuya cooperación es necesaria para mejorar la salud y las condiciones que influyen en ella. Es necesaria la participación y la rendición de cuentas en todos los niveles, no sólo para alcanzar la solidaridad, sino también para garantizar que ésta se mantenga a lo largo del tiempo.

#### PRINCIPIOS DE LA APS RENOVADA:

Los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Los principios sirven de puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

- **Dar respuesta a las necesidades de salud de la población** significa que los sistemas de salud se centren en las personas de tal modo que intenten satisfacer sus necesidades en materia de salud de la forma más amplia posible. Un sistema de salud que responda a las necesidades debe estar equilibrado en su enfoque para satisfacer dichas necesidades, tanto si se han definido de forma “objetiva” (por ejemplo, si son definidas por expertos o por normas preestablecidas), como de forma “subjetiva” (por ejemplo, necesidades percibidas directamente por el individuo o por la población). Esto supone que la APS debe atender las necesidades

de la población de forma integral y basarse en la evidencia, al tiempo que debe respetar y reflejar las preferencias y necesidades de las personas independientemente de su situación socioeconómica, cultura, género, raza u origen étnico.

- **Los servicios orientados hacia la calidad** son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño<sup>42</sup>. Cumplir con este requisito requiere dotar a los profesionales de la salud de conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y de los instrumentos necesarios para su actualización continua. La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, y para asignar los recursos de manera adecuada; para ello es preciso contar con métodos de garantía de calidad y de mejora continua de la misma. Para lo anterior, es necesario un liderazgo fuerte e incentivos apropiados de modo que este proceso sea efectivo y sostenible.
- **La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos** asegura que los derechos sociales se garanticen y apliquen, y que los ciudadanos estén protegidos ante cualquier perjuicio. La rendición de cuentas requiere de políticas reguladoras y de procedimientos legales y específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos en caso de que no se respeten. Este principio se aplica a todas las funciones del sistema de salud, independientemente del tipo de proveedor (ya sea público, privado o sin fines de lucro). El Estado, en cumplimiento de sus funciones, establece las condiciones que aseguren los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. En la mayoría de los países, el gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de la atención de salud. Por consiguiente, la rendición de cuentas exige el monitoreo y la mejora continua del desempeño del sistema de salud de forma transparente y sujeta al control social. Los distintos niveles de gobierno (ya sea local, estatal, regional o nacional) necesitan líneas claras de responsabilidad y los mecanismos correspondientes para la rendición de cuentas. Los ciudadanos y la sociedad civil también desempeñan una función importante en lo que atañe a la garantía de la rendición de cuentas.

- Una sociedad justa puede ser vista como aquella que garantiza el desarrollo y las capacidades de todos sus miembros. Por tanto, **la justicia social** implica que las acciones del gobierno, en particular, debieran ser evaluadas por el grado en que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente de los más vulnerables. Algunas estrategias para lograr la justicia social en el sector de la salud incluyen: garantizar que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad; establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejora de la cobertura de los pobres; usar estas metas para asignar recursos adicionales que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas; mejorar la educación y hacer uso de iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planificación y el control del sistema de salud; y, desarrollar acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las desigualdades en materia de salud.
- **La sostenibilidad** del sistema de salud exige de planificación estratégica y compromiso a largo plazo. Un sistema de salud basado en la APS debiera considerarse como el vehículo principal para invertir en la salud de la población. Esta inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la estrategia para combatir los desafíos de la salud del mañana. En particular, el compromiso político es esencial para garantizar la sostenibilidad económica; está previsto que los sistemas de salud basados en la APS establezcan mecanismos —como derechos de salud y deberes gubernamentales específicos y legalmente definidos— que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempos de inestabilidad social o cambios políticos.
- **La participación** convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control

social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

- **La intersectorialidad** en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores para velar por que las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. Para ello es necesario que el sector de la salud participe cuando se tomen decisiones acerca de las políticas de desarrollo. El principio de intersectorialidad se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana.

#### ELEMENTOS DE LA APS RENOVADA:

Los sistemas de salud basados en la APS están conformados por elementos estructurales y funcionales. Dichos elementos se interrelacionan, están presentes en todos los niveles del sistema de salud y deben basarse en la evidencia respecto a su efectividad para la mejora de la salud y su relevancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS. Además, los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS requieren la acción concurrente de algunas de sus funciones principales, como la financiación, la rectoría y la provisión de servicios de salud.

- **La cobertura y el acceso universales** son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal implica que los mecanismos de financiación y de organización son suficientes para cubrir a toda la población, al eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y al proteger a los ciudadanos del riesgo financiero, dándoles a la vez apoyo adicional de forma equitativa y llevar a cabo actividades de promoción de la salud. La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención de la salud, ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS debe racionalizar la ubicación, el funcionamiento y el financiamiento de todos los servicios en cada uno de sus niveles de atención. Requiere también que los servicios sean aceptables para toda la población y ello

implica tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local. Por consiguiente, exige el enfoque intercultural y de género en la provisión de servicios de salud. Por otra parte, la aceptabilidad determina el uso real de los servicios, e influye en la percepción sobre el sistema de salud, incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas recibidas.

- **El primer contacto** se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. Mediante esta función, la atención primaria refuerza la base de los sistemas de salud basados en la APS, representando, en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS fortalece la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, pero tiene a su vez elementos estructurales y funcionales adicionales que trascienden de forma significativa el primer nivel de atención de salud.
- **Atención integral, integrada y continua** implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. A nivel de sistema, la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiados, incentivos, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores.

- **La orientación familiar y comunitaria** supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.
- **El énfasis en la promoción y en la prevención** es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo–efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. Estas cuestiones, incluida la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de la APS, fueron articuladas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986. La promoción de la salud también requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales. Esto abarca también los vínculos con las funciones esenciales de salud pública (FESP), que hacen de la APS un socio activo en la vigilancia de la salud pública, la investigación y la evaluación, la garantía de la calidad y las actividades de desarrollo institucional a lo largo de todo el sistema de salud.
- **Cuidados apropiados** significa que el sistema de salud no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo. Incluye el concepto de efectividad para guiar la selección de las estrategias de prevención y curación, de manera que se puedan obtener los mayores resultados con los mínimos recursos. El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que las prioridades respecto a la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia (de distribución y técnica) y de equidad. Los servicios deben ser

pertinentes; para ello es preciso que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atiendan necesidades específicas de determinados grupos de población, como las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones indígenas o poblaciones de ascendencia africana, que quizá no estén recibiendo la atención apropiada debido a la manera en la que comúnmente ésta se organiza.

- Un sistema basado en la APS debiera ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socio-económico, debiera fundamentarse en valores compartidos que involucren **mecanismos de participación activa** para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades que facultan a los individuos para que manejen mejor su propia salud y que estimulan la capacidad de las comunidades de convertirse en socios activos en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud. Ello implica que las acciones individuales y colectivas, que incorporan el sector público, el privado y la sociedad civil, deben encaminarse a la promoción de entornos y estilos de vida saludables.
- Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren un **marco político, legal e institucional sólido** que identifique y respalde las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legales y financieros que permitan que la APS desempeñe sus funciones especificadas. Necesita la coordinación de políticas de salud, inversiones estratégicas, investigación en sistemas y servicios de salud, incluida la evaluación de nuevas tecnologías. Estas actividades forman parte de la función de rectoría del sistema de salud, por lo que deben ser transparentes, han de someterse al control social y tienen que estar libres de corrupción.
- Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan **políticas y programas pro-equidad** con el fin de reducir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las desigualdades y velar por que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto. Algunos ejemplos ilustrativos de ello son: incorporación de criterios explícitos de equidad en las propuestas y evaluaciones de programas y políticas; aumento o mejora de la provisión de servicios de salud para quienes tienen mayores necesidades; reestructuración de los mecanismos de financiamiento de la salud para ayudar a los más desfavorecidos; y trabajo en todos los sectores para transformar aquellas

estructuras sociales y económicas que influyen en los determinantes últimos de las desigualdades en lo que se refiere a la salud.

- Los sistemas de salud basados en la APS requieren también de prácticas de **organización y gestión** óptimas que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben recopilar información y usarla regularmente en los procesos de toma de decisiones y planificación, incluido el desarrollo de planes para responder adecuadamente a eventuales crisis de salud y a los desastres naturales.
- Los **recursos humanos adecuados** incluyen a proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Ello exige una planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de salud. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS. Ellos no sólo requieren de una combinación adecuada de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa, y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios.
- Un sistema de salud basado en la APS debe basarse en una planificación que provea **recursos adecuados y sostenibles** acordes con las necesidades de salud. Los recursos debieran determinarse mediante análisis de la situación de salud basados en datos obtenidos en la comunidad, incluidos los recursos de tipo más estructural (por ejemplo instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos), así como los presupuestos de operación necesarios para prestar una atención preventiva y curativa de gran calidad e integral. Aunque la cantidad de recursos requeridos variará en cada país y de un país a otro, deberá ser suficiente para lograr el acceso y la cobertura universales. Dado que el logro de un sistema de salud basado en la APS exige compromiso y voluntad políticos a lo largo del tiempo,

deben existir mecanismos explícitos que garanticen la sostenibilidad de la APS, de forma que los encargados de tomar decisiones puedan invertir hoy para satisfacer las necesidades del mañana.

- Los sistemas de salud basados en la APS son más amplios que la simple provisión de servicios de salud en lo que respecta a su campo de operación y a su impacto. Este tipo de sistemas se relaciona estrechamente con las acciones intersectoriales y los enfoques comunitarios para promover el desarrollo humano y la salud. Las **acciones intersectoriales** son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población, creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros. La medida en la que estas acciones sean ejecutadas por el sector de la salud, solo o en asociación con otros sectores, dependerá del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades), así como de las ventajas comparativas de cada uno de los sectores o actores involucrados.

### BIBLIOGRAFÍA:

- ✓ La Renovación de la APS en la Región de la Américas: documento de posición de OPS/OMS; OPS; 2007.
- ✓ Salud Comunitaria. Dr. Sixto González. Año 2000.



# ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD parte II

Unidad V

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

1- LOS EQUIPOS DE SALUD EN APS:

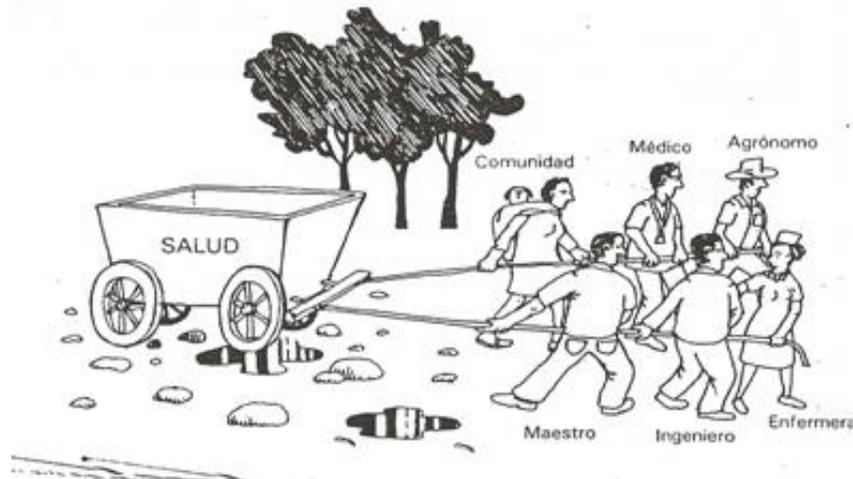


Figura 5. En el programa integral de salud contribuye todo tipo de personal, así como la comunidad. Todos juntos permiten el funcionamiento de los programas, en el marco de la APS.

El equipo es una **forma particular de organización del trabajo** y no un tema que pueda aprenderse en un curso. En el sector salud como en otros, se han utilizado actividades puntuales de capacitación para generar la consolidación de un equipo de trabajo. Este tipo de intervención puede aportar conocimientos, pero no puede reemplazar el desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo. Las actitudes sólo pueden cambiar en la práctica, en la vivencia laboral, en la interacción de trabajo con los compañeros, no en espacios hipotéticos.

Para que un grupo se constituya en equipo son importantes las siguientes **condiciones:**

- El desempeño es el objetivo principal, el equipo sigue siendo un medio no el fin.
- La creación de una ética de desempeño del equipo por parte de los gerentes fortalece el trabajo de los propios equipos.

- Existe una tendencia cultural hacia el individualismo que no debería entorpecer el desempeño del equipo.
- La disciplina dentro del equipo y la organización crea las condiciones para el desempeño del equipo.
- El desempeño del equipo está asociado con la calidad y la integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la salud.
- El equipo cuenta con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones que le permite interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas.

Se han identificado **tres conceptos diferentes sobre el trabajo en equipo**, cada uno de ellos destacando sus resultados y las relaciones entre sus disciplinas: equipo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar.

Una **disciplina** se constituye como un conjunto de técnicas, basadas en una teoría o imagen del mundo, cuya práctica exige estudio y concentración y se enfoca hacia una parte de la realidad.

La **multidisciplina** se define como:

- Número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables.
- El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales.
- Aunque el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo.

La **interdisciplina** hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí y que se convierten en el objeto de la interdisciplinariedad.

La transdisciplinariedad ocurre cuando varias disciplinas interactúan mediante la adopción de alguna o algunas disciplinas o de otros recursos como las lenguas y la lingüística, que operan como nexos analíticos. Por ejemplo, la lógica, la matemática

y varias más. A la disciplina que se le adopte se le denomina disciplina, ciencia diagonal o transdisciplina”.

#### El trabajo en equipo:

**El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud en el contexto de un nuevo modelo de atención.** Las características del trabajo en equipo incluyen la autonomía relativa de cada tipo profesional (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno); la interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones; la interdisciplinariedad; la horizontalidad; la flexibilidad; la creatividad; la interacción comunicativa.

#### Equipos de Salud:

La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que se asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.

El trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud.

#### La composición de los equipos en APS:

La composición de un equipo de atención primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para

todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

Esta propuesta está caracterizada por la articulación a la propuesta de integralidad de las acciones de salud en los Sistemas basados en la APS. Esta articulación está dada por las situaciones de trabajo en que los miembros del equipo establecen correlaciones u coordinaciones con otros niveles y pone en evidencia las conexiones entre las diversas intervenciones en salud.

Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición.

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del EAP en la prestación de los servicios de salud. Como común denominador se encuentran presente en todos los casos mencionados el médico y la enfermera de la familia, a quienes se agregan, dentro de las particularidades de los sistemas de salud, otros profesionales que conforman los equipos de APS.

Por ejemplo en Cuba en sus inicios el equipo estaba formado por médico y enfermera de la familia; la aparición de nuevas necesidades de salud y el afán de brindar servicios de calidad integrales e integrados llevó a la creación de los Grupos de Atención Integral a la Familia (GAIF), que incluyen dentista, trabajadora social, y algunas especialidades del segundo nivel de atención (Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia), además de la participación informal de los líderes comunitarios.

En otras experiencias como en Brasil los equipos incorporan, además del médico y la enfermera, técnicos o auxiliares de enfermería, dentista y el agente comunitario, que

es un cuidador comunitario con cierto grado de profesionalización y capacitación, contratado por el Sistema Único de Salud (SUS), en Costa Rica, los equipos cuentan con auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de atención primaria y recientemente auxiliares de registros médicos.

No hay pues, uniformidad en cuanto a la composición de los equipos de APS en el primer nivel de atención, si bien en general se considera una composición mínima a partir de médico (general, de familia, etc.), enfermera y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar, o de técnico comunitario, en función de las necesidades de la comunidad.

#### Núcleo básico del equipo de APS:

El núcleo básico del equipo de Atención Primaria es el **formado por aquellos profesionales imprescindibles para el desarrollo de sus funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud y sin los que es imposible hablar de un verdadero equipo**. Los médicos, profesionales de enfermería, los trabajadores sociales y los administrativos o polivalentes son los elementos constitutivos básicos y los restantes técnicos sanitarios y no sanitarios que pueden integrarlos actúan como elementos de infraestructura o de apoyo especializado.

Además de esta concepción «técnica» del equipo de Atención Primaria, existen otras basadas en aspectos más funcionales. Pritchard distingue lo que denomina equipo «intrínseco» en el que sus componentes no están prefijados y se determinan en razón de la tarea que hay que llevar a cabo, lo que les da un carácter flexible y transitorio, disolviéndose como tal una vez finalizada la tarea concreta.

En estos equipos pueden estar incluidos también los propios pacientes y sus familiares. El mismo autor añade a la categoría anterior la de los llamados equipos «funcionales», formados para coordinar determinados temas asistenciales u organizativos, y la de los equipos «completos», formados por todos los profesionales del centro de salud.

L. de la Revilla basa el equipo en lo que denomina Unidades de Atención Familiar, cuya estructura triangular está formada por el médico de familia, el profesional de enfermería

y el propio paciente. Cada unidad atiende a un grupo fijo y determinado de familias (aproximadamente 500) y en su seno se desarrollan todas las funciones y actividades propias del equipo de APS.

#### Factores que influyen en la composición del equipo de Atención Primaria:

La **situación política y económica, y la infraestructura sanitaria de cada país** es el primer factor a considerar ya que es el que delimita sus características globales y, a partir de ellas, las de todos los elementos del sistema de salud. En aquellos países con menores grados de desarrollo económico hay que tener en cuenta también las características concretas de la población en cuanto a sus necesidades de salud, forma de organización general y sanitaria y distribución geográfica.

Las **necesidades de salud** marcan la composición y funciones de los equipos de Atención Primaria. En los países subdesarrollados los problemas fundamentales pueden ser de saneamiento básico y suministro de agua y alimentos mientras que en los industrializados lo serán, por ejemplo, la contaminación ambiental y los hábitos de vida nocivos.

La **disponibilidad de profesionales sanitarios titulados**, que suele ser escasa en los países subdesarrollados, puede hacer necesario recurrir a profesionales de carácter intermedio y agentes comunitarios de salud, los cuales, con un adiestramiento previo elemental y una supervisión periódica, son capaces de enfocar y solucionar los problemas de salud principales de la población atendida.

La estructura poblacional (pirámide de edad, distribución geográfica, organización comunitaria, rural o urbana) es también un factor determinante de la composición de los equipos de APS.

En este sentido puede afirmarse que aquella debe ser distinta en cuanto al número y tipo de profesionales; por ejemplo, en comunidades con abundante población infantil respecto a otras en las que ésta sea escasa, o bien en las de ámbito urbano, concentradas en un espacio geográfico más reducido y, por tanto, con mejor accesibilidad a los servicios sanitarios que las comunidades rurales, más dispersas.

Los objetivos y organización general del sistema de salud de un país y las funciones que en él se atribuyen a los distintos profesionales de Atención Primaria condicionan también la composición de los equipos de salud.

#### **Funciones y actividades de los equipos de APS:**

Desde la perspectiva de un sistema integral de salud, el equipo de Atención Primaria ha de asumir **todas aquellas funciones dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva del grupo de población que tiene adscrito**. Este concepto, amplio y en cierta manera ambiguo, es el que delimita el marco propio de actuación del equipo.

**La salud individual y colectiva de la población es un concepto abierto y dinámico** que requiere para su plasmación de un alto grado de identificación de los profesionales sanitarios con su entorno demográfico, social, geográfico y epidemiológico, identificación sin la cual resultará muy difícil, sino imposible, una objetivación clara de los problemas y prioridades en este marco concreto, cuestionando ya de entrada la eficacia y eficiencia de cualquier actividad a desarrollar por el equipo.

Desde esta vertiente, la salud de una población está condicionada por un conjunto de circunstancias muchas de las cuales pueden ser independientes de la actuación del equipo. Por esta razón sería irreal y demasiado ambicioso afirmar que un grupo reducido de profesionales pueden delimitar totalmente el nivel de salud de una población concreta. No obstante, y aunque estas consideraciones no parezcan muy alentadoras, el equipo tiene una función clara y prioritaria, introductoria de las restantes, y que no es otra que la de promover cambios cualitativos en las actitudes y hábitos de la población en todos los campos que tienen una relación directa o indirecta con la salud. Este punto básico ha de estar siempre presente en cada uno de los grandes **grupos de funciones y actividades a realizar por el equipo**:

- **Asistencia.**
- **Promoción de la salud.**
- **Prevención de la enfermedad.**
- **Rehabilitación.**
- **Docencia e investigación.**

Todas estas funciones y actividades han de ser desarrolladas en la perspectiva de la APS, **de forma integral e integrada, priorizando en cada momento las más acordes con las demandas y las necesidades de la población atendida.**

La **función asistencial curativa**, dirigida hacia las personas con procesos patológicos agudos o crónicos, se llevará a cabo mediante actividades realizadas en los consultorios y servicios de urgencias del centro de salud y en los domicilios de los pacientes. Su organización básica responde a tres tipos principales: asistencia a demanda (con o sin cita previa), programada y urgente. El equilibrio entre la **asistencia a demanda y programada** definirá en parte la accesibilidad de los servicios sanitarios, y el acierto en la programación y protocolización de la actividad dirigida principalmente a la atención de procesos crónicos, en las consultas y los domicilios, evitará su utilización innecesaria.

Para lograr un desarrollo óptimo de las **actividades de prevención y promoción** de la salud es preciso que los profesionales de enfermería de los equipos de Atención Primaria se involucren directa y principalmente en su realización, con énfasis especial en las de educación sanitaria.

Las **actividades de rehabilitación** tienen aún una importancia secundaria dentro de las propias de los equipos de salud y, en general, son desarrolladas con base a equipamientos de apoyo especializado. A pesar de ello, no debe olvidarse que la rehabilitación no comprende solamente las técnicas fisioterápicas complejas, sino que abarca otras más sencillas asumibles por los componentes de los equipos y a realizar fundamentalmente en el ámbito domiciliario.

Los equipos de APS han de tener un papel protagonista en la **formación pre, posgraduada y continuada de sus propios miembros**. La investigación clínica y epidemiológica también está adquiriendo un importante grado de desarrollo. La introducción progresiva de la enseñanza en el campo de la APS en los programas de pregrado, el crecimiento en cantidad y calidad de los programas de formación posgraduada y el número cada vez mayor de trabajos originales publicados en revistas de Atención Primaria, son datos que reflejan en la práctica las afirmaciones iniciales.

En el equipo de APS se desarrollan siempre, además de las anteriores, otra serie de funciones y actividades, que denominamos de soporte y que comprenden elementos de las de docencia e investigación y otros relacionados con las necesidades de organización interna del equipo, con la evaluación y control de las actividades y sus resultados y con la gestión.

### **El profesional de enfermería en el equipo de salud:**

El profesional de enfermería de APS ha de ser capaz de asumir funciones y actividades en todos los campos propios de aquella, con amplios niveles de responsabilidad y autonomía, en la medida en que tenga la preparación técnica necesaria y no como resultado de una simple delegación por parte del médico. En diversos países, como Gran Bretaña, los profesionales de enfermería asumen responsabilidades independientemente de los médicos generales en el ámbito de la visita domiciliaria y en el de las actividades preventivas y de promoción de la salud (enfermeras de distrito y visitadora, respectivamente).

Las enfermeras que trabajan en las consultas son independientes de las anteriores, aunque en los últimos tiempos cada vez es mayor el número de enfermeras comunitarias que también colaboran en los consultorios. En el modelo español y también en el argentino no se contempla esta separación de responsabilidades, sino que son asumidas por el conjunto del equipo de APS.

Este hecho es positivo en la perspectiva de potenciación de la integralidad de los cuidados prestados pero de hecho tiene una repercusión negativa en cuanto a la cantidad de recursos humanos (de enfermería) de que dispone el equipo, menor en este caso, al desarrollar las actividades señaladas los mismos profesionales que trabajan en las consultas de los centros de salud.

Los profesionales de enfermería de APS participan también en grado creciente de las actividades de docencia y de investigación desarrolladas en el marco de los equipos de salud, así como en tareas de salud comunitaria y de coordinación.

En el terreno de la asistencia curativa, los profesionales de enfermería participan en

la prestación de cuidados de salud, con especial referencia al seguimiento y control de pacientes crónicos y la instrumentación de técnicas diagnósticas y terapéuticas.

En la atención domiciliaria programada el profesional de enfermería es habitualmente el responsable del mayor porcentaje de las actividades desarrolladas, quedando el médico prácticamente como un elemento consultor. En relación directa con este campo está el de las actividades comunitarias que realizan las enfermeras(os) en el seno de las instituciones y servicios propios de la colectividad, en colaboración con los trabajadores sociales del equipo. La atención a colectivos sanos y en situación de riesgo (niños, jóvenes, embarazadas, ancianos, etc.) también forma parte de su campo de responsabilidades. Si se analiza la evolución demográfica y la planificación de servicios de salud en los países desarrollados se puede advertir que una de las principales líneas de trabajo de los profesionales de enfermería en el futuro se encuentra en la atención domiciliaria y en la colaboración en las tareas de conexión de los recursos sanitarios y sociales.

En el ámbito de la promoción de la salud tienen un papel central, sobre todo en la dirección y puesta en práctica de las actividades de educación sanitaria, dirigidas tanto a individuos sanos como a enfermos o en situación de riesgo e impartidas a nivel individual o colectivo.

En las actividades preventivas, los profesionales de enfermería también desempeñan un papel relevante, actuando como verdaderos consejeros de salud y realizando actividades de programas, como el de vacunaciones, que dependen esencialmente de ellos.

La organización de las actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería en el contexto de las del equipo de salud, se basan, como el conjunto de las de éste, en la programación y en la protocolización de los procedimientos. Para su realización, ha de disponer de espacios físicos y de tiempo apropiados, incluyendo la posibilidad de concertar visitas tanto en el centro como en el domicilio. Utilizará la misma documentación clínica que los miembros médicos del equipo, realizando en ella las anotaciones pertinentes sobre los resultados de sus actuaciones.

Ha existido una cierta controversia acerca de la implantación de las llamadas consultas de enfermería, alimentada por los colectivos profesionales médicos ante

el temor, confesado a medias, de invasión de un determinado campo de competencias reservado para ellos. Con el paso del tiempo se ha ido comprobando que estas consultas de enfermería son un elemento de la mayor utilidad e importancia para el desarrollo de las actividades del conjunto del equipo y que no son fuente de intrusismos profesionales valorables. En las consultas de enfermería se llevan a cabo actividades relacionadas esencialmente con el seguimiento de pacientes crónicos, así como las de promoción de la salud y preventivas antes apuntadas y la realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas básicas, englobadas clásicamente bajo el epígrafe de técnicas de enfermería: extracciones de sangre, electrocardiogramas, test del embarazo, determinaciones analíticas en la consulta y administración de inyectables, entre otras.

El desarrollo de las consultas de enfermería y las actividades en el seno de la comunidad han llevado, equivocadamente, a algunos de estos profesionales a intentar abandonar total o parcialmente las consultas compartidas con los médicos de familia y pediatras, posiblemente como reacción a una situación previa de dependencia y como reafirmación de su status en el seno del equipo. La realidad es que sigue siendo necesaria su participación conjunta en los mismos espacios de consulta si se quiere que se produzca una intercomunicación cotidiana suficiente para que unos y otros adquieran un conocimiento global de la población atendida y no solamente el parcial que puede proporcionar la atención de los procesos agudos o crónicos.

#### **El trabajador social en el equipo de salud:**

La incorporación de los trabajadores sociales a los equipos de Atención Primaria ha sido uno de los elementos de cambio cualitativo de la asistencia prestada a la población, al mismo tiempo que ha posibilitado su desarrollo desde la perspectiva social, junto con la biológica y psicológica.

Los trabajadores sociales, con menos experiencia como grupo profesional de actividad en el campo de la salud, han necesitado un período de adaptación más prolongado que los componentes sanitarios del equipo y, en cierta medida, han tenido que irse labrando su puesto en el seno de éste y eliminar posibles roces y desconfianzas.

Las funciones y actividades de los trabajadores sociales en el seno de la APS giran esencialmente alrededor de las características de la comunidad atendida y tienen su base en un conocimiento profundo de ellas. La estructura socioeconómica, la cultura, los equipamientos y los servicios, la estructura urbanística y de las viviendas y las instituciones y asociaciones son, entre otros, los elementos marco que definirán sus actuaciones comunitarias. El trabajador social ha de ser capaz de identificar y definir las demandas y necesidades de la población y de promover las actuaciones precisas para el tratamiento de los problemas y las emergencias sociales en los niveles individual, familiar y comunitario. Otro campo de acción importante del trabajador social es el de la participación comunitaria, desempeñando funciones de elemento de enlace entre las personas y las entidades y el equipo de salud. Las personas y los grupos en situación de riesgo social (alcoholismo, inadaptación, paro, ancianos, etc.) son su población diana y hacia ellos tendrá que dirigir la mayor parte de sus esfuerzos, siempre dentro de las líneas de prioridad marcadas por el conjunto del equipo. En este sentido, han de desempeñar un papel protagonista en la coordinación y el desarrollo de los programas sociosanitarios y, dentro de ellos, de la atención domiciliar de pacientes crónicos y de los ancianos.

Los trabajadores sociales que forman parte del equipo de Atención Primaria han de disponer de una infraestructura básica para el desarrollo de sus actividades, con un despacho propio independiente. Han de mantener contactos periódicos, frecuentes y programados (salvo emergencias) con los componentes sanitarios del equipo, en forma de reuniones de trabajo monográficas para el abordaje conjunto de las necesidades y demandas planteadas. Estos profesionales también han de participar activamente en las tareas docentes y de investigación propias del equipo de salud.

#### **Competencias de los equipos de salud en APS:**

Los cambios sistémicos realizados en los servicios de salud han implicado profundas transformaciones en los modelos y prácticas de gestión y en los modelos de atención que necesariamente modificaron el panorama laboral.

Desde el punto de vista de los requerimientos de desempeño, en los diversos niveles de decisión y atención, se han generado nuevas competencias.

Uno de los elementos definitorios de una perspectiva de la educación permanente es la orientación programática hacia y desde el trabajo cotidiano, la programación desde la realidad laboral de la atención de la salud y la orientación a la mejora del desempeño utilizando como mediación el enfoque de competencias laborales.

Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. Las competencias tienen que ver en este caso con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos.

La definición de competencias se considera un requisito indispensable para lograr el mejor desempeño del trabajo en los diferentes contextos laborales. Del análisis de la bibliografía consultada se desprende que las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole.

El desempeño exitoso y las buenas prácticas son comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).

#### Clasificación de las competencias:

- **Competencias genéricas:** su existencia es fundamental para el adecuado cumplimiento o desarrollo de las tareas del equipo, son comunes y compartidas a todos los miembros del equipo y son las que permiten que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo. Éstas incluyen la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

- **Competencias específicas:** son propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, ligadas a los procesos y aportaciones individuales y colectivas dependientes de los conocimientos y habilidades. Son inherentes a cada profesión y predominan los aspectos técnicos.
- **Competencia humanística:** se refiere al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Está relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional).

#### 2- EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

El sistema público de Atención Primaria ha de tener una organización administrativa coherente que garantice la adecuada interrelación de todas sus estructuras y de éstas con las del nivel de atención especializada.

Un buen modelo de organización ha de marcar de forma clara una línea de interconexión clara y objetiva: deben formar el primer escalón del servicio de salud y del buen funcionamiento de ellos depende en gran medida el del conjunto del sistema. La agrupación de los equipos (zonas o áreas básicas de salud) de un territorio geográfico determinado, delimita el segundo escalón del sistema, que contiene ya los elementos de atención especializada, relacionados funcionalmente con el hospital. Esto se refiere al área de salud como estructura organizativa capacitada para la planificación, programación y gestión de los recursos de los dos niveles del sistema. El volumen y otras características de la población, el número y clases de los recursos humanos y materiales disponibles, son, entre otros, los elementos que van a determinar las diferencias que puedan existir entre las distintas áreas de salud.

Si bien todos estos conceptos sobre filosofía, funciones, actividades, organización y dependencia del equipo de Atención Primaria son aplicables de forma general, no hay que olvidar las diferencias importantes existentes entre los ámbitos rural y urbano. En la actualidad, las corrientes migratorias producidas en los países desarrollados han dado lugar a una disminución progresiva del número de habitantes de las áreas rurales y a un envejecimiento significativo de su población. Las ciudades, por el contrario, han sufrido un importante crecimiento y concentración demográficos. Estos dos hechos definen las características fundamentales de los dos

ámbitos: población dispersa, núcleos pequeños y aislados, largas distancias y comunicaciones a veces dificultosas en el ámbito rural y grandes concentraciones de población, distancias cortas y buenas comunicaciones en el urbano.

El factor fundamental que delimita el marco territorial y demográfico en el que ha de trabajar el equipo es, **en el ámbito urbano, la cantidad de población y sus características intrínsecas**, mientras que las distancias y comunicaciones quedan relegadas a un segundo término. Por el contrario, **en los pueblos, estos dos últimos factores son los primordiales**.

Es difícil establecer cifras idóneas para cada situación concreta; no obstante, hay que reseñar que en España se ha considerado que el volumen de población a atender por un equipo de salud no debe ser inferior a 5.000 ni superior a 25.000 personas, con unas isócronas de desplazamiento que no deben sobrepasar los 30 minutos.

La organización del equipo es también diferente para los ámbitos urbano y rural. En el primero el espacio físico será único (centro de salud o de Atención Primaria) y en él se realizarán la mayoría de las actividades, debiendo disponer de una estructura arquitectónica y funcional en la que se incluyan como mínimo las consultas de los distintos miembros del equipo, áreas para acciones de educación sanitaria y para el desarrollo de programas de atención colectiva y rehabilitación.

Asimismo, ha de contar con servicios de administración, recepción e información, archivo de historias clínicas y espacios para el trabajo interno de los profesionales (sala de reuniones y sesiones, biblioteca, despachos para la coordinación del equipo). Algunos centros no disponen de estos elementos y padecen una escasez notoria de espacio físico, lo que condiciona muy negativamente el desarrollo de sus actividades.

En el ámbito rural el factor común y delimitante es la dispersión de los núcleos de población en un territorio no siempre homogéneo. Los miembros del equipo de Atención Primaria tendrán que realizar una parte de sus actividades asistenciales de forma dispersa o separada, en los distintos núcleos de población que componen la zona. Este hecho condiciona cuantitativa y cualitativamente los espacios físicos, obligando a disponer de varios consultorios locales y de un centro de salud, generalmente ubicado en la población principal o central de la región o comarca. La estructura del centro de salud, que normalmente también sirve como consultorio

local de la población donde está ubicado, contendrá menos consultorios y espacios para administración que otro equivalente del ámbito urbano. En esta situación, el centro de salud actúa como elemento aglutinador para la realización de las tareas no estrictamente asistenciales de la totalidad del equipo.

#### El centro de salud:

El centro de salud integral es la estructura funcional y física en la que se desarrollan las actividades propias de la Atención Primaria de Salud en los terrenos de promoción, prevención, asistencia curativa, rehabilitación y reinserción social, así como en el de la participación comunitaria. Las funciones del centro de salud han de permitir la plasmación programada en la práctica diaria de las grandes líneas de actividad y de aquellas otras necesarias para el análisis inicial y vigilancia posterior de la situación de salud de la comunidad atendida.

Las actividades del centro de salud en los terrenos de **promoción y prevención** tienen características distintas en razón de cuál sea la naturaleza del problema, su extensión o amplitud y el ámbito geográfico (rural o urbano) que se considere.

En muchos casos, es imprescindible la existencia de una amplia y constante colaboración institucional entre los distintos niveles del sistema sanitario, y con otros sectores ajenos a éste para analizar y solucionar el tema (saneamiento del agua y de los alimentos, salud laboral, etc.). En éstos y otros supuestos el centro de salud puede desempeñar un papel de coordinación intersectorial u otros más activos, según las características concretas del sistema sanitario en sus niveles estatal, regional y local.

En los países desarrollados, en general, existe la tendencia creciente a separar organizativa y técnicamente las actividades de prevención dirigidas al medio de las otras que van destinadas a las personas; en el primer caso, las responsabilidades no son asumidas primordialmente por los servicios sanitarios asistenciales, mientras que en el segundo sí lo son. Incluso sucede que las competencias sobre las actividades dirigidas al medio no son del sistema sanitario sino de otros sectores gubernamentales y técnicos (agricultura, industria, etc.). En razón de lo expuesto, el centro de salud ha de asumir primordialmente las funciones de promoción y prevención que hacen referencia a actuaciones sanitarias programadas sobre individuos o grupos de población específicos o de riesgo (cribados, vacunaciones,

salud dental, etc.), integrándolas con las de carácter puramente asistencial.

Las funciones y actividades **asistenciales curativas y de rehabilitación y reinserción social** forman el núcleo básico sobre el que se asientan las restantes del centro de salud y han de estar fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los equipos de Atención Primaria y sus servicios de apoyo.

Han de desarrollarse **tanto en las consultas como en los domicilios de los enfermos y abarcar también la asistencia urgente y continuada**. Respecto a esta última hay que insistir en la necesidad de que sea asumida por los mismos profesionales que llevan a cabo las restantes actividades asistenciales, ya que sólo de esta forma será posible mantener la deseable continuidad de los cuidados, característica esencial de la Atención Primaria de Salud. **La continuidad de la asistencia debe producirse tanto en el tiempo como en el espacio**; en el primer caso extendiendo el horario de las actividades del centro para garantizar la máxima accesibilidad posible y razonable de los usuarios, y en el segundo mediante el seguimiento y, siempre que sea factible, la participación de los profesionales del centro de salud en las actividades asistenciales realizadas sobre los pacientes adscritos a éste en otros niveles como el hospitalario. La programación asistencial ha de responder a las necesidades y demandas concretas de la población atendida y esta respuesta no ha de ser pasiva sino que, por el contrario, ha de **implicar la búsqueda activa de los problemas de salud desde una perspectiva integral que asocie los aspectos biológicos con los psicológicos y sociales**.

Imbricadas en todas las funciones y actividades descritas previamente, las de **educación para la salud** han de estar dirigidas de forma principal a potenciar la autorresponsabilización de las personas y de la comunidad en el cuidado de la propia salud y no a la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades.



**Aunque todas las actuaciones desarrolladas en el centro de salud han de tener una vertiente educativa**, es en las asistenciales donde se establece un contacto personal y de confianza entre el profesional sanitario y el paciente para tratar de un problema concreto y donde son mayores las posibilidades de intervención positiva y eficaz en este terreno.

El centro de salud es el ámbito institucional desde el que debe promoverse la **participación comunitaria** en las tareas del sistema sanitario, para lo cual es preciso potenciar todas las actividades dirigidas a este objetivo esencial, sin el cual no es posible realizar una verdadera Atención Primaria de Salud. En este sentido es importante resaltar que las fórmulas de participación no deben limitarse a seguir patrones teóricos preestablecidos si no que han de adaptarse a las posibilidades y características concretas de la comunidad y sus instituciones. Los consejos de salud no son los únicos instrumentos posibles y, por ello, deben explorarse otros que pueden llegar a ser más operativos y sin olvidar los basados en la exploración del estado de opinión, satisfacción y expectativas de los ciudadanos en relación con los servicios de salud.

Las funciones y actividades de **docencia e investigación** propias de la Atención Primaria han de desarrollarse en el centro de salud y responder a programas preestablecidos que contemplen aspectos de formación continuada y de pre y posgrado, así como otros de investigación clínica y epidemiológica. Para la puesta en marcha de las actividades docentes en general y particularmente las dirigidas a pregraduados, es necesaria la existencia de mecanismos de coordinación funcional con las correspondientes instituciones académicas. En este sentido, y de forma similar a lo que sucede en los hospitales, es preciso considerar la incorporación de determinados centros de salud a la estructura docente universitaria.

El centro de salud como institución ha de asumir la **gestión de los recursos sanitarios** correspondientes al ámbito de actuación en el que opere, así como la coordinación funcional con los otros niveles del sistema. Aunque, lógicamente, el centro de salud ha de responder a las líneas de planificación y programación diseñadas para el conjunto del área en la que está incluido, no por ello ha de dejar de tener un grado importante de autonomía en la gestión de sus recursos, que le permita dar una respuesta flexible y eficiente a las necesidades concretas de la comunidad a la que presta atención y de sus profesionales.

En el terreno de la coordinación funcional, el centro de salud es el eje alrededor del que han de canalizarse los flujos de demanda de servicios hacia otras partes del sistema, así como la conexión de los distintos programas planificados para el conjunto del área de salud a la que pertenece, a través de su presencia activa como institución en sus ámbitos de decisión.

El centro de salud ha de tener una **estructura funcional** acorde con sus características físicas y recursos concretos, lo que hace imprescindible que las directrices que se establezcan al respecto desde niveles centrales de decisión sean lo suficientemente flexibles para permitir esta adaptabilidad, sin la cual será difícil conseguir que el centro funcione de forma adecuada. Para el desarrollo de sus actividades es preciso que disponga de la infraestructura necesaria tanto en lo que se refiere a recursos humanos como a medios complementarios de exploración y documentación. Muchas veces no se valora correctamente la importancia que tiene para un centro de salud el **área de recepción y admisión**, a través de la que el usuario entra en contacto con el equipo y que le proporciona la primera imagen, que si es desfavorable costará reconvertir. Esta área ha de estar conectada con las consultas médicas, de enfermería y de asistencia social, a las que habrá de derivar y de las que recibirá pacientes en régimen de demanda espontánea o programada, y también con los servicios de documentación y archivo.

La informatización progresiva de diversos aspectos de la asistencia ha de conllevar una mayor agilización y eficiencia y en este proceso han de desempeñar un papel clave las áreas de recepción y admisión de los centros de salud. Es preciso, por tanto, cuidar al máximo su calidad, desde la de su estructura física a la de sus dotaciones materiales, así como formar adecuadamente en aspectos como técnicas de comunicación e informática a los profesionales que van a trabajar en ellas. Un trato personalizado y amable de las personas que utilizan el centro de salud y unos sistemas ágiles y eficaces de citaciones, de información y de canalización de las reclamaciones o sugerencias, son bases imprescindibles para el establecimiento de una atención de calidad.

#### **Consultas de atención en los centros de salud:**

Las consultas de Atención Primaria son el ámbito principal donde ha de producirse la integración real de las actividades de promoción, prevención, asistenciales y de rehabilitación y reinserción social que se desarrollan en el centro de salud. La organización de los equipos de Atención Primaria ha de permitir poner en práctica una adecuada división funcional del trabajo según las aptitudes, actitudes y disponibilidades de sus componentes, de forma que las actividades puedan ser llevadas a cabo de la forma más adecuada.

Con el fin de lograr una óptima racionalización de las actividades y de sus tiempos de ejecución se introducen elementos diferenciados de actividad como pueden ser los de **la cita previa, la visita urgente y la programada**.

El sistema de **cita previa** permite a la población que demanda espontáneamente (por propia iniciativa) asistencia acudir a la consulta de su médico de familia con fecha y hora previamente concertadas y con ello reducir el tiempo de espera del paciente en el centro y homogeneizar el volumen asistencial de los diferentes días de la semana. Todo ello debe dar lugar a un incremento del tiempo medio dedicado a cada visita y, consecuentemente, a una mejora de la calidad técnica y poder resolutivo. En las visitas de cita previa las actividades suelen ser asistenciales curativas, pero no por ello deben dejar de realizarse, siempre que sea posible y aconsejable, las de tipo preventivo y de rehabilitación y reinserción social.

Las **visitas urgentes** son las realizadas sobre aquellos pacientes que acuden al centro sin haber solicitado previamente día y hora de consulta. Idealmente deben ser atendidas por el médico de familia del enfermo, pero si ello no es posible pueden ser resueltas por otro miembro del equipo (encargado de dicha actividad en ese día concreto) que utilizará la documentación clínica habitual del paciente y comunicará los datos de la visita a su médico de familia. En este tipo de consultas a iniciativa del paciente el tiempo medio de duración de cada una de ellas suele situarse por debajo de los 10, lo que coloca a la Atención Primaria española en un nivel crítico para conseguir una asistencia de calidad y satisfactoria para el paciente y para el propio médico.

Las **visitas programadas** son las consultas que se concertan previamente con día y hora, a iniciativa de los profesionales del equipo y destinadas generalmente al control de pacientes crónicos, al cumplimiento de un programa de salud o a la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud.

Una parte significativa de las demandas asistenciales pueden ser resueltas o al menos orientadas mediante la utilización de la comunicación telefónica con los pacientes. En otros países ya hay una amplia experiencia en este campo, que confirma la rentabilidad que tiene el empleo de esta modalidad asistencial en Atención Primaria como instrumento para evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes a los centros.

Todos estos tipos de actividades del equipo son llevados a cabo por sus componentes médicos, de enfermería y de trabajo social. Sin embargo, en el seno de la Atención Primaria vimos que también colaboran otros profesionales que no forman parte directa del equipo de salud, pero que son necesarios para el conocimiento de problemas concretos que deben ser resueltos en su mayor parte en este ámbito del sistema. Estos profesionales desarrollan el grupo de actividades que denominaremos de **apoyo especializado**.

En primer lugar las prestadas por aquellos especialistas cuyo ámbito de actuación más habitual es el de la Atención Primaria y que, en ocasiones, trabajan en el mismo centro de salud, participando directamente en una parte significativa de sus actividades. Es el caso de los profesionales de rehabilitación, atención a la mujer, odontología, salud mental y salud pública y comunitaria. En segundo término las realizadas por aquellos especialistas que actúan como consultores de los equipos de Atención Primaria pero que generalmente están adscritos orgánica y funcionalmente a otros niveles del sistema sanitario. Es el caso de los profesionales de las distintas especialidades clínicas de base hospitalaria pero que tienen un importante volumen potencial de trabajo como elementos habituales de referencia de los equipos de salud.

Las funciones y actividades de estos diferentes tipos de profesionales deben estar adecuadamente coordinadas, de forma que puedan participar conjuntamente en todas las tareas propias de la Atención Primaria de Salud tanto en su vertiente clínica como en la comunitaria.

Este apoyo especializado, salvo excepciones relacionadas con la complejidad o diversidad (docencia pre y posgraduada, investigación, etc.) de las actividades de un centro determinado, debe producirse desde el nivel del área de salud.

Los servicios de laboratorio o radiología que prestan apoyo especializado a la Atención Primaria deben ser planificados tras un análisis cuidadoso de los recursos de este tipo que pueda haber funcionado previamente en el área de salud, independientemente de que estén radicados en estructuras hospitalarias o de Atención Primaria, y analizar su grado de utilización, la posible rentabilidad en la derivación y atención de los pacientes o el envío de las muestras, la calidad de sus

datos, etc. Estas afirmaciones son obvias pero no por ello parecen ser menos necesarias a la vista de los frecuentes errores de planificación de este tipo de servicios que se cometen.

### 3- LA VISITA DOMICILIARIA EN APS:

La atención en el domicilio constituye una de las actividades básicas a realizar por los equipos de Atención Primaria y en cuyo desarrollo intervienen de forma diferenciada todos sus componentes, para dar respuesta a necesidades de asistencia creadas por personas que, de forma temporal o permanente, se encuentran incapacitadas para desplazarse al centro de salud. Es preciso potenciar esta modalidad de asistencia, injustamente desacreditada sobre todo entre los médicos, y analizar en profundidad sus indicaciones concretas en razón de las características de la comunidad atendida y de los recursos disponibles para asistir a aquellas personas con diferentes grados de invalidez que les imposibilitan no solamente acudir al centro de salud sino también, en muchos casos, la realización de las actividades cotidianas básicas.

Los cambios inherentes a los procesos de reforma y potenciación de la Atención Primaria han repercutido de forma directa en el modelo de atención domiciliaria, que ha pasado de ser una asistencia puntual con connotaciones exclusivamente sanitarias, a ser parte de un proceso de atención continuado, integral y multidisciplinario en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales.



En los últimos años, el desarrollo de programas y actividades de atención domiciliaria ha pasado a ser uno de los objetivos prioritarios de la Atención Primaria. Los cambios sociodemográficos, junto con otros factores como la introducción de nuevas técnicas asistenciales, el crecimiento de los gastos por hospitalización o el criterio de que la situación idónea de la persona enferma está, siempre que sea posible, en su contexto habitual familiar y social y no en el hospital, han ido reforzando progresivamente la atención domiciliaria como una alternativa más eficaz y eficiente de asistencia que la hospitalaria, en determinadas situaciones. A pesar de ello, todavía existen graves deficiencias tanto en la planificación como en la cantidad de recursos destinados a la atención domiciliaria.

Aunque en el ámbito de la atención domiciliaria se presta asistencia a cualquier tipo de enfermo, ya sean niños, adultos o ancianos, las prioridades se dirigen a los grupos de población más vulnerables y necesitados, los cuales suelen presentar una serie de características comunes como edad avanzada, enfermedades crónicas y evolutivas, dependencia física y/o psíquica o situaciones terminales. Un grupo específico y de importancia creciente es el constituido por los enfermos con síndrome de

inmunodeficiencia adquirida, jóvenes en su gran mayoría.

El análisis del proceso de atención domiciliaria es necesariamente complejo, entre otras razones por las siguientes:

1. No es específico de una patología concreta ni de ningún grupo de edad, sino que su indicación viene determinada por el grado de necesidad y/o incapacidad del enfermo.
2. Requiere, en muchos casos, la prestación de servicios o cuidados tanto sanitarios como sociales, por lo que es necesario que exista una buena conexión entre estos dos ámbitos.
3. En razón del grado de complejidad de la atención a prestar puede ser necesaria la colaboración habitual de recursos hospitalarios y de Atención Primaria.
4. La demanda de asistencia no siempre es generada por el enfermo o la familia.
5. Es imprescindible que exista una conexión adecuada con otros elementos y recursos que complementan la asistencia, tales como hospitales de día y centros sociosanitarios.
6. Para que pueda desarrollarse correctamente, la atención domiciliaria precisa la implicación y el apoyo de los elementos familiares y del entorno comunitario.

En el proceso de atención domiciliaria se pueden distinguir dos modalidades básicas de asistencia:

- **Atención domiciliaria espontánea:** en algunos casos puede ser de carácter urgente y tener que ser realizada, generalmente por el médico, en un corto espacio de tiempo. Hay que evitar cometer errores en la valoración, generalmente telefónica, de la gravedad o urgencia de una demanda asistencial de este tipo y no pretender que el enfermo acuda al centro de salud en lugar de ir el médico a su domicilio, excepto en aquellos casos en que exista una clara certeza de la banalidad del proceso y el propio enfermo acceda a ello sin presiones excesivas por parte del facultativo.
- **Atención domiciliaria programada:** Tiene como objetivo fundamental la realización de actividades dirigidas a personas en situaciones de enfermedad o de riesgo sanitario o social e incluye tareas de tipo curativo y otras centradas en la prevención, educación sanitaria, promoción del autocuidado y rehabilitación y dirigidas en su conjunto a la mejora de la calidad de vida. Esta modalidad es la

que permite el desarrollo, con el grado máximo de expresión y amplitud, del concepto de atención domiciliaria en una perspectiva integral y multidisciplinaria.

Las características que definen al equipo de salud permiten desarrollar los elementos básicos que definen la atención domiciliaria. Su carácter multidisciplinario, compuesto por profesionales sanitarios y no sanitarios, y la integralidad de la asistencia que presta, posibilitan en la práctica esta modalidad de atención de salud, que implica una oferta de servicios a realizar fuera del recinto de la consulta, en el ámbito comunitario. Ya se ha comentado previamente que en este tipo de atención es necesaria la participación, no sólo de distintos miembros del equipo sino también de otros elementos provenientes del campo social y con dependencia orgánica y funcional distinta.

Todas estas características hacen imprescindible la existencia de programas de atención domiciliaria y protocolos concretos de actuación que delimiten las funciones y tareas a desarrollar por los distintos elementos que intervienen y que establezcan los mecanismos de coordinación entre ellos:

**Criterios de inclusión y exclusión.** Dependerán en muchos casos de la capacidad de los equipos para dar respuesta a las demandas del grupo de población atendida y estarán en relación con las prioridades de actuación decididas.

**Detección de casos y el circuito de demanda.** Son elementos básicos que han de permitir al equipo de salud la búsqueda de los grupos de riesgo priorizados y establecer las fórmulas concretas para canalizar las peticiones de asistencia procedentes de distintos ámbitos (familia, hospital, informes sociales, de especialistas, etc.).

**Sistemas de coordinación.** Son esenciales para el buen funcionamiento y aprovechamiento de los recursos de distinto origen que intervienen en estas actividades. En este aspecto hay que resaltar la importancia de disponer de circuitos claros de derivación de pacientes.

En los últimos años se han puesto en marcha programas de atención domiciliaria bajo la denominación de **hospitalización a domicilio**. En este caso, los pacientes

proviene del hospital y son dados de alta para que pasen en el domicilio el período de convalecencia, en muchos casos tras intervenciones quirúrgicas realizadas, en ocasiones, sin haber sido ingresados (cirugía ambulatoria). La atención de este tipo de pacientes pone en evidencia la necesidad del establecimiento de mecanismos estrechos de coordinación y relación asistencial entre el nivel hospitalario y el de Atención Primaria. En las experiencias realizadas hasta ahora en este campo, en las que la atención de estos pacientes ha sido principalmente responsabilidad de los profesionales de los equipos de Atención Primaria, se ha comprobado que no se produce ninguna disminución de su calidad y que el nivel de satisfacción de los enfermos es óptimo.

#### 4- EL AGENTE COMUNITARIO EN APS:

Existen múltiples denominaciones en los diferentes países, regiones y localidades, para designar a los que participan de forma voluntaria en los programas y tareas de salud; así se han llamado agentes, líderes, delegados, voluntarios, promotores, responsables, auxiliares, etc. Estos términos no siempre son sinónimos y muchas veces bajo una misma denominación se entienden tareas totalmente diferentes.

El responsable de salud es un miembro dirigente o de base de algunas de las organizaciones representativas de la comunidad local, pertenece, pues, a la comunidad a la que sirve y es responsable ante ella.

Como señala Molina, el agente de salud ocupa un lugar de primer orden dentro de la organización de la comunidad y sirve de nexo entre los servicios de salud y la población. Pero tiene una tarea más importante, la de movilizar a los ciudadanos y tratar de llegar a cada una y a todas las personas de su organización y de la comunidad: sólo realizando esta tarea llega a ser el vínculo auténtico entre la comunidad y sus servicios de salud.

Es muy conveniente que estos responsables de salud, sean designados en una reunión, en la que el personal del centro de salud, exponga cual será la participación de la comunidad en el trabajo local eligiendo preferentemente a personas que se ofrecen voluntariamente. Si bien para realizar este trabajo no se requiere estar muy informado, sí es necesario poseer un espíritu de solidaridad social, tiempo para dedicarse a esta labor y el respaldo de la organización a la que se pertenece.

#### Proceso de selección de los Agentes Comunitarios de Salud:

Hay que tener en cuenta que la descripción de tareas del agente comunitario de salud abarca muchos aspectos. Esto dificulta el proceso de selección y formación de agentes.

En las últimas décadas se vienen desarrollando diversas y enriquecedoras experiencias de participación ciudadana en Salud en los diferentes países de la región. En lo que corresponde a los Promotores de Salud se tienen evidencias sobre la importancia de que éste agente comunitario de salud, sea reconocido y valorado por la comunidad. En este proceso un elemento clave es promover que la elección del Promotor de Salud se realice en una Asamblea Comunal convocada por la Organización Comunal, de no ser posible es importante que se promueva la designación por las organizaciones sociales de base en la que participa.

El personal de Salud en éste proceso tiene un rol importante en la orientación y asesoría a la Organización de base para la elección del Agente Comunitario de salud a fin de que elijan a las personas más idóneas que se desempeñarán como voluntarios comunales de Salud.

Para ello es necesario conocer y hacer conocer el perfil del Promotor de Salud.

La selección del Agente Comunitario de Salud se realiza previa designación concertada con la organización comunal a la que pertenece el agente comunitario de salud y al perfil establecido.

La selección establecida de ésta manera facilita que el agente comunitario de salud en su condición de morador y líder de la comunidad, pues representa a una organización de base, tenga un mayor acercamiento a la población y a la ejecución de un programa comunitario destinado a promover comportamientos básicos y a la realización de un sistema de vigilancia comunitaria con las familias y organizaciones locales, contribuyendo además a hacer conocer los servicios, las demandas y necesidades de salud de la población. La selección del Agente Comunitario se basa en los siguientes requisitos:

- Debe ser elegido por su organización comunal, en asamblea general o ser designado por la organización social de base a la que pertenece.
- Debe vivir en la comunidad donde realizará su trabajo.
- Debe tener disponibilidad para realizar el trabajo voluntario en salud.
- Debe tener disponibilidad y voluntad para participar en la capacitación y en las reuniones de coordinación.

#### Proceso de adiestramiento de los ACS:

Se debe realizar teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

**Perfil del agente comunitario de salud:** es el conjunto de características que debe reunir la persona seleccionada que va a asumir el rol de agente comunitario de salud. Las expectativas sobre qué características y requisitos debe tener un ACS ideal son muy amplias no sólo entre los miembros de la comunidad y en las instituciones sino en los propios agentes comunitarios de salud. En relación con el perfil del agente, es importante que tenga **capacidad de interlocución amplia de concertar** con diferentes sectores de la comunidad, es decir que tenga un liderazgo en la comunidad, **habilidades y manejo de comunicación**.

#### Conocimientos que se deben adquirir los ACS:

- Identificar los problemas de salud de la comunidad.
- Identificar y referir a las personas de la comunidad, que requiere atención en el establecimiento de salud.
- Conocer y difundir mensajes claves para la prevención de las enfermedades.
- Conocer y difundir mensajes básicos de alimentación y nutrición del niño y la gestante.
  - Conocer y difundir los datos básicos en salud.
  - Conocer y difundir el tratamiento el tratamiento de rehidratación oral.
  - Conocer y difundir las medidas ante emergencias obstétricas, neumonías, EDAS, accidentes de tránsito, etc.
  - Conocer y difundir el plan de salud de su comunidad.

#### Habilidades que deben adquirir los ACS:

- Realizar el seguimiento y monitoreo comunitario de las familias en riesgo.
- Registrar las actividades realizadas.
- Aplicar y difundir las normas de higiene básica a las personas, las familias y la comunidad.
- Manejar instrumentos de registro de familias en riesgo.
- Coordinar y utilizar los recursos existentes en la comunidad.
- Plantear alternativas de solución a los problemas encontrados en la visita domiciliaria.
- Ordenar los problemas priorizándolos.
- Reconocer signos de alarma para las patologías prevalentes de su comunidad.

#### Actitudes que deben fomentarse en los ACS:

- Ser positivo, entusiasta y comprometido en sus actividades.
- Tener madurez emocional.
- Saber escuchar.
- Tener compromiso con los problemas de salud de su comunidad y con el establecimiento de salud
- Ser amable con las personas de su comunidad.
- Estar dispuesto siempre a ayudar a quien lo necesita.

- Inspirar confianza.
- Utilizar palabras sencillas y claras.
- Mantener una actitud vigilante acerca de los procesos de salud-enfermedad.

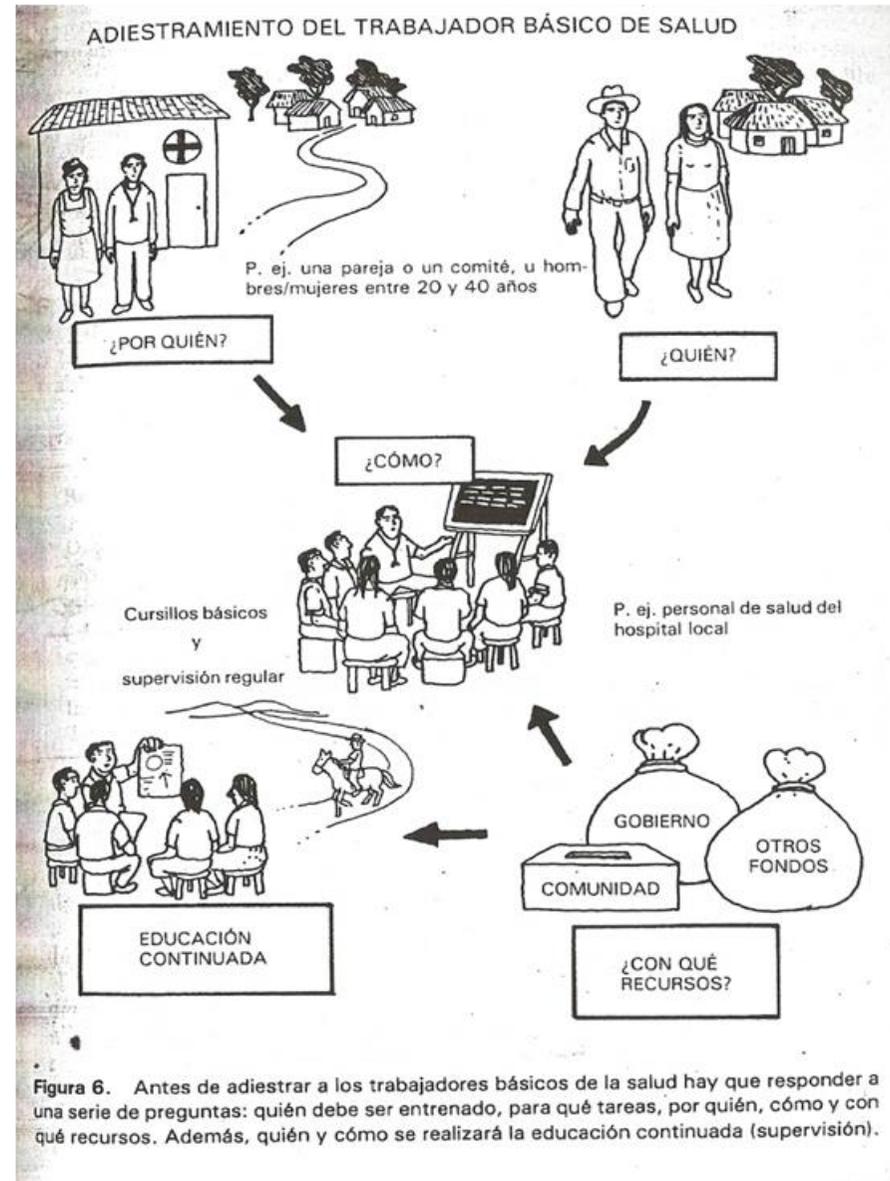


Figura 6. Antes de adiestrar a los trabajadores básicos de la salud hay que responder a una serie de preguntas: quién debe ser entrenado, para qué tareas, por quién, cómo y con qué recursos. Además, quién y cómo se realizará la educación continuada (supervisión).

### BIBLIOGRAFIA:

- "Sistemas de salud basados en APS: estrategias para el desarrollo de equipos de APS" de la Organización Panamericana de la Salud.
- "Atención Primaria: concepto, organización y práctica clínica" de A.Martín Zurro y J.F. Cano Pérez, 4ª edición, Hartcourt-Brace, 1999.
- Atención Primaria de Salud: principios y métodos; Axel Kroeger, Ricardo Luna y col; Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata; 1ª edición; Buenos Aires; Organización Panamericana de la Salud, 2003.

The page features a decorative graphic consisting of several overlapping blue circles of varying sizes and shades, connected by thin blue lines that form a network-like structure. The circles are positioned in the upper right and lower right areas of the page.

# PROMOCIÓN DE LA SALUD

Unidad VI

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

### 1- ANTECEDENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

El término de **promoción de la salud** por primera vez se utilizó en 1945, cuando Henry E. Sigerist, el gran historiador médico, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como:

- La promoción de la salud.
- La prevención de la enfermedad.
- El restablecimiento de la enfermedad.
- La rehabilitación.

Éste afirmó que **“la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, formas de esparcimiento y descanso”** para lo cual pidió el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos<sup>1</sup>.

Leavell & Clark en 1965 utilizaron el concepto de promoción de la salud al desarrollar el modelo de la historia natural de la enfermedad, que estaría constituido por tres “niveles de prevención” que describimos anteriormente en la unidad III.

La **prevención primaria**, al ser desarrollada en el período pre-patógeno, constaría de medidas destinadas a desarrollar una salud global ideal.

La **educación y la estimulación sanitaria** son elementos importantes para éste objetivo y los procedimientos para la promoción de la salud incluyen un **buen patrón de nutrición, adaptado a las distintas pases del desarrollo humano; la atención de las necesidades para el desarrollo de la personalidad, la orientación y educación adecuadas** de los padres en actividades individuales o de grupos; **educación sexual; vivienda apropiada; bienestar y condiciones agradables en el hogar y en el trabajo.**

A su vez la **orientación sanitaria en los exámenes de salud periódicos** y la **orientación enfocada hacia la salud en cualquier ocasión de contacto entre el médico y el paciente**, con extensión al resto de la familia, están entre los componentes de la promoción.

A lo largo de la historia se han desarrollado Cartas y Declaraciones que aportan contribuciones de las diferentes Conferencias Internacionales para el desarrollo conceptual de la promoción de la salud.

- **1974. Informe Lalonde: una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses.** Aquí se definen los determinantes de la salud que abordamos en la Unidad I y a su vez se le da énfasis a la necesidad de realizar acciones y políticas de promoción de la salud por parte de los gobiernos, en este caso el canadiense.
- **1978. Declaración de Alma-Ata y “Salud para todos en el año 2000”.** Define a la promoción de la salud como uno de los servicios de salud que se deben prestar en el primer nivel de atención junto a la prevención, la asistencia y la rehabilitación.
- **1984. Definición de la OMS de Promoción de la Salud:** son acciones dirigidas a la población sana y desarrolladas en los ámbitos de desarrollo cotidiano las comunidades que buscan impactar sobre los determinantes de la salud; implica la participación de numerosos actores y sectores junto a la participación comunitaria y los profesionales de la salud deben tener una participación esencial en la misma.
- **1986. Carta de Ottawa.** Es el producto de la Primer Conferencia de Promoción de la Salud donde se establecen las bases conceptuales de la misma.
- **1988. Recomendaciones de Adelaide.** Es el producto de la 2° Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Australia; el tema central de la misma fue valorar la influencia de las **políticas públicas saludables** en los determinantes de la salud. En la misma se estableció que las políticas públicas saludables constituyen un vehículo esencial para reducir las inequidades sociales y económicas que impactan de forma negativa sobre los determinantes de la salud por lo cual todos los Estados debían comprometerse a implementarlas.
- **1991. Declaración de Sundsvall.** Es el producto de la 3° Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Suecia. Se centró en el compromiso y la importancia de crear ambientes que apoyen la salud. Se mencionaron los siguientes eventos desfavorables del ambiente para la salud que son necesarios

combatir a nivel mundial: los conflictos armados, el crecimiento demográfico descontrolado, la alimentación inadecuada, el deterioro de los recursos naturales y la falta de autodeterminación de los pueblos respecto de su salud colectiva.

- **1992. Declaración de Bogotá.** Es la 1° Conferencia de Promoción de la Salud de América Latina. En la misma se declara que en la región de América Latina hay sectores importantes de la población **no han logrado satisfacer sus necesidades** para una vida digna y que existe **inequidad en la atención de la salud** lo que reitera la necesidad de optar por nuevas medidas de salud pública. Para revertir esta situación proponen que las acciones de Promoción de la Salud llevadas a cabo por los Estados se centren en fomentar el compromiso social y las voluntades políticas a favor de la Promoción de la Salud para lograr la transformación del sector salud y una nueva cultura de la salud.
- **1997. Declaración de Jakarta. Se produce en el marco de la 4° Conferencia Internacional de Promoción de la Salud;** propone por primera vez la necesidad de la **participación del sector privado** en las acciones de Promoción de la Salud e identifica a la salud como un **derecho humano básico e indispensable para el desarrollo económico y social, tanto individual como colectivo.** Identifica **cinco prioridades** de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:
  - ✓ Promover la responsabilidad social para la salud.
  - ✓ Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
  - ✓ Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
  - ✓ Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
  - ✓ Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.
- **2000. Declaración Ministerial de México.** En la 5° conferencia Internacional de Promoción de la Salud se establece que **las estrategias de Promoción de la Salud logran los objetivos propuestos** y que deben ser instrumentadas como **ejes en las políticas de salud pública de todos los Gobiernos.** Se compromete a situar a la Promoción de la Salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud.

- **2005. Carta de Bangkok.** Es Producto de la 6° Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en donde **se vuelve a resaltar la necesidad de un intenso compromiso gubernamental** respecto del desarrollo de políticas saludables y ambientes favorables para la salud. Se establece que todas las acciones que realicen las empresas privadas o públicas de cualquier sector deben estar enmarcadas en la Promoción de la Salud y nunca en su detrimento. Determinan que la Promoción de la Salud formará parte, como un **componente esencial, de la Agenda Mundial.**

## 2- COMPONENTES ESENCIALES DE LA CARTA DE OTAWA Y EL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD:

La promoción de la salud constituye un **proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.**

Es a su vez el proceso que **permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.** Para ellos la participación comunitaria es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

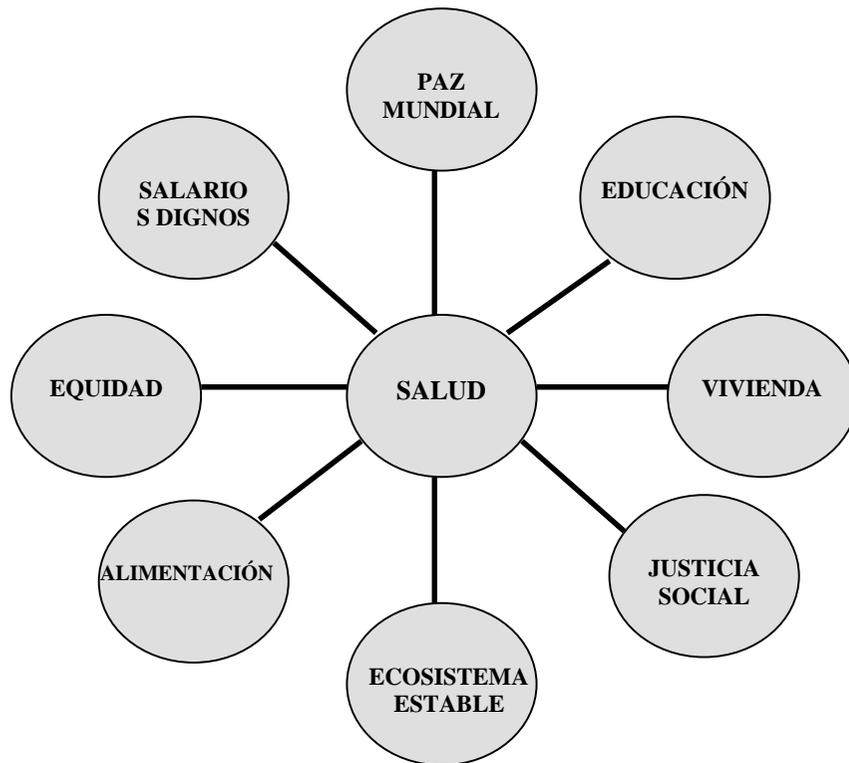
A continuación mencionaremos los puntos destacados de la carta de Ottawa para lograr comprender mejor la Promoción de la Salud: concepto de promoción de la salud, prerequisites de la salud, objetivos, estrategias y áreas de acción.

### Concepto de Promoción de la Salud según la Carta de Ottawa:

“... La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana...”

Se trata por tanto de un **concepto positivo** que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

**Prerrequisitos necesarios para la salud de las poblaciones según la Carta de Ottawa:**



**Objetivos de la Promoción de la Salud según la Carta de Ottawa:**

- Reducir las diferencias en materia de salud.
- Asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud a todos los individuos.

- Proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.

**Estrategias básicas para la Promoción de la Salud según la Carta de Ottawa:**

- Ejercer la **abogacía** por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas.
- **Facilitar** que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud
- **Mediar** a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

**Áreas de acciones prioritarias de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:**

- Establecer una política pública saludable
- Crear entornos que apoyen la salud
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud
- Desarrollar las habilidades personales, y
- Reorientar los servicios sanitarios

Existe una evidencia clara de que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces. Los que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía.

A su vez los **escenarios para la salud** ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales y la participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces.

La **alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario** fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el **empoderamiento** de las personas y las comunidades.

El incremento de la capacidad de la comunidad se incluye en la definición de acción comunitaria para la salud.

Parte de las actividades de promoción de la salud consiste en actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de los individuos, apuntando a sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias y en el ambiente de las culturas de la comunidad en la que se encuentran. En este caso las actividades tienden a concentrarse en componentes educativos, relacionados con riesgos de comportamientos alterables, que se encontrarían en parte bajo control de los propios individuos. Por ejemplo: El amamantamiento materno, o el hábito de fumar, la dieta, las actividades físicas, la conducción peligrosa en el tráfico, etc.

Lo que caracteriza a la promoción de la salud es la intervención sobre sus determinantes generales considerando que la salud es producto de un amplio espectro de factores relacionados con la calidad de vida que incluye:

- un patrón adecuado de alimentación y nutrición.
- de ámbitos de residencia y saneamiento.
- Buenas condiciones de trabajo.
- Oportunidades de educación a lo largo de toda la vida.
- Entorno físico limpio.
- Apoyo social de para las familias e individuos.
- Estilos de vida responsables.
- Y un espectro de cuidados hacia la salud.

Sus **actividades** estarían orientadas a la colectividad de individuos y al ambiente que lo rodea y se centra en alcanzar la equidad sanitaria.

Su **acción** se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Propone **combinación** de **apoyos educativos** y **ecológicos** para las acciones y condiciones favorables para la salud.

- Combinación supone la necesidad de considerar múltiples intervenciones y recursos.
- El apoyo educativo sugiere las estrategias de la educación para la salud.

- El apoyo ecológico implica las circunstancias sociales, políticas, económicas, organizacionales, y ambientales que interaccionan con las conductas relacionadas a la salud.

La promoción de la salud **es un proceso, no una solución fácil**. Su propósito es lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazos. Los resultados concretos varían, comprenden la participación de los ciudadanos y la comunidad y contribuyen a mejorar la calidad de vida.

Comprendiendo el concepto de salud integral desde un paradigma bio-psico-social-ecológico, surgen dos ejes centrales: el rol de la Comunidad en Salud y la Promoción de la Salud como claves multidimensionales para alcanzar real impacto en las condiciones de salud de la población.

Múltiple evidencia concluye que es crucial incluir ambos ejes en las intervenciones de salud, en adecuado balance con las acciones de tratamiento y rehabilitación, a través de estrategias integrales e innovadoras.

La Promoción de la Salud se considera esencial para alcanzar los objetivos sanitarios nacionales e internacionales y también para lograr los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas

### 3 -PARADIGMAS EN PROMOCION DE LA SALUD:

**Paradigma Médico Preventivo:** focaliza en las acciones tradicionales de prevención de la enfermedad. Incluye actividades de Saneamiento básico del medio, educación para la salud, control del riesgo, favorece las prácticas individuales de higiene y organiza la atención médica en niveles preventivos. La evidencia de la efectividad de las acciones se miden con indicadores de: incidencia/prevalencia de la enfermedad, de asociación e impacto epidemiológico.

**Conductual Individualista:** prioriza en el cambio del comportamiento individual mediante intervenciones dirigidas al individuo sin olvidar el énfasis a la enfermedad. Incorpora el discurso de los estilos de vida saludables y las prácticas adecuadas de salud.

**Sociopolítico:** se fundamenta en los valores de la equidad, la transformación social y los derechos humanos. Fomenta la acción colectiva, y apoderamiento, desarrollo humano sostenible y el establecimiento de alianzas, entre otras.

#### 4- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

Como vimos anteriormente, la participación comunitaria es un componente esencial y facilitador de las acciones de promoción de la salud.

Hacia fines de siglo XX, se comenzó a considerar el ámbito local, como el espacio más apropiado para la participación de la gente, se sostenía que las acciones a nivel local promovían la participación en el ámbito nacional.

Hoy se preconiza la **Participación Comunitaria** como una manera de sensibilizar y motivar a las personas para que desde las organizaciones de base y micro-organizaciones tengan intervención en la definición de las situaciones problemas. Intentando superar distintas formas de autoritarismo y paternalismo, para avanzar al concepto de redes sociales, en donde las relaciones horizontales priman sobre las verticales, emergiendo de esta manera nuevas formas de organización social.

#### ¿Qué se entiende por participación comunitaria en salud?:

Siguiendo a M. J Aguilar Idañez, generar procesos participativos, implica promover que las personas se involucren en todo aquello que les afecta directa y/o indirectamente, cambiando la actitud pasiva por otra pro-activa, interesada y consciente.

La década de los 60 constituyó un punto de inflexión en el concepto de participación, apartándose de cierto paternalismo de organizaciones internacionales, para comenzar a entender la Participación Social como derecho y responsabilidad ciudadana, en pos de autonomía y poder de decisión a nivel local.

Sería ideal que la comunidad participe “plenamente”, sin embargo habitualmente no es posible, especialmente si se respeta la libertad personal. Lo que usualmente se observa es que grupos afectados por necesidades determinadas, toman actitudes participativas, van incorporando de manera paulatina a otros actores a través de las redes sociales.

La experiencia histórica muestra que la participación comunitaria en salud puede tener diferentes alcances, ensayándose distintas opiniones, que no diferenciaban si la Participación Social es un medio y/o un fin en sí mismo.

#### Modelos de Participación:

1. En ocasiones se usa el concepto de **participación prescripta** para referirse a aquella impuesta desde niveles superiores cuando requiere de la intervención de la comunidad sólo en determinadas actividades. Ej.: divulgación, organización de una reunión, sin poder de decisión.

Por el contrario, en la **participación integral**, la población se involucra desde el inicio del proceso en el abordaje de cualquier situación, que de manera conjunta se haya determinado y que amerite su tratamiento.

Los grupos que implementan esta metodología la evalúan como altamente positiva, por cuanto la comunidad ofrece aportes valiosos al identificar las oportunidades que favorecen la realización de actividades. La reconocen como un espacio de intercambio de conocimientos, rescatando la potencialidad de la comunidad no sólo para identificar los problemas más sentidos, sino también para proponer las soluciones pertinentes a los mismos.

Puede decirse que no existe un único modelo de participación, las personas lo crean según las situaciones a enfrentar, el proceso se va creando de manera gradual, porque implica un aprendizaje constante de todos los involucrados, en donde la retroalimentación de los saberes es permanente.

2. Desde una perspectiva política la participación comunitaria o participación social, supone un **ejercicio de democratización y de construcción de ciudadanía**. También constituye un mecanismo de transformación social, cuestionando la dependencia,

reduciendo la apatía y la atomización social, posibilitando la construcción de una subjetividad no centrada en lo privado. Diversas iniciativas de promoción de la participación comunitaria tienen también por propósito cuestionar distintos aspectos de la realidad.

Una serie de tendencias en especial las propuestas neoliberales, ubicaron a la **participación centrada en el individuo y la competencia** como la alternativa más adecuada y realista, priorizando la auto-responsabilidad y secundizaron el papel de las estructuras y del estado. La Participación Social fue así reducida al individuo y/o micro grupo, colocando a los mismos tanto en los logros como en las consecuencias, acercándose al proceso conocido como de "culpabilización de la víctima".

3. Rifkin propone una significación funcional, a partir de preguntas sobre los componentes concretos y define formas posibles de participación:

- Participación en los beneficios de un programa que puede considerarse como participación pasiva, donde la gente es receptora de las acciones.
- Participación de la comunidad en las actividades de los programas, colaborando en la realización de algunas de las tareas.
- Participación en la ejecución de los programas, asumiendo pequeñas responsabilidades en la gestión del programa.
- Participación en la vigilancia y evaluación de los programas, valorando junto con los planificadores acerca del cumplimiento de los objetivos.
- Participación en la planificación de los programas, determinando prioridades, formulando objetivos y actividades. Se trata del nivel más alto de participación.

Detrás de los distintos alcances de la participación comunitaria, subyacen distintas formas de entender la participación, que marcarán las actitudes tanto del equipo de salud como de la población.

4. Vinculada a la idea de diferentes alcances de la participación comunitaria está la de niveles y/o intensidades en la que puede instrumentarse esta participación. Según M.J. Aguilar Idañez pueden establecerse seis niveles posibles de participación:

- La participación como oferta y/o invitación es el nivel más bajo, pudiéndose hablar de pseudo-participación.
- La participación como consulta. En este caso los responsables que están ejecutando un programa, solicitan sugerencias o que expresen sus puntos de vista sobre lo que se está haciendo
- Una forma más participativa es por delegación, que puede darse en el interior de una organización (se delegan facultades y responsabilidades dentro de un programa, pudiendo tomar algunas decisiones autónomas).
- La participación como influencia y/o recomendación se expresa a través de la capacidad de influir mediante propuestas acerca de lo que es conveniente hacer. Tienen el poder de decisión.
- La cogestión es un mayor grado de participación, en donde se establecen mecanismos de co-decisión y de colegialidad, por lo cual la participación se transforma en algo institucionalizado.
- La autogestión, el más alto grado de participación se trata de gestionarse uno mismo. Cada uno interviene en la toma de decisiones, conforme a los lineamientos generales establecidos conjuntamente por todos los involucrados.

En síntesis la participación comunitaria plantea el desafío de promover cambios en los modelos de atención centrados en la persona, en la familia y en la comunidad. A través de ella la comunidad puede y debe involucrarse en el proceso salud-enfermedad- atención, desde la detección de las necesidades y la elaboración de las propuestas, hasta la ejecución y evaluación de las mismas.

Se requiere un cambio desde el interior del sector salud para posicionarnos de manera diferente, desarrollando capacidades de relacionarnos con el otro, para no ser ajenos al escenario local.

#### La participación comunitaria: funciones y objetivos

En relación con la funcionalidad básica de la participación, la cuestión estriba en precisar si ésta se entiende como medio y/o como un fin.

La participación entendida **como medio**, no es otra cosa que utilizar los recursos comunitarios (incluida la población) para alcanzar las metas y objetivos preestablecidos. Por lo tanto los resultados son más importantes que el acto de participación. Se trata de mejorar la eficiencia de los servicios, es una técnica de gestión, en definitiva es principalmente “una forma estática, pasiva y controlable de participación” y lamentablemente la más frecuente.

La participación **como fin**, conlleva más la idea de de proceso de crecimiento dinámico, no cuantificable ni previsible. Es una forma activa de participación que es creada y configurada por quienes participan, respondiendo a las necesidades y circunstancias cambiantes del lugar. Se la considera como un proceso intrínseco al desarrollo que refuerza un programa y que existe más allá de ellos. No se la considera una técnica de gestión sino como base para que la gente pueda intervenir en los niveles superiores.

Sin embargo no se trata de posiciones funcionales antagónicas extremas, en la práctica las variaciones dependen de cómo se combinen los elementos de carácter instrumental (medio) o de carácter finalista (fin), otorgando mayor y o menor importancia a cada uno de ellos en cada caso concreto.

Es decir que en función de las expectativas colocadas en la participación social, la misma puede considerarse como un objeto específico de salud, como sujeto, o como medio para la obtención de otro tipo de objetivos, como recurso.

La participación social es propuesta para algunos como un recurso local para la supervivencia dentro de la misma pobreza, mientras que para otros es un medio idóneo para orientar la transformación social a partir de lo local. Por lo tanto desde la conferencia de Alma Ata se mantiene la doble acepción de la participación social, una en términos de recurso y otra en términos de población organizada que interviene en las etapas de los programas.

En cuanto a la segunda acepción una de las definiciones más conocidas es la de Muller (1979) quien consideró a la participación social como el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por los objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones.

El desarrollo de estos programas de carácter participativo, no sólo ha mejorado la valoración de los recursos construidos, si no que aumenta el compromiso de los usuarios y favorece su organización para intervenir en otros aspectos que inciden en el mejoramiento de su calidad de vida: urbanización, mejoramiento de entorno, respuesta a rentistas, capacitación en la legislación relacionada con el tema.

### 5- ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA.

La Planificación Local Participativa **es una herramienta que permite a los equipos de salud y comunidades conocer su realidad, encontrar en conjunto algún grado de explicación a la misma y a la vez de sentirse capaces de actuar sobre ella. Implica un proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación.**

La Planificación Local Participativa como herramienta posibilita:

- Conocer mejor la realidad, las condiciones de vida e intereses de población.
- Generar un espacio democrático de concertación local.
- Democratizar la gestión local.
- Potenciar las capacidades y las actitudes creativas en los actores locales.
- Involucrar a la sociedad civil (incluyendo actores locales, organizaciones, grupos diferenciados) con el fin de que participe en la toma de decisiones, exprese sus problemas, causas y soluciones, establezca prioridades, se corresponsabilice en la ejecución, operación y mantenimiento de proyectos.
- Definir políticas de acción local.
- Definir sectores estratégicos, programas y proyectos.
- Establecer corresponsabilidades en la gestión local con todos los actores involucrados.
- Establecer el mejor uso y localización de los recursos

**Planificación:** “Ver un ladrillo y soñar una casa. Eso es, en resumidas cuentas, planificar” Sencillamente y aunque suene redundante, planificar es hacer planes,

marcar caminos y buscar los medios para alcanzar algo. Es una herramienta que nos permite trazar un itinerario para llegar a lo que queremos. Es mirar hacia adelante con esperanza. Siempre partimos desde la realidad y nos proyectamos mediante lo que deseamos hacia el futuro. La realidad es una circunstancia conformada por diferentes escenarios, algunos de ellos son gratos y gratificantes, pero que conviven con escenarios generadores de circunstancias poco agradables o insatisfactorias, a las que denominamos problemas. Estos problemas, son percibidos e impactan de manera distinta en los actores sociales.

La planificación está presente en nuestras vidas. Si nos detenemos un minuto a pensar, observaremos que existe planificación y programación de actividades, permanentemente.

Pensemos un ejemplo cotidiano, imaginemos que queremos comer un guiso de carne con papa y Choclo:

- Lo primero que tenemos que saber, es ¿qué vamos a hacer?, para este caso lo que vamos a hacer es el guiso.
- ¿Por qué lo queremos hacer?: para comer con los amigos.
- ¿Para qué lo vamos a hacer?: Para estar juntos, para afianzar los vínculos.
- ¿Dónde lo vamos a hacer?: En lo de Juan.
- ¿Quiénes lo vamos a hacer?: Aquí van los responsables para cada actividad. ¿Quién va a lavar las verduras? ¿Quién va a pelar las papas?
- ¿Cuándo lo vamos a hacer?: Tiempo que nos llevará hacer la comida
- ¿Con qué lo vamos a hacer?: La carne, el maíz, las papas. También necesitamos combustible para calentar los alimentos, platos y cubiertos para servirlos. Es lo que se denomina: Insumos/Recursos.
- ¿Cuánto va a costar la comida y de dónde obtendremos el dinero?: Presupuesto.

**Pero este procedimiento no es lineal...** ¿Qué pasa si no contamos con todos los insumos, con qué lo reemplazamos? ¿Qué pasaría si el gas es insuficiente, o la garrafa se acaba? ¿Nos quedamos con la cocción del guiso interrumpida? ¿Qué ocurre si el que debía traer el trozo de carne, no pudo venir? Como vemos, para hacer un simple guiso, tuvimos que planificar y aunque no lo hayamos escrito, seguimos una serie de pasos e identificamos posibles obstáculos para que salga un guiso y no una sopa.

**Planificar** consiste en identificar problemas (actuales y futuros), fijar prioridades de intervención para implementar soluciones, determinar si están dentro de la capacidad de acción de quien planifica, identificar los factores que determinan el estado de cosas consideradas insatisfactorias, establecer los cursos de acción posibles, determinar responsabilidades de la ejecución de las soluciones propuestas y definir los procedimientos de evaluación (anteriores y posteriores) que permitan monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para el fin perseguido y si los resultados están dentro de lo esperado”

**Enfoque estratégico:** los conceptos y enfoques de la planificación estratégica en el campo de la salud, fueron introducidos en América Latina durante la década del 70. Algo que estaba prácticamente ausente en los modos de hacer planificación y gerencia entonces era la variable política. Lo político se consideraba separado de lo técnico, y los planes terminaban por ser más un documento acerca de lo que debía hacerse, que un instrumento útil para quienes debían gobernar el presente. Ahora bien, la esencia de cualquier proceso de planificación es la de fijar objetivos y desarrollar los medios más adecuados para obtener el resultado buscado, y tanto una cosa como la otra dependen sustancialmente de las variables relacionadas con el poder. Planificar no consiste en escribir buenos documentos sino en aplicar herramientas para transformar una realidad, y para eso se necesita fundamentalmente poder, esta es la dimensión política que se incorpora en el enfoque estratégico.

El enfoque estratégico apunta justamente a considerar la dimensión política, a valorar la presencia de la diversidad de actores con distintos intereses y capacidades de ejercer poder, de modo que podamos pensar estratégicamente como obtener apoyos y sortear los obstáculos para alcanzar los objetivos buscados. La estrategia supone construir un camino en medio de un juego de actores y en un territorio incierto donde las variables del entorno pueden cambiar drásticamente la situación

**Planificación Estratégica:** la planificación estratégica en salud se define como una forma de relacionar los problemas y necesidades en materia de salud de los grupos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir un proceso de cambio hasta la resolución o control de esos problemas.

La planificación estratégica no estipula que las decisiones que se tomen sean las correctas y/o definitivas, sino que las mismas se basen en una visión de futuro, por lo que su valor radica en que también contribuye a reconocer y corregir errores.

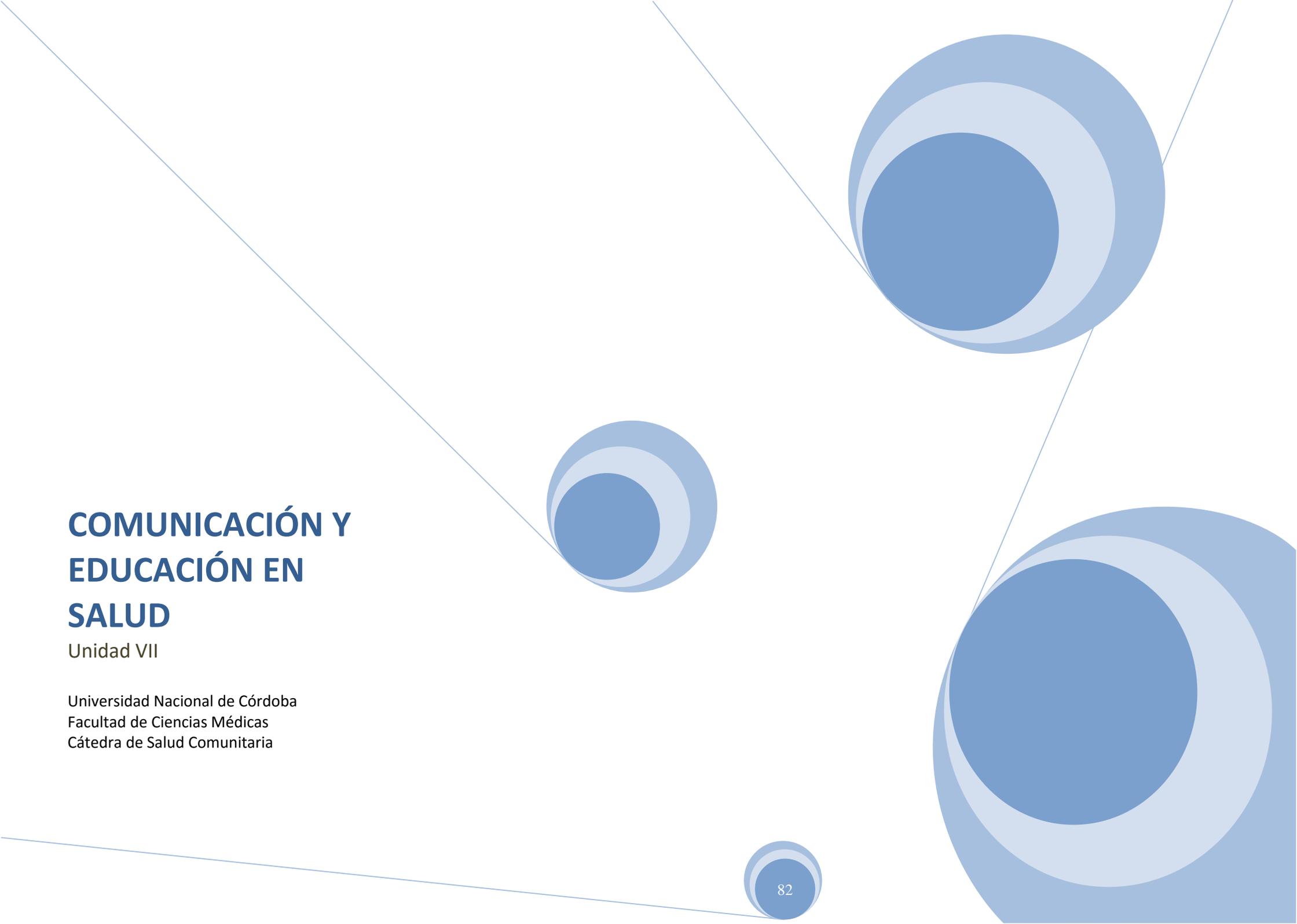
El desafío más fuerte que supone este tipo de metodología es la aplicación de los conocimientos de salud con la participación de la mayor cantidad de actores sociales posible, y definido a través de un enfoque integral.

¿Pero qué es un **actor social**? Es aquel actor (persona, grupo u organización) que tiene capacidad para tomar decisiones con una significación social. Es aquel que es tenido en cuenta, al que se le presta atención y el que además cuenta con algún recurso para ejercer poder. Cuando nuestra acción no modifica una situación que queremos cambiar no nos percibimos como actores sociales. El actor social sí percibe que su participación activa modificará la situación identificada como problema.

---

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Promoción de la salud: una antología OPS Publicación Científica N° 557 pp. 38 1999.
- Czresnia Dina, Machado de Freitas Carlos, Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Edit. Lugar. Buenos Aires. 2008
- Capítulos 1 y 2 del libro "Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable"; de Helena Resstrepo.
- Carta de Ottawa; Declaración de Adelaide; Declaración de Sundsväl; Declaración de Yakarta; Declaración ministerial de México; Carta de Bangkok; Declaración de Bogotá.
- Guía de Programación Local Participativa para equipos de APS; Programa Remediar.

The page features a decorative graphic consisting of several overlapping blue circles of varying sizes and shades, connected by thin blue lines that form a network-like structure. The circles are positioned in the upper right and lower right areas, while the lines extend across the page.

# COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

Unidad VII

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

Los puntos 1, 2 y 3 del siguiente texto son fragmentos del libro "Manual de Comunicación para la Salud" del Área de Comunicación del PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PROAPS) de la provincia de Córdoba; el texto completo está disponible en la página web del PROAPS:

### 1- ¿QUÉ COMUNICACIÓN PARA QUÉ SALUD?

#### ¿Qué Comunicación para qué Salud? ¿Cómo pensar la Comunicación para la Promoción de Salud?

Cuando hablamos de salud no todos nos referimos a lo mismo, hay distintas concepciones que se concretan en diferentes tipos de acciones a llevar adelante en una misma situación. Cuando hablamos de comunicación sucede lo mismo, las distintas maneras de entender la comunicación nos llevan por caminos diferentes.

Así, "comunicar" se relaciona con acciones como dar a conocer, informar, manifestar, influir, revelar, expresar, poner en común; que organizadas nos dicen que la "comunicación" tiene un doble origen y significado, uno más ligado a la transmisión de información y otro a dialogar con otro/s.

La comunicación como transmisión de mensajes o de información, es la concepción más difundida y se presenta siempre de esta manera:



Este esquema simplifica demasiado el hecho comunicativo y no nos permite pensar, y por lo tanto actuar, en todo lo que entra en juego cuando nos comunicamos. En una rápida mirada al esquema anterior, lo que podemos ver es un "emisor" y a un "receptor" inamovibles:

- El emisor es el que dice, el que tiene toda la información, y está cargado de la responsabilidad de armar un mensaje inequívoco.
- El receptor es planteado como el último tramo del proceso, sin incidencia en la construcción de lo que se dice y de lo que se pone en juego.

Esta es una manera unidireccional de pensar la relación entre los que se comunican: el emisor es el que dice y construye el sentido de lo que se quiere decir, mientras el receptor sólo lo asimila. Desde esta concepción, los integrantes del equipo de salud serían emisores, ocuparían el rol del que tiene el saber y la palabra autorizada para hablar de salud.

Es fácil darse cuenta que nunca somos exclusivamente "emisores" o "receptores" puros, sino que el sentido de lo que decimos se va produciendo colectivamente a medida que se desarrolla la relación comunicativa.

Pero además ninguna relación comunicativa sucede en el vacío, nos comunicamos desde espacios concretos, que tienen una historia, una geografía específica, porque somos parte de una trama social compuesta por una red de relaciones interpersonales y mediáticas.

Los mensajes que producimos están inscriptos en esa trama sociocultural que opera en el momento en que los producimos y también en el momento de la recepción. Esa trama, esa historia, esa situación sociocultural, inciden en el significado que nuestros mensajes y discursos van a adquirir.

Por eso aquí vamos a trabajar desde una idea de **comunicación entendida como diálogo**, como relación que necesariamente implica la participación de al menos dos actores implicados, sean personas, grupos u organizaciones, y por lo tanto, vamos a partir del hecho de que no puede haber relación comunicacional desde de la existencia y voluntad de un solo actor: el emisor de los mensajes. Siempre existe otro en la comunicación.

La comunicación es una dimensión de la vida y de las relaciones sociales.

*Muchas veces asumimos la actitud de "nosotros tenemos el saber sobre la salud, ustedes sólo tienen creencias y conductas que deben cambiar". Y aunque esta frase suene exagerada, aparece impregnando en mayor o menor medida - muchas veces en forma inconsciente- la actividad de los trabajadores de la salud. Y entender la comunicación como simple transmisión de mensajes, a pesar de ser la concepción más difundida, no permite trabajar desde un enfoque de la promoción de la salud que busca producir cambios de valores y prácticas en la población con la que se trabaja.*

Por eso, cuando hablamos de comunicación, hablamos de **actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de medios o no, donde existe un UNO y un OTRO o varios otros con quienes cada actor, individual o colectivo, establece interacciones.**

Esta concepción es la que nos permite trabajar en sintonía con la de Promoción de la salud que busca construir una vida saludable, a partir de generar condiciones para que individuos y grupos desarrollen la capacidad de actuar, se empoderen y tomen decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo.

¿Por qué?

Porque para que esto sea posible, es necesario generar vínculos que permitan compartir el modo en que entendemos y construimos una vida saludable. Y **esta construcción de vínculos y sentidos compartidos es la dimensión comunicativa de nuestra tarea.**

**La construcción de vínculos y sentidos compartidos es la dimensión comunicativa de nuestra tarea.**

Esta dimensión comunicativa de los procesos de promoción de salud, tiene que ver con cómo se establecen esos vínculos, esas interacciones, para construir en común esas posibilidades. Estamos hablando, de acciones que tienen una fuerte dimensión educativa.

**¿Qué problemas y necesidades son problemas y necesidades de comunicación?**

Decimos que la comunicación es una construcción de vínculos y sentidos compartidos, esto significa que estamos hablando de un diálogo entre interlocutores. Este diálogo puede ser más o menos difícil de lograr. A veces puede cumplir sus objetivos y otras veces no, y es ahí cuando hablamos de "problemas de comunicación".

Ahora bien, aunque lo comunicacional atraviesa todas las prácticas en las que nos relacionamos con otros, no todos los problemas que surgen en esas relaciones son

problemas que tengan su origen en la comunicación de los actores, ni que puedan solucionarse con más o mejores medios de comunicación.

El comunicador uruguayo, Gabriel Kaplún, señala que los problemas y necesidades de comunicación pueden centrarse en la necesidad o la dificultad para establecer o restablecer VÍNCULOS. Estos son los problemas de comunicación que surgen cuando se piensa qué relación se quiere establecer con algunos actores de la comunidad, o con algún grupo en particular para trabajar sobre algo.

Por ejemplo cuando tenemos dificultades para acercarnos a los jóvenes para trabajar junto con ellos sobre salud sexual y reproductiva. La necesidad / dificultad para producir, compartir y hacer circular SENTIDOS.

Cuando hablamos de sentido hablamos de los significados y de la dirección y el valor que le otorgamos a los mensajes y discursos que producimos. Esta dirección y valor está dada por las ideas compartidas, lo que habitualmente conocemos como: "una forma de ver el mundo" o "un horizonte compartido", que vamos construyendo en las diversas dimensiones de nuestra vida. Es lo que la gente vive, piensa y sueña sobre diferentes temas que hacen a la vida y al mundo en que vivimos.

Entonces, por ejemplo, cuando hablamos de salud, hablamos de unas ideas compartidas sobre la salud. Estas ideas o sentidos compartidos nunca son individuales sino que se van haciendo junto con otros. El sentido compartido no se logra sin vínculos. Pero, al mismo tiempo, el vínculo no es nada si no hay un horizonte común. Hace falta una dirección que nos marque el camino que vamos a recorrer, que hacemos junto con otros.

La construcción colectiva, de lo que entendemos por salud y enfermedad, y de los modos de hacer promoción de la salud, son problemas de comunicación. Y también problemas que están muy vinculados a la educación.

Llenar de contenido ideas como "hábitos saludables", "alimentación variada" es una tarea difícil porque probablemente ya existan en la comunidad ideas previas de lo que esto significa, y quizás no sea lo que nosotros proponemos.

La tarea de producir, compartir y hacer circular esos nuevos significados para esas palabras, esas nuevas formas de entender la salud, es parte de la dimensión comunicativa del trabajo en la promoción de la salud.

Cuando se dice que se tiene un **problema de comunicación** se está expresando una **necesidad insatisfecha**, la ausencia de algo.

**¿Cómo podemos determinar cuáles son nuestras dificultades para entablar el diálogo con el otro?**

Para poder avanzar sobre este tema, retomamos la propuesta de Gabriel Kaplún<sup>2</sup>, que distingue entre necesidades y satisfactores<sup>3</sup>. Las necesidades de comunicación son de carácter antropológico, básicas para el desarrollo de la vida humana. Los satisfactores de las necesidades son de carácter cultural, y por lo tanto se definen en cada cultura y en cada comunidad.

Las necesidades de las que hablamos tienen que ver con diferentes dimensiones de la vida. Unas tienen que ver con el **ser**, otras con el **tener**, otras con el **estar**. Otras necesidades tienen que ver con la acción o con el **hacer**.

- SER → **Saludable**
- TENER → **Alimento**
- HACER → **Comer bien**
- ESTAR → **En un entorno saludable**

En comunicación estas cuatro dimensiones de las necesidades se pueden expresar así:

- SER → **Receptivo, abierto, expresivo ....**
- TENER → **Canales, medios, materiales ...**
- HACER → **Escuchar, expresarse, dialogar ...**
- ESTAR → **Espacios formales e informales de comunicación ...**

La propuesta es pensar nuestras necesidades de comunicación desde estas cuatro dimensiones porque si no podemos estar reduciendo nuestros problemas y necesidades.

Si entendemos de esta manera las posibles necesidades de comunicación, entonces un video, una cartilla o un afiche, o un spot radiofónico no son necesidades sino posibles maneras de satisfacerlas. Esta propuesta nos permite hacer un análisis más profundo para entender mejor cuáles son los problemas en juego y cuál es el mejor modo de encararlos. Porque si no lo que planteamos como posibles satisfactores de esas necesidades pueden serlo solo superficialmente y entonces la necesidad va a seguir insatisfecha.

En general cuando decimos que tenemos problemas de comunicación pensamos que nos hacen falta canales o medios. La dimensión del tener es la que más solemos abordar y suelen ser los tipos de satisfactores que buscamos desarrollar: hacer más cartillas, llenar la comunidad de afiches, entregar cientos de volantes, etc... Esto es como creer que todas las necesidades de salud se resuelven sólo con medicamentos, sin tener en cuenta los hábitos de vida o el ambiente en que vivimos.

Por eso, es importante también pensar en las otras dimensiones para tener una mirada más amplia y profunda que nos permita abordar la complejidad de las relaciones comunicativas y de sus problemas. Entonces, si decimos que deberíamos ser capaces de escuchar más, de dialogar más, lo que necesitamos es un tiempo y un espacio para ello, o revisar cuáles son los espacios previstos para la escucha, o qué espacios formales o informales se abren para el diálogo con los actores de la comunidad.

### Rol del Equipo de Salud desde la dimensión comunicativa

La intervención comunitaria de todo equipo desde la promoción de salud, determina cierto trabajo de comunicación, por ejemplo:

Promover la construcción colectiva de una "vida saludable" **REQUIERE** Implementar **planes de comunicación** para facilitar la participación de la comunidad en los procesos de incorporación de prácticas que mejoren la calidad de vida, expresión de demandas y definición de políticas de salud.

Aportar a la generación de políticas públicas en salud. **REQUIERE** Colocar en la agenda pública local los temas de salud prioritarios para la comunidad.  
Favorecer el diálogo entre la comunidad y las distintas instancias de gobierno.

Desarrollar intervenciones en comunicación que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables. **REQUIERE** Identificar y priorizar situaciones que afectan la salud y el bienestar colectivo susceptibles de mejora a través de procesos de participación.  
Diseñar planes efectivos de comunicación, con foco en el restablecimiento de vínculos y la creación/circulación de sentidos compartidos.  
Desarrollar prácticas de comunicación que contengan las dimensiones del ser, tener, hacer y estar para dar respuesta a distintas necesidades.  
Crear las condiciones de sustentabilidad en el tiempo de las distintas prácticas.



### FICHA N° 1

#### La COMUNICACIÓN entendida como DIÁLOGO

Actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de medios o no, donde existe un UNO y un OTRO o varios otros con quienes cada actor, individual o colectivo, establece interacciones.

#### ¿Qué problemas y necesidades son problemas y necesidades de comunicación?

- \* La necesidad o la dificultad para establecer o restablecer VÍNCULOS
- \* La necesidad / dificultad para producir, compartir y hacer circular SENTIDOS.

#### ¿Cuáles son las dificultades para entablar un diálogo con el otro, para comunicarnos?

UN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN EXPRESA UNA NECESIDAD INSATISFECHA.

Las necesidades tienen que ver con diferentes dimensiones: con el SER, con el TENER, con el ESTAR, con el HACER.

En COMUNICACIÓN estas cuatro dimensiones de las necesidades se pueden expresar así:

- SER → Receptivo, abierto, expresivo
- TENER → Canales, medios, materiales
- HACER → Escuchar, expresarse, dialogar
- ESTAR → Espacios formales e informales de comunicación

#### \* ROL DEL EQUIPO DE SALUD DESDE LA DIMENSIÓN COMUNICATIVA

- \* Promover la construcción colectiva de una "vida saludable".
- \* Aportar a la generación de políticas públicas en salud.
- \* Desarrollar intervenciones en comunicación que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables.

## 2 - UNA HERRAMIENTA PARA DEFINIR LA ACCIÓN COMUNICATIVA.

Dijimos que cuando se habla de una necesidad se está hablando de la ausencia de algo, ausencia que generalmente se expresa en términos de deseos. Mirarlos problemas y las necesidades desde el lado de los deseos es importante porque el deseo funciona como un articulador. Reconocer los deseos presentes en los lugares y sobre las problemáticas con las que vamos a trabajar nos puede proporcionar la fuerza movilizadora.

Ahora, para poner en acción el deseo del otro en los procesos de comunicación, es necesario desarrollar la capacidad de ponerse en su lugar. Esto no significa que debemos pensar como ese otro, sino hacer un esfuerzo por entender su punto de vista, el lugar desde el cual mira, aún para discutir con él.

Para dialogar con otro, individual o colectivo, primero tengo que entender cómo es, saber qué le pasa, cuáles son sus palabras, sus historias, sus maneras de ser. Para entablar un diálogo real siempre debemos partir del otro. Muchas veces los proyectos de los técnicos introducen "lógicas del pensar" que tienen poco que ver con los procesos de una comunidad, porque en realidad solo parten de los "deseos" de los técnicos. Pensar desde los deseos presentes en la comunidad y no sólo desde las necesidades o desde el diagnóstico técnico, puede ayudar a construir una propuesta que al interpelar se vaya construyendo desde una lógica común. Si esto se logra es posible que se generen acciones que trasciendan el proyecto puntual y que se inserten en un proceso colectivo más amplio y permanente en la comunidad.

Entonces para pensar qué hacer con los problemas y necesidades comunicacionales que tenemos como equipo de salud, necesitamos comprender al otro con quien nos queremos comunicar como parte de una comunidad. Por eso es necesario pensar en la comunidad como un escenario de comunicación, porque los diálogos que queremos establecer son parte de la trama de relaciones que constituyen la comunidad que integramos.

¿Qué elementos forman la comunicación de una comunidad?

Muchas de las cosas que suceden cotidianamente en las comunidades en las que trabajamos pueden ser vistas como hechos de comunicación: conversaciones, pintadas en las paredes, fiestas y encuentros, peleas, chismes, etc.

Para desarrollar nuestra tarea de manera que sea útil a la gente con la que trabajamos, debemos tener en cuenta esa comunicación natural y espontánea.

Siempre hay que tener en cuenta que la historia de la comunidad, comunicándose sobre los más variados temas, precede a nuestro trabajo. Por lo tanto, hay que pensar en el conjunto de hechos en los cuales unos actores se comunican con otros a diario de manera cotidiana y espontánea. Hay que tener en cuenta también que esa comunicación se realiza desde un abanico muy amplio de objetivos, opiniones y sentimientos e incluso muchas veces desde diferencias muy grandes entre esos actores.

Por eso, si queremos establecer un dialogo real con esos actores, es importante conocer bien esa comunidad y sus modos de comunicarse.

*Tenemos que evitar parecernos a esas personas que se suman a una conversación sin conocer de lo que se estaba hablando y empiezan a dar opiniones y a decir cómo se tienen que hacer las cosas... eso siempre genera antipatía y establece una barrera que dificulta el diálogo.*

Por eso es necesario analizar algunos **elementos** antes de empezar nuestro diálogo con la comunidad:

- Los **actores** que viven y desarrollan sus actividades en la comunidad
- Los **procesos sociales, históricos, culturales y políticos** que atraviesan a la comunidad.
- Los **problemas y contenidos** que la movilizan
- Los **lenguajes y códigos** que cada comunidad utiliza, entiende y disfruta.
- Los **espacios y circuitos** en los que se mueven y encuentran los miembros de la comunidad.
- Los **medios y técnicas de comunicación** que se usan cotidiana mente

**Los actores:** en este punto vamos a señalar que cuando hablamos de los actores de la comunidad no solo hablamos de los otros sino también de nosotros. El equipo de salud es parte de esa comunidad en la que trabaja y está igualmente cruzado por múltiples aspectos que determinan, limitan y potencian su trabajo y el modo en que se comunica. Por eso aquí vamos a señalar algunas consideraciones para el equipo de salud y los otros actores de la comunidad.

**Los procesos sociales, históricos, culturales y políticos que atraviesan a la comunidad:** cada ciudad, comunidad, pueblo, barrio es el resultado de un entramado de tradiciones, relatos y acontecimientos que pesan en la memoria y en el modo diario de ser de sus habitantes.

Para generar procesos que estén verdaderamente arraigados en la vida de cada comunidad, apuntando a que los miembros de esa comunidad se apropien de esas propuestas, debemos recuperar esa historia colectiva. Si no hacemos esto, nunca entenderemos el porqué de las cosas que suceden ni podremos cambiarlas o fortalecerlas según el caso. Incluso podemos cometer errores groseros que destruyan el trabajo que venimos realizando.

En este punto cabe preguntarse: ¿Cuál ha sido la historia reciente de la comunidad?, ¿en que trabajan, de qué viven, cómo se relaciona eso con otras dimensiones de su vida?, ¿qué actividades culturales realizan?, ¿qué música escuchan, qué ven en televisión, cómo se divierten?, entre otras cosas...

*Siguiendo con el ejemplo que veníamos dando, es como si nuestro personaje que recién se suma a la conversación empezara a hacer chistes sobre alguna enfermedad en una casa donde se la ha sufrido.*

**Los problemas y contenidos que movilizan a la comunidad:** para poder iniciar un diálogo con la comunidad tenemos que saber cuáles son esas cuestiones que están presentes como demandas o necesidades y que son vividas como urgencias o cosas de suma importancia en la vida del lugar.

Temas como el embarazo adolescente, las adicciones, la alimentación, las enfermedades de transmisión sexual, pueden ser problemas importantes para la comunidad y debemos ponerlo en nuestras prioridades comunicacionales.

Probablemente aparecerán conflictos de intereses entre los distintos actores, que viven cada problema de manera diferente, según el lugar social y cultural que ocupan en la comunidad, a qué se dedica o cuáles son sus intereses y objetivos.

Debemos leer con la mayor claridad posible ese juego para aportar a un proceso de participación y apropiación de nuestras propuestas por parte de la comunidad.

En relación a lo que nosotros trabajamos *¿Qué temas son considerados importantes? ¿Por qué? ¿Quiénes consideran importante cada tema, qué opinan los otros actores sobre esos temas? ¿Cuáles son las principales demandas de la comunidad?*

**Lenguajes y códigos:** puede suceder que a pesar de que nos esforzamos por hacer afiches o cartillas que sean bonitas y prolijas, no les gusten o no sean leídas por aquellos con quienes queríamos dialogar, explicarle o invitarlos a participar en algo. A veces eso sucede porque no tenemos en cuenta los **lenguajes** y los **códigos** que la comunidad maneja y disfruta.

Los **lenguajes** son "universos de significación"; algo amplio como pueden ser el lenguaje sonoro, escrito, visual, oral, etc. Los **códigos** son los "sistemas de reglas específicos" dentro de cada lenguaje. Entonces dentro del lenguaje oral existe un código amplio que es el castellano y dentro del castellano códigos más específicos como el código de la cárcel, el de los médicos, el del barrio, el de los jóvenes, etc.

Tenemos que lograr que nuestros productos y actividades de comunicación utilicen múltiples lenguajes (oral, visual, escrito, sonoro) siempre teniendo en cuenta que tipo de lenguaje utilizan con mayor facilidad y disfrutan aquellos con quienes queremos dialogar. Algo similar sucede con el uso de los códigos, tenemos que estar muy atentos y ver cómo utilizan cada lenguaje (oral, escrito, visual, etc.) en la comunidad.

*Si organizamos un encuentro de madres para que al mismo tiempo se puedan vacunar los niños de la comunidad, no podemos poner música clásica, es más probable que se cree un mejor clima si ponemos la música que esas madres escuchan: folclore, quarteto, cumbia, románticos, por ejemplo.*

Es muy común que no se tengan en cuenta estas cosas cuando elaboramos nuestros medios de comunicación o hablamos con la gente.

Supongamos que escribiéramos el siguiente texto pensado en una campaña de lactancia materna: "Ventajas de la lactancia materna: Apoyo inmunológico específico e inespecífico, anticuerpos, receptores análogos, lactoferrina, losocimas, leucocitos macrófagos, granulocitos, linfocitos T y B, maduración anatómica y funcional de la barrera intestinal...", etc.

Seguramente nadie se va a enganchar con nuestra cartilla y no produciremos ningún cambio porque este mensaje puede estar bien para el texto de la ponencia de un congreso, pero no comparte los códigos de las madres de nuestra población a cargo.

Por eso debemos preguntarnos: *¿La comunidad en la que trabajamos sabe leer y escribir?, ¿prefieren y disfrutan más escuchar las cosas o leerlas?, ¿de qué manera se relacionan entre sí?, ¿cuáles son sus códigos?, ¿qué cosas son vistas con simpatía y cuáles no?* Entre otras...

**Los espacios y circuitos:** si queremos pensar de manera completa la comunicación de la comunidad, tenemos que tener en cuenta también los diferentes **espacios** en **donde estamos y por donde circulamos** nosotros y la población con la que trabajamos.

En cada uno de estos espacios nos relacionamos de manera diferentes con las otras personas presentes y estamos más predisuestos a formas diferentes de diálogo.

Para tener cierta claridad en relación a esos espacios y a cómo comunicarnos de manera más eficaz en cada uno de ellos es útil distinguir lugares de **circulación**, de **concentración** y de **reunión**.

El análisis de los circuitos y espacios donde trabajamos nos permite saber qué podemos esperar de cada uno de ellos en nuestros intentos por comunicarnos.

Los lugares de **circulación** son aquellos espacios por los que la gente pasa, generalmente sin detenerse durante mucho tiempo. Algunos ejemplos son: pasillos, escaleras, calles y veredas, etc.

En estos espacios es difícil que la gente se detenga a leer textos largos o a discutirlos, por lo tanto los medios adecuados para los espacios de circulación son aquellos **medios que generan fuerte impacto**. Por ejemplo: cartelería con muchas imágenes, o colores fuertes, muñecos que representen cosas, murales, esculturas, instalaciones, materiales sonoros cortos e impactantes, etc.

Los lugares de **concentración** son aquellos en los que la gente se junta con algún objetivo común aunque no necesariamente tengan que relacionarse entre sí para lograr ese objetivo. Por ejemplo la cola de un banco, la sala de espera del dispensario, la parada de los colectivos, etc.

En los espacios de concentración, en los que la gente espera algún tiempo, podemos invitar a la gente a leer algo mientras hacen la cola o esperan su turno. En estos espacios es conveniente privilegiar **medios que brinden información**. Aquí podrían repartirse volantes, por ejemplo, o armar un periódico mural, o quizás armar algo para que la gente escuche que convine música e información.

Finalmente los espacios de **reunión** son aquellos en los que se juntan grupos de personas organizados, de mayor o menor cantidad de miembros, que necesitan comunicarse entre sí para lograr un objetivo común. Ejemplos de esto podría ser el aula de un colegio, la sala donde se realizan talleres o reuniones, la iglesia, etc.

En los espacios de reunión la gente tiene la posibilidad de discutir y reflexionar, o comprometerse con algunas tareas. En estos espacios podemos utilizar **medios que permitan la reflexión y organicen la acción**. Aquí son útiles las cartillas, apuntes, los videos de formación, o afiches que tengan información para ser discutida.

Aquí entonces nos preguntaremos: *¿Qué espacios de circulación, concentración y reunión existen en la comunidad?, ¿en qué medida podemos aprovecharlos para nuestro trabajo?*

**Los medios y técnicas de comunicación:** en cada uno de nuestros espacios de comunicación se dan diferentes formas de diálogos, encuentros e interacciones.

En este sentido, hay diálogos que se producen de manera sistemática y planificada; y otros en los que intervienen la casualidad o el encuentro no previsto y sin objetivos particulares.

Al mismo tiempo, es importante aclarar que cuando hablamos de la comunicación no solo nos referimos a los medios de comunicación. No solo hablamos de las cartillas y los afiches, de cuando pasamos un mensaje por la radio o aparecen campañas televisivas que hacen referencia a nuestro trabajo o a las problemáticas que trabajamos.

Esto que venimos desarrollando también debe ser pensado cuando hablamos cara a cara con la población, en las consultas o las entrevistas, incluso cuando pensamos fiestas o reuniones.

Para aclarar el panorama podríamos decir que existen dos niveles de la comunicación: el **nivel interpersonal** y el **nivel de la comunicación a través de medios**.

*Tenemos que ser muy cuidadosos en estos aspectos, porque aquí también existen códigos que hay que respetar: que tan fuerte hablamos, como nos sentamos o cuando nos reímos pueden ser entendidos como faltas de respeto o como una actitud pedante o poco abierta al diálogo.*

De la misma manera que pensamos en los códigos cuando armamos un producto gráfico o radiofónico, tenemos que tener en cuenta los códigos de nuestros interlocutores en los momentos en que nos comunicamos cara a cara.

Pero también hay información que es necesario que perdure en el tiempo porque los actores que necesitan comunicarse no se encuentran en un mismo momento o lugar.

En esos momentos necesitamos utilizar algún medio de comunicación. Por eso cuando hablamos de la comunicación a través de medios, nos referimos a todos los productos que elaboramos para comunicarnos, es decir a aquellas instancias de comunicación que utilizan un soporte material: cartillas, afiches, paneles, diarios murales, programas de radio, spot, videos...

En este sentido cabe preguntarse: *¿Qué instancias de comunicación interpersonal formales existen en la comunidad? ¿En qué medida podemos aprovecharlas para desarrollar nuestro trabajo? ¿Qué medios consumen y disfrutan habitualmente?*

**FICHA N° 2**

### La comunidad como escenario de comunicación

**Elementos de la comunicación de la comunidad**

Los ACTORES	EL EQUIPO DE SALUD	¿Cuáles son nuestros objetivos? ¿En qué consiste nuestro trabajo? ¿Qué vamos a aportar a la comunidad? ¿De qué modo nos organizamos como equipo para realizar nuestras tareas? ¿Qué instituciones nos atraviesan? ¿Con quiénes nos relacionamos y cómo? ¿qué tipo de comunicación estamos construyendo con los otros? ¿cómo influyen estas cosas en nuestro trabajo con la comunidad? ¿cómo ve/valora/considera nuestro trabajo la comunidad?
	Los ACTORES DE LA COMUNIDAD	¿Qué actores sociales existen allí? ¿Qué tareas desarrollan? ¿Qué intereses tienen? ¿qué intereses son comunes a los de otros actores y a los nuestros, y cuáles diferentes o incluso opuestos? ¿De dónde proviene su poder, su legitimidad dentro de la comunidad?
LOS PROCESOS SOCIALES, HISTÓRICOS, CULTURALES Y POLÍTICOS QUE ATRAVIESAN A LA COMUNIDAD		¿Cuál ha sido la historia reciente de la comunidad? ¿En que trabajan, de qué viven, cómo se relaciona eso con otras dimensiones de su vida? ¿Qué actividades culturales realizan? ¿Qué música escuchan, qué ven en televisión, cómo se divierten?, entre otras cosas...
LOS PROBLEMAS Y CONTENIDOS QUE MOVILIZAN A LA COMUNIDAD		¿Qué temas son considerados importantes? ¿Por qué? ¿Quiénes consideran importante cada tema, qué opinan los otros actores sobre esos temas? ¿Cuáles son las principales demandas de la comunidad?
LENGUAJES Y CÓDIGOS		¿La comunidad en la que trabajamos sabe leer y escribir? ¿prefieren y disfrutan más escuchar las cosas o leerlas? ¿de qué manera se relacionan entre sí? ¿cuáles son sus códigos? ¿qué cosas son vistas con simpatía y cuales no? Entre otras...
LOS ESPACIOS Y CIRCUITOS		¿Qué espacios de circulación, concentración y reunión existen en la comunidad?
LOS MEDIOS Y TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN		¿Qué instancias de comunicación interpersonal formales existen en la comunidad? ¿en qué medida podemos aprovecharlas para desarrollar nuestro trabajo? ¿Qué medios consumen y disfrutan habitualmente?

3- ELABORACIÓN DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN:

### ¿Qué acciones para qué objetivos?

Entonces después de este recorrido que nos permiten analizar los procesos de comunicación de la comunidad, vamos a desarrollar un esquema que propone Gabriel Kaplún para realizar **acciones concretas con esa comunidad**, desde una convocatoria o una cartilla, hasta una campaña general que incluya varias acciones.

A partir de la herramienta que se desarrolló en el capítulo 2, presentamos en este capítulo una propuesta de trabajo para lograr que nuestras acciones en comunicación resulten pertinentes y productivas en función de nuestros objetivos como equipo de salud.

Los materiales comunicativos tienen como objetivo no sólo proporcionar información sobre algunos temas o problemas que vive la comunidad, sino también, en determinados contextos, generar y facilitar el **desarrollo de una experiencia de aprendizaje**, una experiencia de cambio y enriquecimiento. Este puede ser un cambio conceptual o perceptivo, axiológico o afectivo, de habilidades y actitudes.

La propuesta de comunicación que vamos a desarrollar implica pensar **la producción de acciones y materiales comunicativos con un sentido educativo** y parte de preguntas simples que guían la construcción de un **Plan de Comunicación**.

### Ejes para armar un Plan de Comunicación:

Para realizar acciones o producir materiales de comunicación con un sentido educativo, debemos realizar una doble definición e investigación:

**UNA INVESTIGACIÓN TEMÁTICA:** en la que definiremos el tema general a partir del cual nos vamos a vincular con un sector de la comunidad. Aquí responderemos a la pregunta: **¿sobre qué vamos a dialogar?**

A veces eso está definido por la propia especificidad del trabajo. Si estamos desarrollando un programa vinculado a la maternidad ese será necesariamente nuestro tema general. A partir de esa definición debemos estudiar el tema, qué otras

experiencias hubo, qué información existe sobre ese tema, cuáles son los desarrollos teóricos, etc.

En algunas ocasiones es posible que sean temas sobre los que ya sabemos mucho y esta investigación será más corta y estará más vinculada a descubrir nuevas formas de poder compartir nuestros conocimientos o de relevar experiencias anteriores de comunicación en relación a ese tema. Cómo lo trabajaron en otras experiencias, qué vuelta le encontraron a los aspectos difíciles de explicar, etc.

**UNA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA:** en la que indagaremos y definiremos **¿con quiénes nos queremos comunicar?** Dijimos que toda acción comunicativa, toda construcción de mensajes desde la perspectiva de la promoción de salud, debe tener en cuenta principalmente a aquel con quien nos queremos comunicar.

Entonces es muy importante poder responder claramente a esta pregunta. Es muy común que intentemos producir medios de comunicación "para todos", "para cualquiera que lo quiera leer", el problema es que pensando de esa manera obviamos una premisa fundamental: no todos somos iguales. Tenemos que pensar que no le gustan ni necesita las mismas cosas el anciano y la adolescente, el ama de casa y los niños, el joven que vive que con los padres y el trabajador metalúrgico que sostiene una familia, etc.

Si no pensamos a quién le queremos hablar, a qué segmento de la comunidad, lo más probable es que solo le hablemos a los que más se parecen a nosotros. Porque, en general, tendemos a creer que todas las personas comparten nuestras creencias, nuestros valores, nuestros lenguajes y nuestros códigos. Por eso hablamos de **segmentar el público**, es decir determinar con precisión a qué grupo de la comunidad está dirigido este material que estamos armando, este taller, cartilla, encuentro, revista, volante, cuña radiofónica, festival, etc.

Entonces, por ejemplo, podríamos definir qué vamos a trabajar con mujeres, que además sean jóvenes, y como nuestro programa trabaja maternidad, elegimos trabajar con embarazadas. Así nuestros principales interlocutores será: mujeres jóvenes embarazadas.

Una vez definido esto, empieza el trabajo de conocer un poquito más a fondo a ese grupo y de conocer sobre qué cosas es útil, interesante y posible dialogar con esas personas. Entonces habrá que preguntarse **¿cómo son, cuál es la historia de aquellos con quienes queremos comunicarnos?** Es posible que nosotros ya tengamos una relación previa con este sector, posiblemente conozcamos a muchas mujeres embarazadas de nuestra comunidad, incluso mucho antes de que estuvieran embarazadas. Entonces se trata de recuperar lo que conocemos de ellas en función de nuestra experiencia previa.

A partir de allí, tenemos que conocer **¿qué piensan ellos de aquello sobre lo que queremos dialogar?** Así podremos incorporar los contextos y situaciones en que funcionarán nuestros mensajes y materiales, y las características del medio. (ver Ficha N° 2).

*Una vez que realizamos las dos investigaciones (temática y diagnóstica) es necesario abordar una tarea un poco más compleja pero fundamental para que la producción de materiales y acciones sea efectiva y no desperdiciemos tiempo, trabajo y recursos que son cosas que siempre faltan.*

El paso siguiente será definir tres ejes que estructuran el proceso de producción de materiales y acciones de comunicación: **EJE CONCEPTUAL, EJE PEDAGÓGICO y EJE COMUNICATIVO.** El **EJE CONCEPTUAL** es el que responde a la pregunta general de **¿QUÉ?:** ¿sobre qué vamos a hablar?, ¿cuál es el tema? Este eje se construye a partir de la investigación temática.

La **investigación temática** es la que nos permite definir las ideas principales del tema sobre el que se busca generar una experiencia de aprendizaje. Es la que nos permite determinar el mapa conceptual: qué se dice primero y qué se dice después.

Cómo es imposible desarrollar un tema en toda su complejidad y extensión, la investigación temática, junto con la investigación diagnóstica nos permiten delimitar las cosas que vamos a decir en función de aquellos con quienes vamos a dialogar. Quizás sea más fácil con un ejemplo:

*Supongamos que queremos trabajar sobre salud sexual y reproductiva. Todos sabemos lo complejo que es abordar esta temática, los múltiples desarrollos que hay en relación a este tema y además los factores morales, ideológicos y políticos que intervienen. Quizás cuando analizamos la población con la que trabajamos nos damos cuenta de que hay que darle prioridad a los hábitos saludables en relación al embarazo o a trabajar en relación a la educación sexual, más que sobre infecciones de transmisión sexual (aunque seguramente también estarán presentes). Entonces nuestro eje conceptual será principalmente ese: hábitos saludables en mujeres embarazadas. Cómo verán, esto deja a fuera un muchas cosas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, pero nos permite trabajar a fondo el tema definido. Quizás después haya que seguir trabajando, en otras cartillas o nuevos talleres, sobre los otros temas que ahora no abordamos.*

*¡Atención! Como vamos a trabajar de manera más centrada y específica, es importante la investigación diagnóstica porque nos permite saber cuáles son las necesidades reales de la población con la que trabajamos y no solo lo que nosotros como profesionales de la salud tenemos para decir...*

El **EJE PEDAGÓGICO** es el camino que le proponemos recorrer a los actores con quienes queremos entablar un diálogo. Es la distancia que hay entre lo que la gente piensa y siente hoy sobre algún tema (en nuestro caso "hábitos saludables en mujeres embarazadas") y lo que nosotros proponemos.

Este camino se puede esquematizar así:

"Queremos pasar de...." → "a..."

En nuestro ejemplo podría ser:

**Queremos pasar de:** "las mujeres embarazadas no se realizan controles porque no los creen ni importantes ni necesarios". **a:** "que las mujeres embarazadas reconozcan la importancia de los controles para garantizar un buen desarrollo el embarazo".

Como vemos este camino **parte del lugar donde está el destinatario** respecto al eje conceptual propuesto, y **a partir de ese lugar plantea un recorrido en función de los objetivos propuestos** para nuestra acción comunicativa.

El **EJE PEDAGÓGICO** expresa los objetivos de nuestro Plan de Comunicación: es el **¿PARA QUÉ?**

Pero es imposible partir desde el lugar del otro si no lo conocemos. Por eso para poder definir el **EJE PEDAGÓGICO** tenemos que realizar la **investigación diagnóstica**. Debemos conocer cuáles son las ideas previas sobre las cuáles, con las cuáles, y muchas veces contra las cuáles se va a construir una nueva concepción, una nueva conceptualización, una nueva actitud o una nueva habilidad.

Esta nos permite conocer los contextos y los actores con quienes queremos establecer un vínculo comunicativo. Esto implica algo más que asignarle unas categorías estándar de edad, sexo, ocupación origen geográfico, social, etc. Implica entender qué saben, qué quieren, qué piensan, qué imaginan y qué ignoran del tema o la problemática en cuestión con la que vamos a trabajar.

Podemos responder a estas preguntas con la herramienta que desarrollamos en la FICHA PRÁCTICA Nº 2 que cierra el capítulo 2. Hay que saber que nuestras acciones y nuestros materiales van a generar una tensión, un conflicto entre las ideas previas de los actores y nuestro planteo. Vamos a problematizar no sólo la concepción inicial de nuestros interlocutores, sino a veces también los aspectos afectivos y los valores. Esta tensión es la que permite y produce el cambio de concepción, de actitud, de acción.

**Ahora bien, no siempre ese conflicto implica la destrucción absoluta de las ideas previas. Muchas veces éstas son los cimientos con los cuáles construir nuevas concepciones. Las mismas personas, a veces, tienen sobre un tema/problema varias opiniones en principio contradictorias que contienen intuiciones certeras.**

Ya sabemos con quienes vamos a trabajar, sabemos también sobre qué queremos dialogar y hemos definido para qué, qué cambios queremos lograr. Ahora, ustedes dirán "bueno, y ¿cómo lo hacemos?".

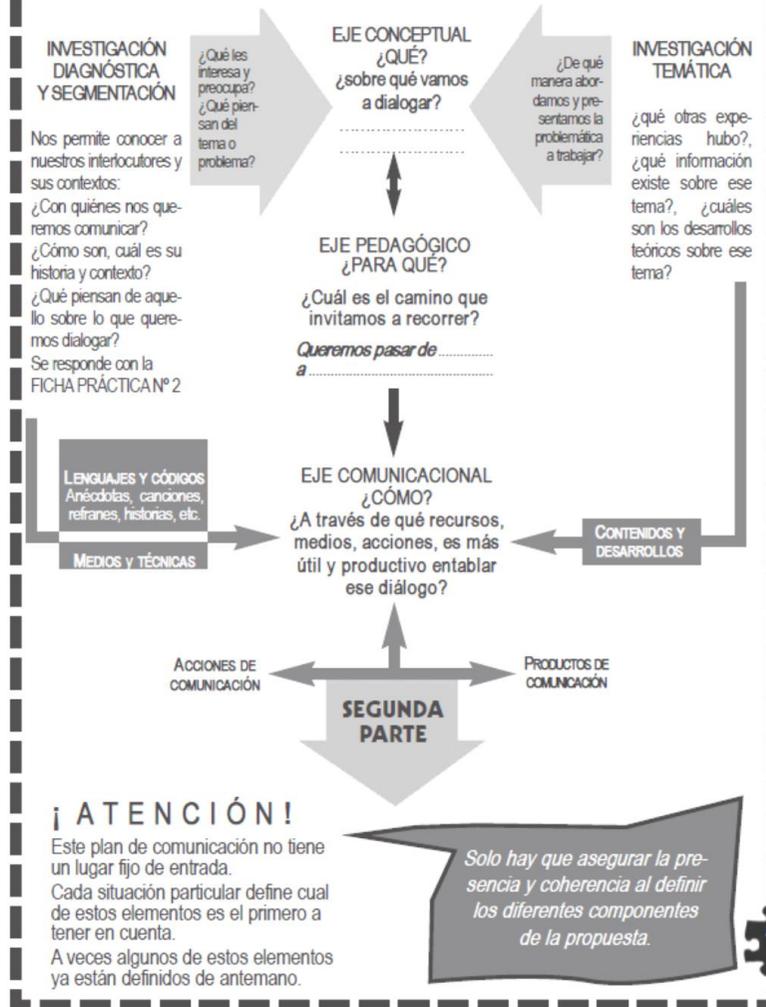
Ese es el **EJE COMUNICACIONAL**: **¿CÓMO? ¿a través de qué recursos, medios, acciones, es más útil y productivo entablar ese diálogo?** Aquí definimos el modo concreto en que proponemos recorrer el camino. Entonces el eje comunicacional puede ser una metáfora, una imagen, o una consigna.

Una vez más para poder encontrar el eje comunicacional necesitaremos conocer ¿cuáles son los lenguajes y códigos de la comunidad?, y más específicamente de aquellos sectores de la comunidad con los que vamos a dialogar en esta oportunidad. En función de esto podremos definir cuáles son los medios y acciones más adecuados, dentro de los que están a nuestro alcance.

Aquí es donde vuelve a cobrar importancia la investigación diagnóstica que realizamos, porque ese diagnóstico no solo nos

FICHA Nº 3

Elaboración de un Plan de Comunicación



permitió conocer los códigos y lenguajes que la comunidad utiliza y disfruta, sino que además en la charla seguramente habremos recogido múltiples anécdotas, refranes, historias de la zona y de la gente que vivió allí, fragmentos de sus alegrías y sus penas, de sus fiestas y sus reclamos.

Todo eso que surge de la investigación diagnóstica, se junta y dialoga con los saberes teóricos y técnicos de nuestra investigación temática, de nuestra formación profesional, y se transforman en insumos a partir de los cuales construiremos nuestro eje comunicacional.

En el Plan de Comunicación que venimos desarrollando a manera de ejemplo ya definimos que vamos a dialogar con "mujeres jóvenes embarazadas" (nuestro **¿QUIENES?**) que vamos a trabajar sobre "hábitos saludables en mujeres embarazadas" (**EJE CONCEPTUAL**) y que lo vamos a hacer para "que las madres reconozcan la importancia de los controles para el buen desarrollo del embarazo" (**EJE PEDAGÓGICO**).

Ahora bien, como sabemos que ese sector de nuestra comunidad no concurre al centro de salud local salvo cuando se enferma, no tenemos forma de darle una cartilla, o charlar con ellas en una consulta o hacer que lean un afiche... Aquí se define nuestro eje comunicativo, nuestro **¿CÓMO?**

Quizás sabemos por nuestra investigación diagnóstica que en general las jóvenes de la comunidad escuchan mucho la radio local, y sabemos también que les gusta el cuarteto o el folclore.

Entonces quizás hay que pedirle ayuda a ese grupito de jóvenes músicos que ensaya en el Centro Cultural y grabar un jingle en clave de cuarteto. Una cancioncita que hable sobre la necesidad de los controles durante el embarazo, que sea picaresco y contenga un poco de humor, que invite a acercarse al centro de salud.

Luego vamos a tener que pedirle a la radio comunitaria que lo incluya en su tanda, que suene por los parlantes durante la Peña, o en algún festival o antes de que empiece el partido de fútbol del club del barrio o del pueblo...

Es solo un ejemplo y seguramente como este encontrarán muchos, mejores y muy diferentes, lo importante es recordar que es necesario conocer y utilizar los lenguajes, códigos y medios que aquellos con quienes queremos dialogar utilizan.

**Algunas consideraciones a tener en cuenta:** cuando comiencen a trabajar con esta propuesta se darán cuenta que no tiene un punto de inicio fijo. Quizás se pueda empezar por definir los interlocutores o quizás empecemos por definir la temática.

Es posible también que algunas cosas no puedan ser definidas por nosotros porque nuestro trabajo es parte de algo mayor: un programa para adolescentes o mujeres. Entonces habrá pasos que marquen y determinen el resto del proceso.

Lo que hay que asegurar es el análisis y trabajo con todos los elementos que forman esta propuesta: sus tres ejes, sus investigaciones, sus definiciones anexas. Y por supuesto hay que asegurarse que exista coherencia entre ellas, que no nos pase que hacemos cartillas cuando en la investigación diagnóstica vimos que el grupo con el que trabajamos no sabe leer.

*La relación dinámica entre los tres ejes permitirá construir el camino que invitamos a recorrer. El EJE PEDAGÓGICO es el que articula a los otros dos, en tanto es el que expresa los objetivos de lo que queremos hacer. En este proceso nos daremos cuenta que lo que definimos como EJE CONCEPTUAL no debe ser sólo una exposición lógica de argumentos. El EJE COMUNICACIONAL puede llevarnos a repensar los otros dos, puede que desencadene nuevas ideas que nos hagan revisar otras posibilidades no previstas, y a la vez puede hacernos pensar en la consecuencia y pertinencia del planteo. Finalmente, los actores con quienes dialogamos podrán o no haber cambiado algunas concepciones, percepciones, valores; pero sin duda habrán empezado a mirar otras posibilidades y habremos establecido vínculos que nos permitirán recorrer otros caminos.*

#### 4- ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Una técnica educativa es una herramienta utilizada en función de un tema específico, con un objetivo concreto e implementado según los participantes con los cuales se está trabajando. Para su utilización se debe conocer para qué sirve la técnica, cómo y cuándo usarla, así como también saber que una sola técnica veces no es suficiente y deben implantarse varias. A continuación se nombran las principales técnicas y sus utilidades.

#### CHARLAS:

- Se utilizan para impartir conocimiento, información y reflexiones sobre un tema dado. - Son relativamente simples de organizar y se pueden utilizar con grupos grandes.
- No olvidar la presentación de los oradores y el objetivo de la charla.
- Pueden utilizarse diversos oradores, quienes deben planear cuidadosamente el lenguaje utilizado según el auditorio y la presentación de la voz que debe ser clara, pausada y en un volumen adecuado, modulando y acentuando según sea conveniente para resaltar ideas.
- Se debe reservar un tiempo para que se realicen preguntas o se impartan opiniones, siempre de forma organizada, así como también para una discusión final.

**Es importante seleccionar materiales audiovisuales para reforzar el contenido impartido en forma oral:**

- **Gráficos y afiches:** deben ser grandes para que todos puedan verlos y expresar de forma sencilla y clara las ideas principales sobre la charla. Se debe jugar con los colores y las letras para que sean llamativos y se encuentre contraste entre las palabras o figuras y el fondo.
- **Imágenes y fotografías:** alusivas al tema desarrollado, deben ser grandes y claras.
- **Retroproyector:** útil para exponer esquemas o mapas conceptuales, tablas, cuadros..., de haber texto no debe ser extenso. Al no poseer color se debe jugar con las formas, los tipos de letras...
- **Videos:** deben ser cortos, alusivos al tema desarrollado.
- **Biombos:** es una mampara formada por varios bastidores articulados que permite mostrar o dar mensajes con figuras, fotos, pinturas...

- **Álbum de carteles o rotafolio:** consiste en una serie de carteles sujetos en la parte superior por argollas u otro tipo de soporte a modo de una libreta para que las hojas puedan volverse hacia atrás una por una. En las hojas se van ilustrando los puntos más importantes de la charla, así como las ideas que surgen del público. Es importante que las láminas guarden coherencia lógica en su desarrollo para que luego sirvan para ser analizadas y elaborar conclusiones. Se debe tener en cuenta el uso de colores llamativos y letra clara y grande.
- **Tarjetones:** son tarjetas de tamaño regular para ilustrar una idea en forma de serie. Es de gran utilidad en charlas con niños.
- **Objetos:** relacionados con el tema desarrollado, por ejemplo determinados alimentos si se trata de una charla sobre alimentación sana. Es útil con niños. También es importante si se busca explicar destrezas o técnicas por ejemplo medición de la temperatura a los bebés y niños o preparación de sales de rehidratación oral o comidas y lecha para los bebés.

#### **TORBELLINO O LLUVIA DE IDEAS:**

- Implica elaborar un esquema con las palabras o ideas sugeridas por el público a partir del tema presentado para que luego el orador realice una conclusión final incorporando a los conceptos que se quieren transmitir los elaborados por los participantes, llegando así colectivamente a una síntesis, conclusión o acuerdo común.
- Es una técnica que requiere experiencia.
- Es útil para eliminar la discusión excesiva y las digresiones del tema principal.
- Estimula la participación de los tímidos y retraídos.
- Puede realizarse en poco tiempo y requiere de pocos materiales.

#### **DRAMATIZACIÓN, SIMULACRO O SOCIO-DRAMA:**

- Consiste en la representación espontánea de una situación o tema definido, previa presentación de una historia o argumento en donde se ordenan los hechos o situaciones y personajes que deben incluirse.
- Estimula la participación del público.
- Es útil para enseñar y practicar habilidades y destrezas, así como también para expresar actitudes, comportamientos y valores.

- Temas conflictivos pueden trabajarse de esta forma bajo un ambiente más relajado.
- Tener en cuenta en su planificación: objetivos claros, tiempo disponible, disponibilidad de diversos objetos que sean necesarios para improvisar (sombreros, pañuelos, sillas, mesa, papeles, lápices...).

#### **CUENTOS:**

- Consiste en la narración de una historia, original o adaptada, para la transmisión de un mensaje.
- Estimula la participación y genera y mantiene el interés.
- Puede utilizarse para transmitir tradiciones culturales o pautas de comportamiento, brindar elementos de análisis sobre un tema, instaurar el debate sobre un tema...
- Es importante complementar la narración con elementos audiovisuales y objetos, así como fomentar la participación de público mediante preguntas o inclusión en la trama de la historia.

#### **TITERES:**

- Mediante los títeres pueden dramatizarse historias, fomentar la expresión corporal y combinarse con música para generar un ambiente divertido y participativo.
- Es de gran utilidad con los niños a los que mantiene expectantes y con gran interés.

#### **TEATRO:**

- Es una herramienta interesante para trabajar con grupos grandes y con niños.
- Sirve para transmitir una moraleja como un mensaje de salud, valores o actitudes...

- Tiene que ser interpretados por personas con experiencia, el vestuario y la escenografía deben ser adecuados y llamativos, el guión debe ser claro y fácil de entender y las voces de los actores tiene que ser claras y audibles para todos.

#### JUEGOS:

Son de gran utilidad con niños.

- **Rompecabezas:** implica resolver un acertijo juntando correctamente las partes de una escena para luego realizar una interpretación de la misma, es útil para transmitir mensajes sencillos y concretos como el lavado de manos antes de comer o el lavado de dientes luego de comer. Tiene gran impacto en los niños pequeños.
- **Pesca de tarjetas:** se colocan en una caja una serie de dibujos representando diversos aspectos del tema elegido con un imán pegado por atrás y cada participante "pesca" con una caña de pescar con otro imán uno de los dibujos y relata lo que ve, expresa su opinión, contesta una pregunta...
- **Crucigramas, sopa de letras...:** es útil para la incorporación de conceptos específicos sobre un tema dado. Es interesante proponer su resolución en forma grupal y realizarlos en afiches grandes con colores.
- **Concurso de preguntas y respuestas:** fomenta la participación de todos, es divertido y útil para la incorporación de conceptos específicos sobre un tema. De gran utilidad con niños más grandes.

#### CINE-DEBATE:

- Implica la proyección de una película o documental para luego instaurar el debate entre todos los participantes.
- Se debe seleccionar cuidadosamente la película.
- Es útil con adolescentes y adultos.
- Presenta el mensaje en forma atractiva y enseña de forma integral a través de la voz, el movimiento, la ambientación.
- También puede realizarse la producción propia de un video.

#### TRABAJO EN GRUPO- TALLER:

- Enriquece el aprendizaje a través de la participación activa y el intercambio de ideas y experiencias.
- Se deben formar grupos heterogéneos para que el trabajo sea más rico.
- A cada equipo se le entrega tarjetas con las actividades o se les imparten las consignas en forma oral.
- Las actividades que se pueden llevar a cabo son: analizar situaciones problema, contar experiencias u opiniones respecto a un tema determinado, analizar un artículo o texto, elaborar un afiche con conclusiones o u mensaje, debatir un tema y elaborar un dramatización, canción, poesía, chiste, historieta...
- Se debe tener en cuenta el tiempo para realizar la actividad y la presencia de tutores o monitores en cada equipo.
- Al finalizar la actividad grupal debe realizarse un plenario para que se expongan las conclusiones elaboradas.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- "Manual de Comunicación para la Salud" del Área de Comunicación del PROGRAMA DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PROAPS) de la provincia de Córdoba.

The page features a decorative graphic consisting of several overlapping circles in various shades of blue (dark, medium, and light) and thin blue lines that intersect and connect the circles, creating a network-like structure. The circles vary in size, with the largest one in the bottom right corner and the smallest one at the bottom center.

# SALUD AMBIENTAL

Unidad VIII

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

## SALUD AMBIENTAL

### **SALUD AMBIENTAL**

*ES UNA DISCIPLINA QUE COMPRENDE AQUELLOS ASPECTOS DE LA SALUD HUMANA INCLUIDA LA CALIDAD DE VIDA Y EL BIENESTAR SOCIAL, QUE SON DETERMINADOS POR FACTORES AMBIENTALES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, SOCIALES Y PSICOSOCIALES. TAMBIÉN SE REFIERE A LA TEORÍA Y PRÁCTICA DE EVALUAR, CORREGIR, CONTROLAR Y PREVENIR LOS FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE QUE PUEDEN POTENCIALMENTE AFECTAR ADVERSAMENTE LA SALUD Y FUTURAS GENERACIONES.*

### ECOLOGÍA



En 1866, el Zoólogo alemán, Ernst Haeckel, creó el término *Ecología* y lo definió como el estudio de una especie dada y sus relaciones biológicas con el ambiente. Sin embargo, Haeckel no trabajó como ecólogo sino que se limitó a darle el nombre a una actividad que otros ya estaban realizando. En 1950 se llega a la noción de *Ecosistema*, término que se designó como la interacción de las especies y el medio en que habitan y en la década del 70, recién se define el término de *Biosfera* o esfera de la vida, es decir, la capa del planeta en que se desarrolla el fenómeno de la vida y

que se halla estrechamente relacionada con las con las otras capas de la Tierra: la atmósfera, la hidrósfera y la geósfera.

La *Ecología Humana* es la ciencia que se ocupa del estudio de las interacciones de los seres humanos y el entorno social, físico y biológico. Esta ciencia no considera en forma aislada la enfermedad, la salud, el modo de vida y el medio ambiente, sino que examina esos temas junto con sus determinantes en los sistemas dinámicos.

La Ecología “bien entendida” consiste precisamente en: proteger, promover, conservar la vida de todos los seres vivos. La intervención de ser humano en los ecosistemas adquiere dos dimensiones opuestas. En una se presenta se presenta como un agente que altera negativamente el medio ambiente como producto de la sobreexplotación y contaminación. En la segunda, el hombre asume el rol responsable que toma conciencia de la importancia que tiene que detener su acción destructiva a tiempo a fin de que se mantenga el equilibrio ecológico.

Ser ecologista es mucho más que actuar como un propagandista de una idea o de un ideal, el verdadero ecologista se propone seguir un estilo de vida lo más acorde con la naturaleza, pero no con una naturaleza degradada, sino, con la naturaleza ideal a lo que toda sana conciencia humana anhela.

### **MEDICINA AMBIENTAL**

*ES UNA RAMA DE LA SALUD AMBIENTAL QUE ESTABLECE EL EFECTO SOBRE LA SALUD HUMANA, DE LOS FACTORES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, PSICOSOCIALES, ERGONÓMICOS Y DE SEGURIDAD*

En la declaración sobre el Medio Ambiente elaborada por las Naciones Unidas para la reunión que tuvo lugar en Estocolmo en 1972, se destaca: **“Es indispensable una labor educativa** en cuestiones ambientales, dirigida tanto a los jóvenes, como a los adultos, que preste debida atención al sector de la población menos privilegiadas, para ensanchar las bases de una opinión pública bien informada. Así se profundizará el sentido de responsabilidad en cuanto a la protección y mejoramiento del ambiente en toda su dimensión humana”.

*El concepto de Medio Ambiente* se ha ido extendiendo cada vez más en disciplinas muy variadas, así podemos leer términos, como el de ciencia ambiental, toxicología ambiental, análisis ambiental, etc. A la medicina también le tenía que llegar antes o después el día en que este concepto se le aplicara y por extensión al ser humano, principal víctima y verdugo que ha hecho de esta ciencia una necesidad. La medicina ambiental es una parte de la medicina que se ocupa de los efectos que sobre el ser humano ejercen los tóxicos que contaminan el espacio vital de los seres.

La presencia o ausencia de toda enfermedad depende de un proceso denominado **multicasual**; esto significa que para que una enfermedad se produzca debe haber indefectiblemente más de una causa, no basta con que esté presente el agente que la causa (bacteria, virus, químico, etc.), también debe existir un factor predisponente del huésped o persona (edad, sexo, estado inmunológico, estrés, tiempo de exposición, , etc.), y la posibilidad ambiental de favorecer que se unan agente-huésped, como puede ser, condiciones del lugar donde trabaja, falta de colección de líquidos efluentes y agua potable, aplicación incorrecta de un producto, vientos fuertes, ventilación incorrecta, falta de información o que ésta sea incorrecta, presencia del químico en el ambiente, etc. Como podemos deducir, basándonos en el proceso multicausal, no basta con que los químicos estén presentes para producir una enfermedad; depende de que se dé la sumatoria de varios factores, que casi siempre presentan en forma diferente de una persona a otra; es por esto que, a pesar de que varias personas se encuentren en un determinado momento expuestas a un determinado químico o agente, no todas enferman. Una sustancia química puede poseer propiedades que la hacen peligrosa, pero no necesariamente puede ocasionar efectos adversos en la salud humana y de los demás seres vivos; para ello tienen que darse las condiciones de exposición necesarias para que pueda ejercer dichos efectos, dependiendo de:

- El tipo de sustancia
- La cantidad o concentración de sustancia que entra en contacto con la persona
- La cantidad de sustancia que logre absorberse
- El tiempo que dure la exposición
- Las veces que se repita esta exposición

En los países desarrollados y en vías de desarrollo, se usan más de 70.000 productos químicos diferentes en la industria, la agricultura y el hogar, y este número se está

incrementando con el correr de los años. Es prácticamente imposible evitar el contacto con algunos de esos agentes químicos mientras realizamos nuestras actividades diarias. Por ejemplo, de los casi 80 elementos químicos clasificados como metales, aproximadamente 30 se encuentran entre los compuestos que perjudican a los seres humanos. Posiblemente los escapes de vehículos y las chimeneas de las industrias sean la fuente de contaminantes del aire más abundante. La mayoría de los contaminantes están asociados directa o indirectamente con la combustión de fósiles (derivados del petróleo) necesarios para el funcionamiento de los motores de los distintos medios de transporte y de la industria. Estas actividades liberan a la atmósfera muchas sustancias que se encuentran en la lista de los contaminantes más peligrosos del aire. En nuestra sociedad moderna hemos adoptado por arrojar los desperdicios de la combustión en la atmósfera, con las nefastas consecuencias del agotamiento de la capa de ozono estratosférica y el calentamiento global, además de los efectos adversos para la salud y el ambiente atribuibles a los diferentes gases y sustancias particulares.

#### Los químicos se encuentran en:

- Emisiones por combustibles de fósiles (petróleo): caños de escape de vehículos, chimeneas de industrias, etc.
- Agroquímicos (herbicidas, insecticidas, funguicidas, fertilizantes, etc.)
- Desinfectantes
- Limpiadores, solventes, detergentes, etc.
- Medicamentos (analgésicos, anti inflamatorios, antibióticos, antiparasitarios, etc.)
- Pinturas, solventes, barnices, protectores, antihongos, etc.
- Combustibles fósiles.
- Plaguicidas de uso doméstico.
- Alimentos: aditivos alimentarios (condimentos, conservantes, aromatizantes, colorantes, edulcorantes, residuos de pesticidas, sustancias tóxicas naturales de vegetales, etc.)
- Productos de cuidados personales (tinturas, decolorantes, desodorantes, maquillajes, perfumes, talcos, etc.)
- Anilinas (colorantes para ropas)
- Aislantes (asbesto)

- Plásticos de varios tipos.
- Pegamentos industriales
- Elementos escolares (pegamentos, tintas, marcadores, correctores, etc.)
- Incineraciones o quemas de todo tipo: hornos, chimeneas de industrias, basurales, piquetes, etc.)

Para poder comprender o entender cómo los distintos compuestos químicos nos pueden afectar, es necesario contar con una determinada información que nos permita tener los conocimientos básicos de cómo éstos ingresan a nuestro organismo, cómo viajan por nuestro cuerpo, donde se acumulan cómo se determina el grado de toxicidad que tienen, etc. También es importante saber durante cuánto tiempo estamos expuestos, cuanta concentración nos llega, si ésta es por única vez o estamos recibiendo dosis reiteradas veces por día durante muchos años



El **Día Mundial del Medio Ambiente** (DMMA) es una de las herramientas principales de las Naciones Unidas para impulsar la sensibilización y acción por el medio ambiente en todo el mundo.

A lo largo de los años, esta celebración ha crecido hasta convertirse en una plataforma global en la que participan personas de más de 100 países.

Además, es TU DÍA, el día en el que puedes actuar por el medio ambiente, de tal forma, que la suma de todas las acciones individuales generen un gran impacto positivo en el planeta.

El Día Mundial del Medio Ambiente girará en torno a los **Pequeños Estados Insulares en Desarrollo** en apoyo al nombramiento de las Naciones Unidas de 2014 como Año Internacional de los SIDS (siglas en inglés), relacionando este tema con el cambio climático.

En concreto, el eslogan elegido para reflejar este tema ha sido "**Alza tu voz, no el nivel del mar**".



## Siete mil millones de sueños. Un solo planeta. Consume con moderación.

El bienestar de la humanidad, del medio ambiente y el funcionamiento de la economía dependen en última instancia de una gestión responsable de los recursos naturales del planeta. Las pruebas demuestran que las personas estamos consumiendo muchos más recursos naturales que los que el planeta puede proporcionar de forma sostenible.

Muchos de los ecosistemas de la Tierra están llegando a puntos críticos de agotamiento y un cambio irreversible, empujados por un

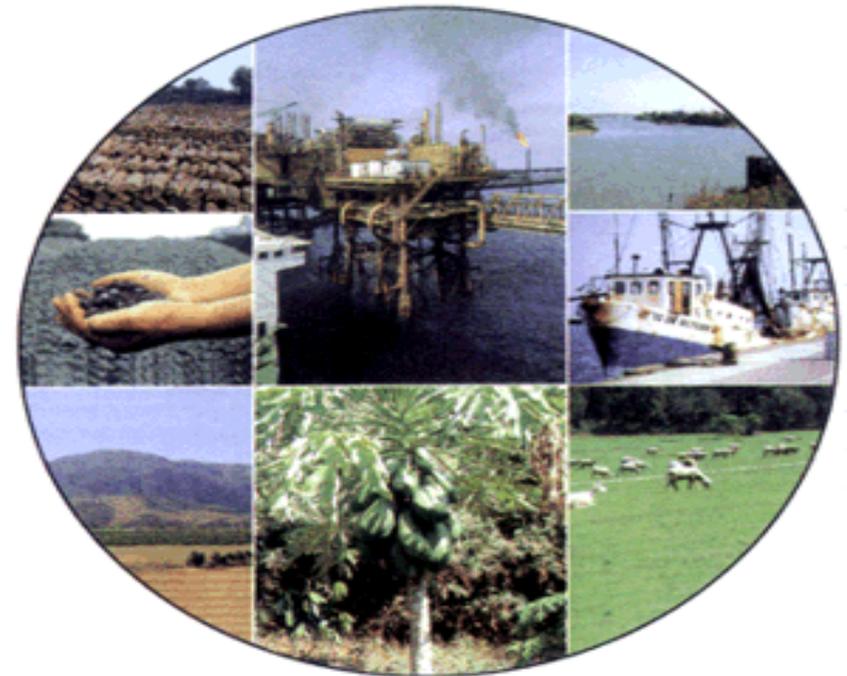
aumento de la población y del desarrollo económico. Para 2050, si continúan las actuales pautas de consumo y producción y con el aumento de la población a 9,6 mil millones, necesitaremos tres planetas para mantener nuestros modos de vida y consumo.

El eslogan del DMMA este año es “Siete mil millones de sueños. Un solo planeta. Consume con moderación”. Vivir teniendo en cuenta los límites planetarios es la mejor estrategia para asegurar un futuro sostenible. La prosperidad humana no puede suponer un coste a la Tierra. Vivir de forma sostenible significa hacer más con menos. Darse cuenta de que mantener las actuales tasas del uso de recursos naturales e impactos medio ambientales no son fruto indispensable del crecimiento económico.

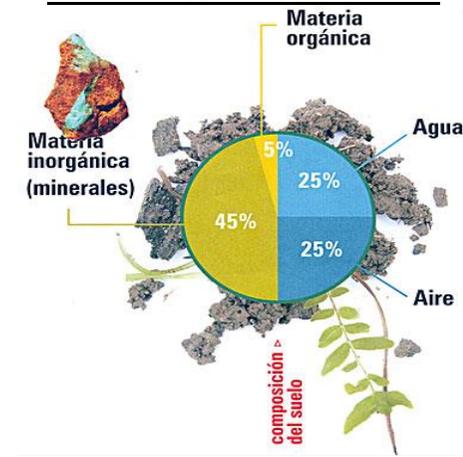
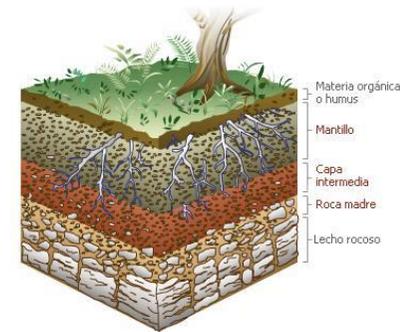
### RECURSOS NATURALES

Todos nosotros sabemos suponer qué son los recursos naturales, pero se nos complica cuando tratamos de especificar los recursos naturales desde nuestra propia cultura. No es lo mismo lo que percibe un habitante urbano que lo que percibe un productor rural o un indígena de la selva amazónica, los problemas de contaminación ampliaron el espectro de los recursos naturales. En tal sentido el agua y el aire son parámetros valorativos a nivel económico. Recordemos que antes no eran considerados en modelos económicos porque no eran vistos como posibles bienes de apropiación. En la actualidad son estratégicos y evaluados económicamente por todos los estados. A los efectos de ir conceptualizando de manera más amplia a los recursos naturales, podemos decir que **son todos bienes de la naturaleza, factores bióticos y abióticos, que el hombre los utiliza para su bienestar y desarrollo**. Esta definición es siempre acotada según los intereses económicos que movilizan su producción y explotación, de acuerdo con las tecnologías y los conocimientos científicos de la época.

La tendencia de mencionar a los recursos como unidades estancas: agua, aire, suelos, flora y fauna proviene de la larga data y responde al comercio de exportación e importación, porque se limitaba al análisis de los productos extractivos del sistema. Si consideramos, en cambio, el recurso como un elemento biótico, tendríamos entonces que ver las funciones e interrelaciones entre él y el resto de factores bióticos y abióticos que conforman el sistema. La gran ventaja del enfoque sistémico es que podemos analizar los recursos comprendiendo sus interacciones, establecer un diagnóstico y generar soluciones de perpetuidad del recurso, estableciendo así la sustentabilidad de los sistemas ecológicos.



EL SUELO



Funciones del suelo

- **Función biológica:** consiste en acoger una enorme variedad de especies animales y vegetales y en servir de estrato fundamental para los numerosos ciclos biológicos.
- **Función nutritiva:** al albergar elementos indispensables para la vida como son las sales minerales y el agua.

- Función de filtro: reteniendo sustancias nocivas que, al pasar a las fuentes de agua, podrían contaminarlas.
- Función de aportes materiales: ya que del suelo se obtienen directa e indirectamente, las materias primas para la vida humana.

#### Contaminantes del suelo

Los orígenes de la contaminación del suelo son principalmente de tres tipos:

- Productos sólidos: sobre todo las *basuras domésticas*, cuyo peso sigue acumulándose en todos los países del mundo, y los *vertidos industriales*, cuya acción tóxica es extremadamente grave.
- Contaminantes líquidos: son los productos tóxicos que llegan por las corrientes de agua.
- Plaguicidas: de los cuales existen tres tipos, insecticidas, funguicidas y los herbicidas.



(05 de diciembre de 2014).- Los suelos son

el fundamento de la agricultura y proporcionan servicios vitales relacionados con el ecosistema, son la base de alimentos, piensos, combustibles, fibra y medicamentos importantes para el bienestar humano, por ello, es crucial cuidar de ellos y evitar su agotamiento. Así se expresó hoy el Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon, al celebrarse el primer Día Mundial del Suelo, que también sirve de lanzamiento para el Año Internacional de los Suelos. Ban recordó que sin suelos sanos, la vida en la Tierra sería insostenible y lamentó que pese a ello, su degradación alcance el 33% de la superficie a nivel mundial a causa de la urbanización. Además, se suman otras amenazas como la erosión, el agotamiento de los nutrientes, la salinidad, el aumento de la aridez y la contaminación.

El titular de la ONU agregó que el suelo es también la mayor reserva de carbono orgánico, esencial para mitigar el cambio climático y adaptarse a sus efectos. "En una era de escasez de agua, los suelos son fundamentales para su almacenamiento y distribución adecuados", apuntó.

El suelo es un recurso natural que no se renueva fácilmente, su ordenación sostenible debe ser una prioridad para todos, puntualizó Ban.

## Ban Ki-moon insta a evitar erosión y agotamiento del suelo

## Información relacionada con "Desarrollo sostenible, Medio ambiente"



# Día Internacional de la Madre Tierra

## 22 de abril

«Hago un llamamiento a que todas las personas del mundo alcen su voz y hablen en nombre de este planeta, nuestro único hogar. Cuidemos de la Madre Tierra para que esta pueda seguir cuidando de nosotros como lo ha hecho durante milenios»

*Mensaje del Secretario General, Ban Ki-moon*

## Día de la Madre Tierra 2014: «Ciudades verdes»



Una vista aérea de Ginebra, Suiza. ONU/Jean-Marc Ferré.

Este año, el Día de la Madre Tierra se centrará en las ciudades verdes, con el objetivo de movilizar a millones de personas para lograr un medio ambiente saludable y sostenible. En la actualidad, más de la mitad de la población mundial vive en las ciudades. A medida que la población urbana crece y los efectos del cambio climático empeoran, nuestras ciudades deben evolucionar.

Es hora de que invirtamos en energías renovables y en eficiencia energética, reconstruyamos nuestras ciudades y empecemos a resolver el problema del cambio climático. La campaña «Ciudades verdes» pretende generar un movimiento a nivel mundial durante los próximos dos años para acelerar esta transición. Únete a la campaña para pedir una nueva era de ciudades verdes.

La Madre Tierra es una expresión común utilizada para referirse al planeta Tierra en diversos países y regiones, lo que demuestra la interdependencia existente entre los seres humanos, las demás especies vivas y el planeta que todos habitamos. Por ejemplo, en Bolivia la llaman «Pacha Mama» y nuestros ancestros en Nicaragua se referían a ella como «Tonantzin».

La [proclamación](#)  del 22 de abril como Día Internacional de la Madre Tierra supone el reconocimiento de que la Tierra y sus ecosistemas nos

proporcionan la vida y el sustento a lo largo de nuestra existencia. También supone reconocer la responsabilidad que nos corresponde, como se expone en la Declaración de Río de 1992, de promover la armonía con la naturaleza y la Tierra a fin de alcanzar un justo equilibrio entre las necesidades económicas, sociales y ambientales de las generaciones presentes y futuras.

Reconociendo que la Madre Tierra refleja la interdependencia que existe entre los seres humanos, las demás especies vivas y el planeta que todos habitamos, la Asamblea General declaró el 22 de abril como Día Internacional de la Madre Tierra para destacar la necesidad de ayudar a mejorar las vidas de los niños y los adultos que sufren del desorden para que puedan llevar una vida plena y significativa.

### Campaña «Ciudades verdes»

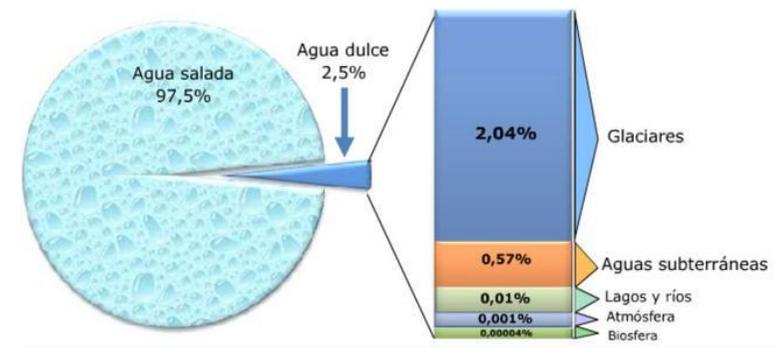
La campaña «Ciudades verdes» ayuda a las ciudades y las comunidades del mundo a acelerar su transición hacia un futuro más sostenible. Más información en: <http://www.earthday.org/greencities/about/>.

### Participa en el Día de la Madre Tierra

El 22 de abril de cada año, más de 1000 millones de personas en 190 países participan en el Día de la Tierra. En ciudades tan diferentes y distantes como San Francisco, San Juan, Bruselas, Moscú o Marrakech, los ciudadanos plantan árboles, limpian sus comunidades y contactan con sus representantes políticos en defensa del medio ambiente.

Como en celebraciones anteriores, el tema central del Día de la Madre Tierra de este año está inspirado en los retos medioambientales propios de nuestro tiempo. A medida que la gente migra a las ciudades y los efectos del cambio climático son más patentes, la necesidad de crear comunidades sostenibles es más importante que nunca. La idea entorno a la que gira la campaña de este año es las «ciudades verdes». Con inversiones en tecnología sostenible, políticas públicas progresistas y una ciudadanía informada y comprometida, podemos transformar nuestras ciudades y lograr un futuro sostenible. No hay nada más poderoso que la acción conjunta de 1000 millones de personas.

## EL AGUA



Cada vez hay menos agua en el planeta azul. Hasta hace muy poco el vital elemento era considerado como un recurso "RENOVABLE" pero los científicos advierten que se encuentran en "vías de extinción". De seguir las actuales condiciones de consumo para el 2025 habrá regiones donde desaparecerá. Esto puede motivar guerras, epidemias y mucha mortalidad.

<< En la actualidad, más de 1000 millones de personas, una quinta parte de la población mundial, carecen de acceso al suministro adecuado de agua potable para el consumo doméstico>>, indica un informe de las Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las estadísticas dicen que el 85% del agua que se usa en el planeta es acaparado por el 12% de la población. Una torta que se reparte de manera desigual, aunque en nuestro caso, los que vivimos en América, la naturaleza arroja beneficios de esta inquietud. El continente americano, con solo el 12% de la población, contiene el 47% de las reservas de agua potable del mundo. Estos datos estadísticos nos revelan que en otros lados del planeta padecen falta de agua. En Sudamérica el problema pudiera presentárenos por el gran comercio que se puede hacer con ella. Aquí, en Argentina, tenemos agua, pero desde que los organismos internacionales determinaron que el agua puede ser una mercancía regida por leyes de la Organización Mundial del Comercio, y no un derecho humano, su manejo para muchos es un gran negocio.

El agua de la cual disponemos en nuestro hogar y utilizamos diariamente para beber, asearnos, preparar alimentos etc., es aceptada, tratada y distribuida por organismos públicos o privados, y la misma nos debe llegar en óptimas condiciones de potabilidad, o sea que se encuentre libre de microorganismos patógenos y con la cantidad de sales y minerales en la concentración adecuada para que no nos provoque daño a nuestra salud. Asimismo no debe contener elementos químicos ajenos a su composición en concentraciones nocivas como ser: metales pesados, plaguicidas, y hasta el mismo cloro con que se la potabiliza.

### CONTAMINACION DEL AGUA

La contaminación de las aguas generalmente proviene de las distintas actividades de los humanos, ya sea con nuestros propios desechos (baños, cloacas, lavaderos, etc.) o con nuestras actividades (crías, industrias, agro, etc.). Contaminamos el agua de mares, ríos, lagos, y la que está en nuestro subsuelo, mediante el vertido de efluentes de plantas de tratamientos cloacales, muchas veces sin tratamiento alguno, por colección de napas freáticas, principalmente en zonas montañosas, vertidos de industria, frigoríficos, etc. También por precipitación de contaminantes del aire (chimeneas, fumigaciones, quemas de basurales y de otro tipo, etc.) Por nutrientes disueltos, estos elementos son esenciales para el crecimiento de las plantas en los suelos (tierra), pero en cantidades excesivas en las aguas, principalmente de lagos, colaboran con la eutrofización; este fenómeno genera un crecimiento desmesurado de algas y otros organismos, que cuando mueren, se descomponen (pudren) por la actividad de las bacterias; este trabajo bacteriano produce un consumo del oxígeno disuelto en el agua; al disminuir este vital elemento, no pueden vivir la mayoría de los peces que necesitan aguas ricas en oxígeno; por eso en un lago de estas características encontramos organismos de aguas poco ventiladas. En algunos casos se producirán putrefacciones anaeróbicas (en ausencia de oxígeno) generalmente acompañadas de malos olores. Las aguas son turbias y de poca calidad desde el punto de vista del consumo humano o de su uso para actividades recreativas (natación). El fondo del lago se va rellenando de sedimentos y su profundidad va disminuyendo.

La quema de campos, principalmente en la zona serrana, también colabora con este proceso de eutrofización, pues al llover el agua se desplaza con mayor rapidez hacia los ríos y lagos (el bosque es una barrera natural a los desplazamientos de aguas), arrastrando el material de la quema y también erosionando la capa superficial del suelo llevando los nutrientes necesarios para las plantas y transformándolos en un contaminante de las aguas cuando llegan a los cauces de ríos o lagos.

Otro tipo de contaminación que suelen sufrir las aguas es por metales pesados, y agroquímicos: herbicidas, insecticidas, funguicidas, abonos, etc. Su presencia en aguas es motivo de preocupación por sus efectos tóxicos y por su capacidad de bioacumulación en la cadena trófica ( efecto similar a los compuestos orgánicos persistentes ). Pero no todos los metales presentes en las aguas, son un problema; al contrario, cabe destacar que muchos son esenciales para la vida, como el sodio (Na), potasio (K), calcio (Ca), magnesio (Mg), hierro (Fe), manganeso (Mn), cobalto (Co),

cobre (Cu) y zinc (Zn). Por ejemplo el hierro forma parte de la hemoglobina de la sangre y el cobalto de la vitamina B-12, siendo también un activador de algunas enzimas. El cobre y el zinc participan en la síntesis de algunas enzimas, etc. Pero en algunos metales pesados: mercurio (Hg), cadmio (Ca), níquel (Ni), cromo (Cr), plomo (Pb) etc., son metales no esenciales, y tienen efectos tóxicos sobre el organismo; incluso los metales esenciales, anteriormente descripto; cuando sobrepasan las concentraciones requeridas por el organismo, pueden tener efectos tóxicos.

Se están realizando estudios sobre una nueva aparente contaminación que nos está llegando, y en parte es por el agua, basada en el aluminio; compuesto que sale de la decantación o floculación, que se realiza para clarificar y eliminar partículas de aguas superficiales. La alúmina constituye el principal agente floculante, ampliamente utilizado en las plantas potabilizadoras. La contaminación de las aguas tratadas con aluminio aumenta la ingesta diaria de esta sustancia química de demostrada neurotoxicidad; desde hace 20 años se debate en el aumento de casos de enfermedades mentales. El conjunto de los resultados hasta ahora obtenidos, nos orienta a una correlación positiva, aunque débil, entre el riesgo de Alzheimer y la ingesta del aluminio (agua, alimentos, medicamentos, cosméticos, etc.) Vale la pena destacar que esta sustancia se encuentra de forma natural en el medio ambiente, constituye aproximadamente el 8% de la superficie terrestre, pero ingresó masivamente en los hogares de todo el mundo a principios del siglo XX, no solamente con el agua de bebida; también en forma de utensilios de cocina (fuentes, ollas, bandejas, papel de aluminio), y con algunos medicamentos (antiácidos y analgésicos que lo contiene). Este metal es capaz de unirse al ADN y modificar su estructura así como alterar la actividad de los genes. Su absorción no solo se produce por vía oral, sino también a través de la piel, de ahí que las cremas y otros cosméticos que lo contienen también sean una fuente de contaminación.

Otra gran fuente de contaminación de las aguas son los microorganismos. Esta contaminación está formada por diferentes tipos de bacterias, virus, protozoos, y otros organismos que transmiten enfermedades como el cólera, tífus, gastroenteritis diversas, hepatitis, etc. En los países en vía de desarrollo las enfermedades producidas por estos patógenos son uno de los motivos más importantes de muerte, sobre todo de niños. Normalmente estos microbios llegan al agua en la misma forma que llegan los contaminantes químicos, por vertidos inadecuados, que se encontraban contaminados con materia fecal, y otros restos orgánicos de muy diferentes orígenes. Generalmente en los análisis de rutina no se investigan organismos patógenos (productores de enfermedades), salvo que sospeche su presencia; habitualmente se determina la presencia de unas bacterias denominadas indicatoras, que precisamente nos sirven para indicar con su presencia en número superior a lo aceptado, la creciente probabilidad de que se presente un microorganismo con capacidad patógena, o sea de producir enfermedad en quienes consuman el agua.

#### Estas bacterias indicatoras son:

- Aerobias mesófilas totales (bacterias comunes ambientales).

- Coliformes totales.
- Coliformes fecales (Escherichia Coli)
- Estreptococos fecales (clostridios sulfito-reductores).
- Pseudomona aeruginosa.

Algunos elementos químicos presentes en el agua pero que en concentraciones inadecuadas, se transforman en contaminantes.

**ARSÉNICO**

Es un elemento químico que existe en la naturaleza. Así como muchos otros, en nuestro país aparecen grandes áreas con niveles elevados del arsénico en el agua subterránea debido a sus concentraciones naturalmente altas en las formaciones rocosas y suelo, y al desplazarse el agua en las distintas napas, una parte del arsénico, al igual que el sulfato y otros tantos minerales, se disuelve en las aguas subterráneas, aumentando su concentración en la misma. Al consumir agua durante muchos años, con concentraciones de arsénico elevadas, nuestro organismo lo absorbe y se acumula en diferentes órganos, preferentemente en pulmón, hígado, riñón, piel, dientes, pelo y uñas.

Las manifestaciones más comunes que se asocian al consumo crónico (muchos años) de aguas con elevadas concentraciones de arsénico son el engrosamiento de palmas de las manos y plantas de los pies (queratodermia) y cáncer de piel. Además, cáncer de pulmón, de vejiga, de riñón y de laringe. También puede producir efectos sobre el sistema nervioso que comienzan con hormigueo y entumecimiento de plantas y palmas y se continúan con una neuritis diseminada y dolorosa de las extremidades superiores e inferiores.

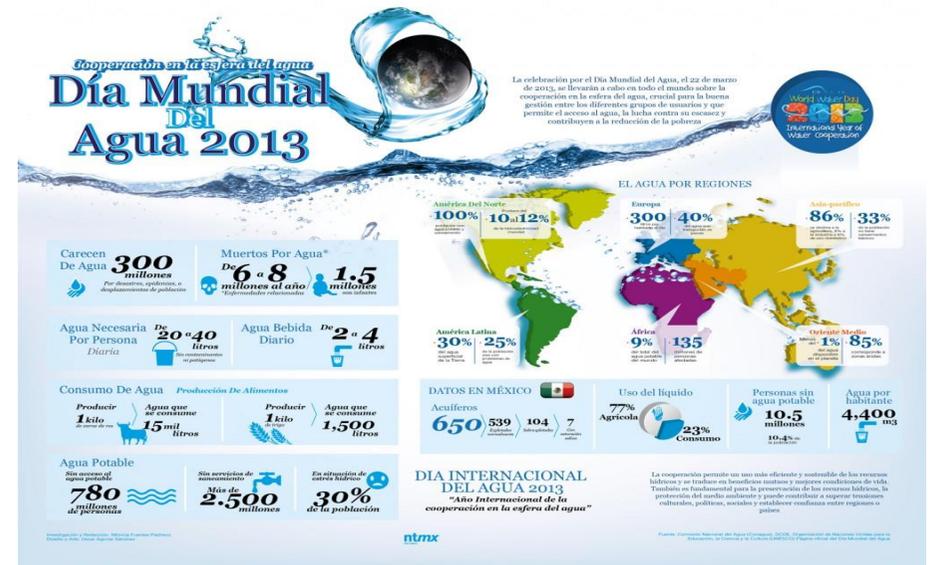
**OTROS CONTAMINANTES**

El agua contaminada se considera el principal agente de transmisión de casi el 80% de las enfermedades que sufren los países en vías de desarrollo. El agua sucia transmite enfermedades como tracoma, malaria, esquistosomiasis, tífus, cólera hepatitis infecciosa y la que más mortalidad de niños produce: diarrea. La solución es que las personas dispongan de agua corriente limpia y de sanitarios con alcantarillados.

La contaminación del agua puede también afectar los ecosistemas, provocando niveles tóxicos para la fauna acuática y conducir a que las aguas se fertilicen en exceso y pierdan el oxígeno, vital para la vida. A este fenómeno se lo conoce como **Eutrofización**. La sobrefertilización por nutrientes es un problema que afecta a todas las aguas en las zonas del curso medio y en las desembocaduras. Al fertilizar las superficies agrícolas, parte de los nitratos y fosfatos se disuelven y llegan por escurrimiento a los ríos y lagos a través de los afluentes. Por otra parte, las aguas residuales de los **asentamientos urbanos** contienen cantidades excesivas de fosfatos procedentes de detergentes y productos de limpieza. Las aguas así eutrofizadas, actúan fertilizando y haciendo crecer a las algas y también aumentan su reproducción. **El DDT, los insecticidas clorados y otros pesticidas** causan cáncer y defectos de

nacimiento. Los **bifenilos policlorados (PCB)** son empleados en la industria del plástico, aislantes eléctricos y fluidos hidráulicos, son muy tóxicos. Los **metales pesados**, como el mercurio, el plomo, el cadmio, el cromo y el níquel, causan cáncer; y además, desordenen en los pulmones, corazón, riñones y sistema nervioso central.

En el marco del “DÍA MUNDIAL DEL AGUA”, en el año (2009), según UNICEF, la falta de agua es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años; 4200 niños de hasta esa edad fallecen por día en el mundo por enfermedades provocadas por esta carencia. Cerca de 900 millones de personas en el mundo no tienen acceso a agua potable, mientras que 125 millones de niños menores de 5 años viven en hogares carentes de acceso a fuentes mejoradas de agua potable. Además, 2500 millones de personas no cuentan con servicios de saneamiento y más de 884 millones de personas todavía utilizan fuentes de agua no aptas para el consumo.



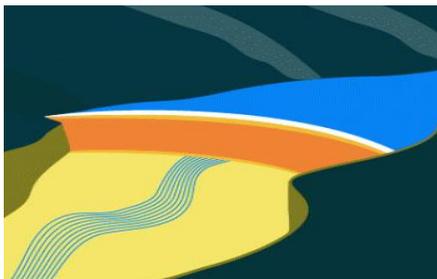
# Día Mundial del Agua

## 22 de marzo

«En el Día Mundial del Agua, comprometámonos a crear las políticas necesarias para garantizar que el agua y la energía sostenibles estén al alcance de todos, y no solo de unos pocos.»

*Mensaje del Secretario General en el Día Mundial del Agua,  
22 de marzo de 2014*

El tema del Día Mundial del Agua de 2014 es:  
«agua y energía».



El agua y la energía están estrechamente relacionados entre sí y son interdependientes. La generación y transmisión de energía requiere de la utilización de los recursos hídricos, en particular para las fuentes de energía hidroeléctricas, nucleares y térmicas. Por el contrario, aproximadamente el 8% de la generación de energía global se utiliza para la extracción, el tratamiento y el transporte de agua a varios consumidores.

En el año 2014, la Organización de las Naciones Unidas - en estrecha colaboración con sus Estados miembros y otras partes interesadas - hacen

énfasis en el nexo agua-energía, abordando en particular las desigualdades, especialmente para una gran parte de la población que vive en barrios marginales y zonas rurales empobrecidas sin acceso al agua potable, al saneamiento adecuado, alimentos suficientes y los servicios energéticos. También tiene como objetivo facilitar el desarrollo de políticas y marcos transversales de políticas que tengan por objetivo la seguridad energética y el uso sostenible del agua en lo que se conoce como economía verde o energía sustentable. Se prestará especial atención a la identificación de las mejores prácticas para el uso del agua y la eficiencia energética, para hacer que la llamada “industria verde” sea una realidad.

## Únete a nosotros en esta celebración y difunde estos mensajes...

El Día Mundial del Agua trata de lo que se va a hacer a partir del año 2014 para promover prácticas sostenibles en el ámbito de agua y energía. Los mensajes clave que figuran a continuación podrán ser utilizados como base para ayudar a encuadrar y diseñar las actividades y mensajes por el día.

### 1. El agua requiere energía y la energía requiere de agua

El agua es necesaria para producir casi todas las formas de energía. La energía es necesaria en todas las etapas de extracción de agua, el tratamiento y la distribución.

### 2. Los suministros son limitados y la demanda es cada vez mayor

La demanda de agua dulce y energía seguirá aumentando significativamente en las próximas décadas. Este aumento presentará grandes desafíos y los recursos de deformación en casi todas las regiones, especialmente en el desarrollo y las economías emergentes.

### 3. El ahorro de energía es el ahorro de agua. Ahorrar agua significa un ahorro de energía

Las opciones relativas a la oferta, la distribución, el precio, y el uso de agua y energía y los impactos entre sí.

**4. El sector más pobre de la población necesita urgentemente el acceso a los servicios tanto de agua y saneamiento como de electricidad**

A nivel mundial, 1,3 mil millones de personas no tienen acceso a la electricidad, 768 millones de personas carecen de acceso a fuentes mejoradas de agua potable y 2,5 mil millones de personas no tienen acceso a servicios de saneamiento. El agua y la energía tienen impactos importantes sobre el alivio de la pobreza.

**5. Una mejor eficiencia en el uso del agua y la energía es tan imprescindible como son las políticas coordinadas, coherentes y concertadas**

Una mejor vinculación entre los sectores de agua y energía mejorará la coordinación en materia de energía y planificación del uso del agua, dando lugar a la reducción de ineficiencias. Quienes diseñan políticas, los planificadores y los profesionales pueden tomar medidas para superar las barreras que existen entre sus respectivos dominios. Se necesitan políticas nacionales innovadoras y pragmáticas que pueden conducir a una mayor eficiencia y una prestación de los servicios de agua y energía efectivas en cuanto a sus costos.

## ***Día Mundial del Agua de 2016: «El agua y el empleo».***

El agua significa empleo

El agua es un elemento esencial de la vida. Pero es más que esencial para calmar la sed o la protección de la salud; el agua es vital para la creación de puestos de trabajo y apoyar el desarrollo económico, social y humano.

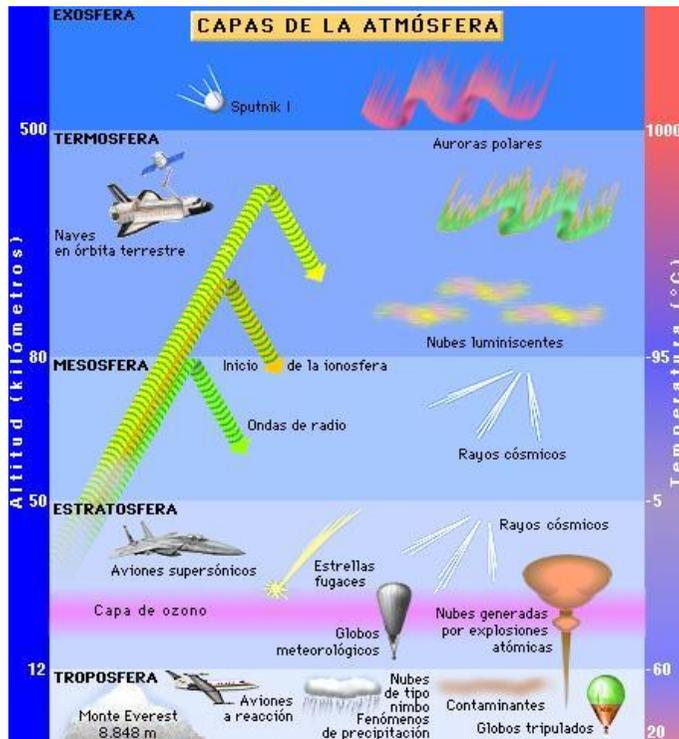
Hoy en día, la mitad de los trabajadores del mundo (1500 millones de personas) trabajan en sectores relacionados con el agua. Por otra parte, casi todos los puestos de trabajo, con independencia del sector, dependen directamente de esta. Sin embargo, a pesar del vínculo indisoluble entre el trabajo y el agua, millones de personas cuyas vidas dependen del líquido elemento a menudo no son reconocidos o protegidos por los derechos laborales básicos.

A mejor agua, mejores empleos

Organización de las Naciones Unidas



## LA ATMÓSFERA TERRESTRE Y EL CAMBIO CLIMÁTICO



principal fuente es la quema de combustibles fósiles (carbón, petróleo y gas natural). Los combustibles fósiles, son el producto de restos orgánicos muertos en distintas eras geológicas y que perduraron en el tiempo. El ejemplo más sencillo de explicar es el carbón, que es lo que queda de los vegetales, principalmente plantas leñosas, que vivieron hace millones de años. Los árboles, luego de morir fueron depositados bajo los sedimentos, después de miles de años y altas presiones se transformaron en carbón que se extrae para su combustión. El carbono del petróleo y del gas natural son igual de antiguos, y han estado fuera del ciclo del carbono durante mucho tiempo, por estar sin contacto con la atmósfera, al preservarse bajo los sedimentos. Hoy estamos liberando al aire este carbono acumulado durante millones de años.

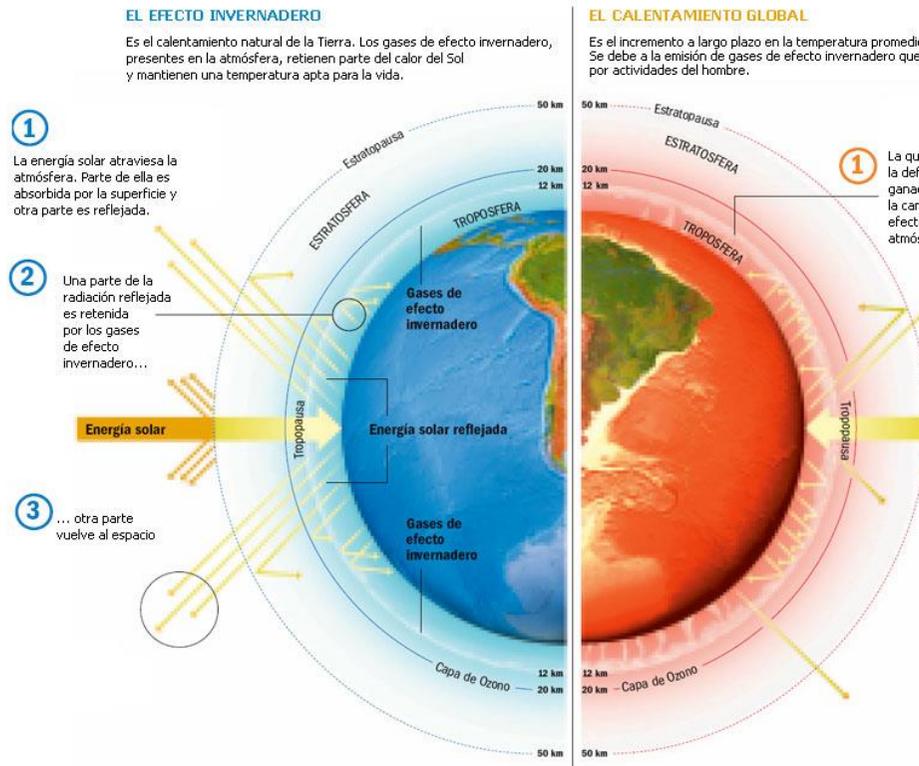
Otros GEIs culpables del calentamiento global son los sintéticos como los CFC que también destruyen la capa de ozono. Los CFC han sido de utilidad para la industria, pero por su capacidad de destrucción de la capa de ozono, se han dejado de fabricar. Aunque ya no se fabrican más, su poder residual es responsable del 25% del calentamiento global. El resto de GEIs,  $\text{CH}_4$  y  $\text{N}_2\text{O}$  por lo general llegan a la atmósfera, procedentes de fuentes naturales, pero algunas de estas fuentes han aumentado por la acción del hombre. Una fuente similar se observa en los vertederos de basura. Otra contribución importante de  $\text{CH}_4$ , es la que procede de las minas de carbón.

La atmósfera es una delgada capa gaseosa que rodea a la tierra. El 95% de la masa gaseosa se encuentra en la TROPÓSFERA, capa más interna.

La atmósfera está formada por **Nitrógeno ( $\text{N}_2$  78%)**, **Oxígeno ( $\text{O}_2$  21%)**, **Argón ( $\text{Ar}$  0.93%)**, **Dióxido de carbono ( $\text{CO}_2$  0.03%)** y **trazas de otros gases**. La presencia de diversos gases se relacionan directamente con el clima, con la salud humana y la biósfera en general.

La causa del calentamiento global es el aumento de *Gases de Efecto Invernadero* (GEIs) que atrapan el calor del aire. Los más importantes son el dióxido de carbono ( $\text{CO}_2$ ), el vapor de agua ( $\text{H}_2\text{O}$ ), el metano ( $\text{CH}_4$ ), el óxido nitroso ( $\text{N}_2\text{O}$ ) y los gases sintéticos llamados clorofluorocarbonos (CFC), los mismos que atacan la capa de ozono. En todas las eras geológicas existió un proceso de cambio climático que favoreció la aparición de nuevas especies y a su vez produjo la extinción de otras. El  $\text{CO}_2$  procede de muchas fuentes: incendios forestales, descomposición de la materia orgánica y de la respiración aeróbica de los seres vivos. Pero en la actualidad, la

## CAMBIO CLIMÁTICO



Los términos *Cambio climático* y *calentamiento global* quieren expresar el aumento de la temperatura en la superficie terrestre causado por el incremento del efecto invernadero que provoca la acción del hombre.

El Convenio Marco sobre Cambio Climático de las Naciones Unidas (1992) define al cambio climático como una modificación del clima atribuida, directa o indirectamente, a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante periodos comparables. De la definición podemos interpretar que el cambio climático es producto de nuestra esencia. El hombre a través de sus actividades, altera la composición de la atmósfera, y así produce cambios que persisten en el tiempo.

El CO<sub>2</sub> se encuentra naturalmente en la atmósfera, pero en el transcurso de los últimos años su cantidad ha aumentado, debido a la quema de combustibles fósiles para obtener energía, y a la deforestación y destrucción de los bosques. Este gas es

importante para la vida, porque define la temperatura promedio de la tierra, al absorber la radiación infrarroja del sol. Sin embargo los niveles de CO<sub>2</sub> continúan aumentando en la atmósfera, se elevará la temperatura del planeta, acarreado cambios en el clima, vientos y corrientes marinas. Otro parámetro que habrá que tener en cuenta es el hielo y la nieve que ocupan extensiones blancas y brillantes sobre la superficie terrestre, actuando como espejos que reflejan las radiaciones solares, hacia el espacio enfriando así el planeta. Un aumento de la temperatura derretirá estas grandes áreas, y así aumentará el nivel de los mares y le restará calor al planeta, pero a su vez se reducirá el reflejo de la radiación al espacio exterior. En la actualidad, un 10% del casquete polar del hemisferio norte y otro tanto el hemisferio sur se han perdido por el aumento de la temperatura.

El cambio climático es considerado como una de las amenazas más serias para el medio ambiente global. Según previsiones, tendrá un impacto negativo sobre la salud de los seres humanos, su seguridad alimentaria, la actividad económica, el agua y otros recursos naturales y de infraestructura física. Aunque los posibles efectos no se conocen con exactitud, si se cree que el cambio climático puede afectarnos de las siguientes maneras:

- Las enfermedades tropicales (malaria, dengue, fiebre amarilla) se pueden extender a otras latitudes.
- Los parásitos de los bosques tropicales pueden ampliar sus fronteras y atacar los árboles de bosques templados.
- Los cultivos podrían disminuir su productividad debido a las sequías prolongadas y a la erosión del suelo. Tanto estos factores como los incendios han aumentado en ciertas regiones del globo estos últimos años. Muchas especies se extinguirán o se reducirán debido al cambio en el hábitat.
- Los océanos son un grave riesgo porque pueden inundar zonas costeras debido a su aumento en altura y por la pérdida de las áreas de pesca.

La razón de estos cambios bruscos es que la atmósfera, a través de su composición, es un sistema térmico que se traduce en fuertes vientos y acrecienta los fenómenos meteorológicos como: las tormentas (tornados) producidas por la diferencia térmica frío y calor en dos puntos de una región. Actualmente, se producen masas de aire caliente en épocas del año no admisibles, ingresando luego masas de aire frío en forma de tornados que destruyen parte de muchas localidades e incluso de ciudades alrededor del globo. Cuanto mayor sea el contraste de la temperatura entre los ciclones y anticiclones, más probabilidades de tormentas violentas existirán. El efecto invernadero no solo produce tormentas destructivas, también trae olas de frío sin precedentes.





## Las negociaciones de Lima contra el cambio climático siguen estancadas

- Los dirigentes llegan al final de las reuniones con "falta de acuerdo"
- EE. UU. y la UE solo quieren incluir objetivos de reducción de emisiones
- Los países en desarrollo exigen alusiones a la financiación para adaptarse
- Son negociaciones de cara a la cumbre de París en 2015



Ampliar foto

El presidente de Perú, Ollanta Humala, hablando con el secretario de Estado de EE. UU., John Kerry, en la Conferencia sobre el Cambio Climático de Lima. REUTERS/Enrique Castro-Mendivil

[Enviar](#)

### Noticias relacionadas

[La Conferencia sobre el Cambio Climático de Lima espera alcanzar un nuevo protocolo de Kioto](#)

[Una responsable de la ONU en cambio climático pide medidas "urgentes y osadas" en Lima](#)

[El G20 incluye el cambio climático en una declaración centrada en el crecimiento económico](#)

EFE 12.12.2014

Las negociaciones que están teniendo lugar estos días en Lima (Perú) para llegar a un gran acuerdo de **lucha contra el cambio climático** de cara a la cumbre de París en 2015 han vivido un día de "**convulsión**" y de "**falta de acuerdo**" en casi todos los frentes. La mañana del jueves comenzó con cierta polémica cuando la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (UNFCCC, en sus siglas en inglés) **colgó por error en su página web un texto diferente** al que trabajaban los negociadores.

Según informaron fuentes de la negociación, el documento era una **versión simplificada "de emergencia" que manejan Naciones Unidas y la presidencia peruana** para tratar de acelerar las negociaciones en caso de que en la mañana del viernes a última hora sigan bloqueadas. El documento fue sustituido inmediatamente en la web por el texto que se estaba negociando, no sin cierta polémica.

Alrededor de las ocho de la noche y viendo que tan solo existía acuerdo en un par de párrafos, el presidente de la Cumbre, el ministro de Ambiente peruano, Manuel Pulgar Vidal, se puso firme ante los

negociadores y sentenció que **los países no pueden salir de Lima con las manos vacías.**

### **Nombramiento de dos mediadores**

Para acelerar el proceso, ha decidido nombrar al **representante especial de cambio climático del Reino Unido**, Sir David King, y a la **ministra sudafricana de Medio Ambiente**, Edna Molewa, a **mediar en el grupo de trabajo** que negocia cómo se va a financiar la adaptación al cambio climático hasta 2020, es decir cuáles serán los mecanismos para alcanzar los 100.000 millones a los que se han comprometido los países.

Otro de los textos bloqueados, el de la información que deben de adjuntar los países junto a sus compromisos, sigue también estancado. Sin embargo, está previsto que los negociadores continuaran trabajando hasta bien entrada la noche, de no llegar a acuerdos, es previsible que este viernes Pulgar Vidal nombre ministros mediadores.

En este último texto, el mayor problema es que, principalmente, **la Unión Europea y Estados Unidos solo quieren incluir objetivos de reducción de emisiones**, mientras los países en desarrollo **exigen alusiones a la financiación a la adaptación.**

## Histórico acuerdo en la Cumbre de París contra el cambio climático (Noviembre - Diciembre de 2015)

- El pacto pone un límite de dos grados para el calentamiento global y pide esfuerzos para que "no supere los 1,5"



Hollande, Fabius y Ban Ki- Moon esta mañana en París. / S. MAHE (REUTERS)

Los 195 países reunidos desde hace dos semanas en París han llegado finalmente a un acuerdo contra el calentamiento global, el primer pacto "universal de la historia de las negociaciones climáticas", según lo bautizó el presidente francés, François Hollande. El pacto fija techo a las emisiones de gases de efecto invernadero y establece un sistema de financiación



China defiende sus líneas rojas, pero asume compromisos

El país más contaminante del mundo ha sido uno de los grandes protagonistas en las conversaciones de París

Obama, una presidencia marcada por la lucha contra el calentamiento

El presidente de EE UU convirtió la lucha contra el calentamiento global en una de las prioridades de su segundo mandato

Una meta global ambiciosa pero sin objetivos de emisiones vinculantes

El pacto busca que el aumento de la temperatura media del planeta quede “muy por debajo” de los dos grados



Más pobres, más amenazados

Según la OMS, entre 2030 y 2050 el cambio climático causará 250.000 muertes adicionales cada año



23.000 especies en peligro

La degradación de sus hábitats por el impacto de la acción del hombre hace desaparecer animales y plantas



Los desastres naturales no son tan naturales

La comunidad científica atribuye 14 catástrofes de 2014 al cambio climático



Qué puedo hacer yo por el mundo

Compartir, reciclar, reutilizar, comprar producto local y apoyar iniciativas innovadoras está en nuestra mano.

## OZONO



El ozono es una molécula que se compone de tres átomos de oxígeno ( $O_3$ ). Su estado de agregación en la atmósfera es gaseoso y sus propiedades son: olor acre, incoloro, y en elevada concentración, es de color azulado. El equilibrio del ozono en la estratosfera se ve afectado por la presencia de contaminantes, como los compuestos **Clorofluorocarbonados (CFCs)**, que reaccionan con el ozono y hacen que se destruya más rápidamente de lo que se regenera. El daño que causan cada uno de estos contaminantes está en función de su potencial de agotamiento del ozono. El  $O_3$  es un gas que se utiliza como depurador del ambiente porque mejora la calidad del aire, al eliminar del aire bacterias, virus y hongos que normalmente respiramos y al quitar todo tipo de olores.

### Medidas para mitigar los gases de efecto invernadero:

Desde que la comunidad científica alarmó al mundo sobre una inminente alteración del sistema climático mundial, por acumulación en la atmósfera de GEIs simbolizados por la unidad de  $CO_2$  y ya que su presencia estaba relacionada con actividad antrópica, diversas acciones en el ámbito internacional se han realizado y se están generando para enfrentar el problema.

La primera acción concreta fue crear una organización en 1988, de carácter mundial para estudiar el problema y proponer acciones de mitigación, la que tomó el nombre de Panel Intergubernamental del Cambio Climático, que fue adoptado el 9 de mayo de 1992 por las Naciones Unidas como Convención Marco sobre Cambio Climático (CMCC). Este tratado que establece compromisos y acciones para mitigar y enfrentar el cambio climático del planeta, ya ha sido ratificado por la mayoría de los países del mundo.

Un hito importante se dio en la Conferencia de las Partes de la Convención de 1997 en Kyoto, donde se establecieron nuevas obligaciones y plazos para los países

industrializados, principales responsables de emisiones GEIs y fuentes de emisiones, quienes se comprometieron en reducir las emisiones en canasta de GEIs, en un poco más de 5% en promedio respecto de los valores de 1990, para el periodo entre 2008-2012, además de fijar compromisos de reducción. El Protocolo de Kyoto establece mecanismos flexibles para compensar emisiones de estos mismos países por la vía de:

- Compromiso conjunto ("burbujas"): utilizada por miembros como la Unión Europea para redistribuir el peso de reducir las emisiones
- Desarrollo de proyectos entre países industrializados con compromisos de reducción de emisiones y países en vías de desarrollo (artículo 12 del **Protocolo kyoto** llamado Mecanismo de Desarrollo Limpio).
- Compromiso de emisiones entre países industrializados: un país con emisiones menores a sus objetivos puede intercambiar su "exceso" de reducción con otro país industrializado (artículo 6 del protocolo de kyoto llamado de Implementación Conjunta).

El Día Mundial del Medio Ambiente fue establecido por la Asamblea General de la ONU en 1972 para marcar la apertura de la Conferencia de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano.

Se conmemora cada año el 5 de junio: (DMMA) es uno de los vehículos principales a través del cual las Naciones Unidas estimula el conocimiento mundial del medio ambiente y alimenta la atención y la acción política. La agenda del día es para:

- Dar una cara humana a los problemas medioambientales.
- Autorizar a las personas para hacerse agentes activos del desarrollo sostenible y equitativo
- Promover una comprensión que las comunidades son cruciales para cambiar actitudes hacia los problemas medioambientales.
- Impulsar sociedades que asegurarán a todas las naciones y sus habitantes disfrutar un futuro más seguro y más próspero.

«Los resultados de estudios científicos recientes ponen de manifiesto la importancia del Protocolo de Montreal. Sin el Protocolo y los acuerdos conexos, los niveles atmosféricos de sustancias que agotan la capa de ozono podrían haber aumentado diez veces para 2050. La acción concertada ha evitado millones de casos de cáncer de la piel.»

*Mensaje del Secretario General, Ban Ki-moon,  
con motivo del Día Internacional de la Preservación de la Capa de  
Ozono  
16 de septiembre.*

## Tema de 2014: «Protección de la Capa de Ozono: La Misión sigue en pie»



En 1994, la Asamblea General proclamó el 16 de septiembre Día Internacional de la Preservación de la Capa de Ozono, para conmemorar el día en que se firmó en Montreal, en 1987, el Protocolo relativo a las sustancias que agotan la capa de ozono ([resolución 49/114](#) , de 19 de diciembre).

Se invitó a todos los Estados a que dedicaran ese Día a la promoción de actividades relacionadas con los objetivos del Protocolo y sus enmiendas. La capa de ozono, que es una capa frágil de gas, protege a la Tierra de la parte nociva de los rayos solares, y por consiguiente, ayuda a preservar la vida en el planeta.

La eliminación de los usos controlados de sustancias que agotan el ozono y las reducciones conexas no solo han ayudado a proteger la capa de ozono para la generación actual y las venideras, sino que también han contribuido enormemente a las iniciativas mundiales dirigidas a hacer frente al cambio

climático; asimismo, han protegido la salud humana y los ecosistemas reduciendo la radiación ultravioleta dañina que llega a la Tierra.

El tema de la celebración de este año es «Protección de la capa de ozono: la misión sigue en pie». Hasta el presente el Protocolo de Montreal relativo a las sustancias que agotan la capa de ozono ha logrado cumplir algunos de sus objetivos de eliminación de sustancias que agotan el ozono. Gracias a sus actividades, está disminuyendo la abundancia de sustancias que agotan el ozono en la atmósfera y se prevé que la capa de ozono se recupere hacia mediados de este siglo. Sin embargo, siguen existiendo retos para la eliminación de esas sustancias.

## TEMA DE 2015. EL OZONO: todo lo que hay entre usted y los rayos UV





Se define como *residuo* cualquier material o forma de energía, descargado al medio ambiente por el hombre y susceptible de producir contaminación.

El desarrollo económico y el progreso tecnológico originaron un incremento, tanto en cantidad como en variedad, de los residuos producidos por las actividades humanas, por lo tanto su disposición y eliminación plantea serios problemas en la sociedad de hoy.

Los residuos sólidos se dividen en dos clases: residuos de la producción y desechos urbanos.

#### **Residuos de la Producción forestal:**

Entre los residuos de la producción están los forestales, se dividen en dos tipos: los procedentes de material leñoso y los que corresponden a las hojas. Los primeros pueden ser utilizados para ser quemados con el objeto de obtener energía, y así sustituir los combustibles fósiles. Los segundos contribuyen, de forma óptima, a la regeneración del suelo y al mantenimiento del carbono en él y además actúan como sumidero.

#### **Residuos de la producción agrícola:**

Los residuos generados en las actividades agrícolas, o sea restos de cosechas que quedan en el suelo y forma de raíces, tallos, hojas o frutos no aprovechables, sirven para aumentar la materia orgánica del suelo y así capturar CO<sub>2</sub>.

La tierra sigue siendo degradada a un ritmo muy acelerado de acuerdo con el patrón histórico. Las principales razones de degradación del suelo son: la deforestación, las prácticas cambiantes en la agricultura de cultivo, el pastoreo excesivo, y el uso de la quema del suelo para lograr beneficios a corto plazo. La degradación del suelo afecta la vida de millones de personas e impide el desarrollo de las naciones. Detener la degradación del suelo es prioridad en muchas partes del mundo.

#### **Residuos sólidos urbanos:**

Los residuos sólidos urbanos son los producidos por cualquier actividad en los núcleos de población o sus zonas de influencia. Su composición es muy heterogénea, están presentes materiales combustibles, inertes y fermentables.

#### TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE LA BASURA

El destino final de la basura presenta varias alternativas posibles:

**Biodegradación:** es la descomposición llevada a cabo por hongos y bacterias (agentes naturales).

**Fotodegradación:** es la descomposición por exposición a la luz – ya sea natural, como el Sol, o artificial-. Existen bolsas de plástico que se descomponen de esta manera.

**Incineración:** consiste, básicamente, en las quemadas a cielo abierto (clandestinas o no); el mayor inconveniente que ellas suponen es la cantidad de sustancias de diferente composición que liberan a la atmósfera. Cuando la quema se lleva a cabo en hornos especiales, se aprovecha el calor generado para producir energía eléctrica o calórica. Es imprescindible que las chimeneas de esos hornos posean filtros adecuados para evitar el escape a la atmósfera de sustancias tóxicas. Los residuos patológicos son los que, son excepción, deben ser incinerados teniendo en cuenta ciertos procedimientos específicos.

**Reciclado:** consiste en el aprovechamiento de determinado producto como materia prima para la fabricación de otro nuevo, del mismo tipo o no (por ejemplo, el papel usado se puede convertir nuevamente en pasta para fabricar más papel, o cartón). Para obtener buenos resultados con el reciclado, es necesario haber hecho una muy buena clasificación previa de la basura: cada día se está tomando conciencia de ello, aunque esto no sea rentable.

**Recuperación o reutilización:** consiste en el aprovechamiento de un producto de desecho, por ejemplo una lata, para usarlo con el mismo u otros fines. La recuperación, o reutilización, es una costumbre muy arraigada en determinados países del “primer mundo”; en la Argentina recién se está tomando conciencia del valor de esta práctica, debido a la crisis económica.

**Relleño sanitario:** es, hasta ahora, el destino más frecuente de la basura, el recurso más generalizado y, aparentemente, el que menos impacto causa sobre el medio. Este sistema es viable para los países que cuentan con grandes extensiones territoriales; los demás, recurren a la incineración.



**CONTAMINACIÓN ACUSTICA**

*EL RUIDO ES UN SONIDO INARTICULADO Y CONFUSO, QUE SE MIDE A TRAVÉS DE UNA UNIDAD FÍSICA LLAMADA DECIBEL. ÉSTA ES UNA UNIDAD RELATIVA QUE EXPRESA EL NIVEL DE PRESIÓN ACÚSTICA*

trascienden de locales de esparcimiento, hasta el tránsito automotor, ferroviario y aéreo. De todos ellos sin duda en los núcleos urbanos el que afecta a un mayor número de personas es el que produce el tránsito de vehículos.

Desde tiempos ancestrales, el ruido ha sido una molestia que había que eliminar de las ciudades. En la época de la colonia, una disposición obligaba a enfundar con cuero las ruedas para suavizar el traqueteo infernal de los carruajes. Ya en el siglo 21, los avances tecnológicos transformaron ese “traqueteo infernal” en contaminación sonora. El progreso ha traído más ruido, pero las autoridades, y la sociedad, respondieron –y responden- con **silencio** ante este grave problema sanitario. El ruido es traumatizante directo del oído y determinante de reacciones psico-sensoriales molestos (fatiga fácil de la atención, irritabilidad con angustia). La contaminación sonora pueden provocar múltiples trastornos que van desde el daño auditivo (acusia, hipoacusia) , trastorno del sentido del equilibrio( vértigo, dolor de cabeza, vómitos), hasta consecuencias extra-auditivas como estrés, problemas cardiovasculares y perturbaciones del sueño. Las principales fuentes de contaminación son los automóviles y colectivos.

“En la ciudad de Córdoba no se controla el ruido. Es más, la gente tampoco sabe dónde reclamar cuando alguien atormenta sus tímpanos”, sostiene Miguel Tavarone, abogado y guardaambiente voluntario de la Municipalidad de Córdoba.- **LA VOZ DEL INTERIOR**. Córdoba. Domingo 6 de febrero de 2006



**RADIACIONES**

El ruido ambiental podría definirse como un contaminante de tipo comunitario. Está constituido por diversas fuentes sonoras que incluyen ruidos callejeros, los que

La radiación es una forma de energía liberada que puede ser de diversos orígenes., es el desplazamiento rápido de partículas y ese desplazamiento puede estar originado por diversas causas. Las radiaciones se dividen en dos grandes grupos:

- Radiaciones no ionizantes: son aquellas en la que no intervienen iones. Son ejemplo, la radiación ultravioleta (los efectos se limitan a la *piel*: eritema, pigmentación retardada, interferencia del crecimiento celular y a los *ojos*: fotoqueratitis, fotoquerato conjuntivitis) radiación visible, radiación infrarroja, laser, microondas y radiofrecuencia. Puede incluirse los ultrasonidos, ya que los riesgos producidos por estos son similares a los de la radiaciones no ionizante.
- Radiaciones ionizantes: son aquellas en que las partículas son iones. Estas engloban las más perjudiciales para la salud: Rayos X, Rayos Gama, Partículas Alfa, Partículas beta, y Neutrones, es decir, energía nuclear. Las radiaciones ionizantes por su origen y su alto poder energético tiene la capacidad de penetrar en la materia y arrancar los átomos que la constituyen –provocar ionización. Los principales efectos que provocan son:

- ✓ Alteraciones del sistema hematopoyético
- ✓ Alteraciones del sistema digestivo
- ✓ Alteraciones de la piel
- ✓ Alteraciones del sistema reproductivo
- ✓ Alteraciones de los ojos
- ✓ Alteraciones del sistema cardiovascular
- ✓ Alteraciones del sistema urinario

LA COMISIÓN NACIONAL DE ENERGÍA ATÓMICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, ES LA AUTORIDAD COMPETENTE DE LA APLICACIÓN DE LA LEY 19.587 ( LEY DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL) EN EL USO O APLICACIÓN DE MATERIALES RADIATIVOS, MATERIALES NUCLEARES Y ACELERADORES DE PARTÍCULAS.



**DESARROLLO SUSTENTABLE**

*Es la utilización de los recursos naturales del planeta cubriendo las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de generaciones futuras. Es la combinación de desarrollo económico con sustentabilidad ambiental.*

*Los ecosistemas actuales son la herencia de tres mil seiscientos millones de años de evolución. Las consecuencias de la ruptura de los lazos que existen entre las especies por parte nuestra, pueden ocasionar y ocasionan pérdidas difíciles de evaluar para la raza humana. Sin embargo, seguimos sin considerar la importancia de esta herencia.*

La mala gestión amenaza hoy con la desaparición de ecosistemas enteros de la biosfera, que son nuestros sistemas de sustentación. Este resultado se debe a diversas presiones, entre las cuales está la pobreza de una parte del mundo y la riqueza de otra, cuyo consumismo elevado es insostenible. Las consecuencias de la pobreza traen problemas de contaminación de los recursos naturales por falta de infraestructura. En el caso del consumo elevado, produce presión sobre todos los recursos naturales por la sobreexplotación. Así pues, el pastoreo excesivo y la deforestación aumentan el área de los desiertos, las tierras agrícolas vierten productos tóxicos al mar, los residuos industriales y las aguas residuales agravan el impacto.

A través de la Organización de las Naciones Unidas se formularon los siguientes principios con el objeto de lograr un compromiso global entre las naciones, para implantar el estudio y el análisis de esta problemática en los esquemas desarrollados:

- Declaración sobre el Medio Ambiente adoptada por la Conferencia de Estocolmo de 1972.
- Carta Mundial de la Naturaleza, aprobada por la resolución 7/37 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982.
- Carta de Río, adoptada por la Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo realizada en junio de 1992. Brasil

En 1983 se crea la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y desarrollo, en donde se comienza a hablar de sustentabilidad. En el reporte de la Comisión Mundial del medio ambiente y Desarrollo, titulado “*Nuestro*

*Futuro Común* (1987), se define como sustentable a “un desarrollo que satisface a las necesidades del presente sin menoscabar la capacidad de las futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades”.

Desde 1992 se fortalece la idea en la que los aspectos económicos y el desarrollo social deben tener en cuenta el cuidado del medio ambiente. Los bosques han sido tratados desde un principio de manera prioritaria en la agenda de los acuerdos internacionales, siendo los puntos más relevantes: la deforestación, el deterioro del estado y la calidad de los bosques, y la necesidad de encontrar estrategias para efectuar un manejo sustentable de ellos. A partir de la Cumbre de la Tierra se desarrollaron los siguientes Acuerdos:

- Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo.
- Agenda o Programa 21.
- Declaración de Principios para la Ordenación y Desarrollo Sustentable de los Bosques.
- Convenio sobre Biodiversidad.
- Convenio Marco sobre el Cambio Climático.
- Convenio de Lucha contra la Desertificación.

En la Declaración de Río se establecen 27 principios generales que ofrecen a los países una guía para preservar y mejorar el medio ambiente. Estos, por ejemplo, establecen que los Estados tienen el derecho soberano de aprovechar sus propios recursos según sus propias políticas ambientales y de desarrollo. Asimismo, se decide que a fin de alcanzar el desarrollo sustentable, la protección del medio ambiente deberá constituirse en parte integrante del proceso de desarrollo y no podrá considerarse en forma aislada y se hará una evaluación de impacto ambiental a nivel nacional.

La Agenda 21 es un catálogo de los programas de trabajo que la comunidad internacional consideró que deben realizarse para lograr un desarrollo sustentable, La Agenda fue concebida como un documento dinámico y actualizable periódicamente, constituido por un capítulo que hace referencia a la conservación y gestión de los recursos para el desarrollo. Otros capítulos importantes son: el de protección de la atmósfera y la convención marco de cambio climático; el de aproximación integrada a la planificación y manejo de los recursos terrestres; la convención de desertificación; el desarrollo sustentable en las montañas; el que promueve la agricultura sustentable y el desarrollo rural; y por último, el de la conservación de la biodiversidad y la convención sobre la diversidad biológica.

La Declaración de principios sobre la Ordenación, Conservación y Desarrollo Sustentable de los Bosques consta de 223 principios aplicables a los bosques naturales como así también a las plantaciones forestales. En la declaración se reconoce que los bosques cumplen una función fundamental en los procesos biogeoquímicos y son esenciales para la preservación de diversos ecosistemas. Asimismo, los Estados reconocen que los bosques son indispensables para el desarrollo económico y social. El Convenio sobre la Diversidad Biológica pretende abordar los siguientes objetivos:

- Conservar la biodiversidad
- Utilizar los seres vivos de forma sustentable.
- Promover la participación justa y equitativa de los beneficios derivados de la utilización de los recursos genéticos.
- Propiciar un adecuado acceso a esos recursos y una transferencia apropiada de las tecnologías pertinentes.
- Fomentar la educación y la conciencia pública del valor de la biodiversidad.

La Convención marco sobre el Cambio Climático pretende lograr estabilizar las concentraciones de gases efecto invernadero en la atmosfera reduciendo las causas antropogénicas. Las medidas de adoptar deben justificarse económicamente.

La Convención Internacional de Lucha contra la Desertificación define a este flagelo como la degradación de las tierras áridas, semiáridas y subhúmedas secas resultantes de diversos factores, tales como las variaciones climáticas, la deforestación y las actividades humanas.

Teniendo en cuenta los documentos internacionales, podemos afirmar que la meta del manejo sustentable de los recursos naturales es lograr el equilibrio entre la conservación de la diversidad natural y el avance de la vida humana. Por ello, las estrategias tendrán que apuntar a mantener un máximo de biodiversidad.

Los sectores públicos y privados tienen roles y responsabilidades en la conservación de los recursos naturales y su uso sustentable. Actualmente, existen diferentes métodos para la preservación y la sustentabilidad de los recursos naturales como: bancos de semilla (conservación); aéreas protegidas; medidas técnicas en la silvicultura, agricultura y acuicultura; jardines botánico; legislación y una variedad de medidas sociales, económicas y políticas.

La aplicación de estas metodologías combaten las causas que producen la pérdida de los recursos naturales. Entre las principales: el crecimiento acelerado, en las últimas décadas, de la población humana que está

produciendo un mayor consumo de los recursos naturales; sistemas económicos que no dan valor adecuado al ambiente y sus recursos; conocimiento inadecuado y uso ineficiente de los recursos; y sistemas legales e institucionales que fomentan la explotación de los recursos sin criterios sustentables.

El uso de una planificación estratégica que aplique técnicas de manejo adaptativo y métodos de manejo regional y eco-sistémico, sería la manera de efectivizar un manejo sustentable de los recursos naturales. Uno de los temas más difíciles del manejo y la conservación, es determinar qué especies y hábitat son prioritarios en la inversión de recursos financieros, humanos e institucionales. Lo recomendable es el manejo integral que tenga en cuenta al ecosistema, a las especies en peligro de extinción, y al valor potencial de la biodiversidad. Todas las metodologías mencionadas tendrán que agruparse de manera integrada y sin perder de vista los valores humanos (sociales, económicos y políticos).

El manejo sustentable de los recursos consiste en evitar la destrucción de los agro - ecosistemas y conservar los ecosistemas. Esto último se logra por medio de áreas protegidas, manejadas en diversos grados o no manejadas, en las que se mantienen las funciones y procesos eco-sistémicos indispensables.

En cuanto al consenso mundial las naciones deben establecer un ejemplo alentador moderando el uso y desperdicio de los recursos naturales de la Tierra y reduciendo su tremendo impacto ambiental. Dedicar sus talentos a usar formas conocidas y, descubrir nuevas, para que la población de las sociedades desarrolladas y en desarrollo puedan vivir de un modo más equitativo y sustentable.

Las estadísticas indican que el 20% de la población (países ricos) del planeta consume el 80% de los recursos mientras que el 80% (países pobres) consumen el 20% de los países ricos. Sería deseable cambiar este orden, colocar al pobre y su entorno en primer lugar y no en el último, ayudar al necesitado a sustentarse en su ambiente local

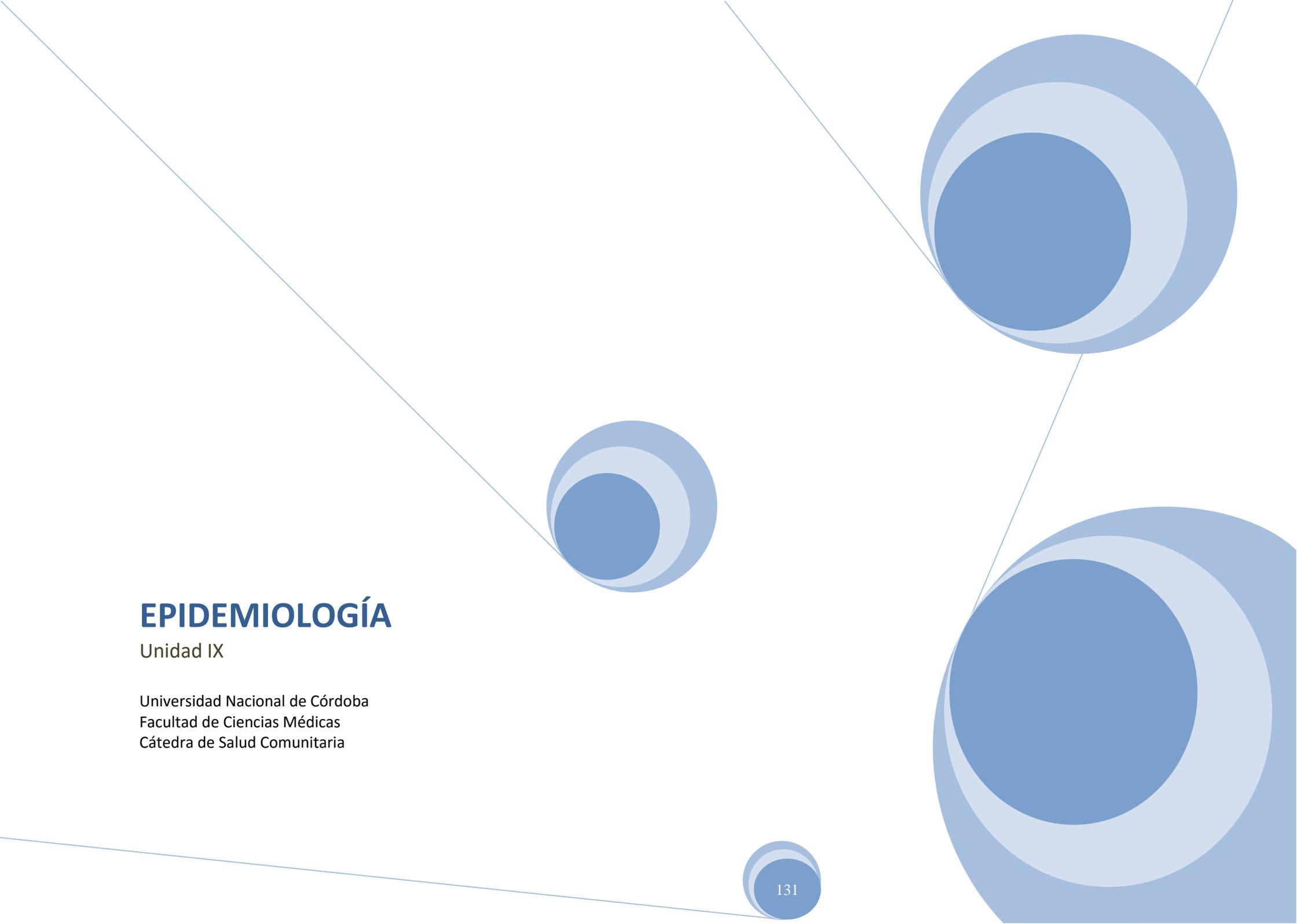


*“LA TIERRA PROPORCIONA LO SUFICIENTE PARA SATISFACER TODA NECESIDAD DE CADA PERSONA PERO NO TODO DESEO EGOÍSTA DE CADA INDIVIDUO”.*  
MATHATMA GANDHI

#### **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- **FERNANDO MANERA. “UNA AMENAZA INVISIBLE”.2008.**
  
- **CARLOS ALEJANDRO NORVERTO. “TREINTA PREGUNTAS BÁSICAS SOBRE ECOLOGÍA”. 200.**
  
- **PNUMA – ARTÍCULO EN EL MARCO DEL “DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE”. – 2014 - 2015**
  
- **UNICEF – ARTÍCULO : “4.200 NIÑOS MUEREN POR DÍA POR FALTA DE AGUA POTABLE” MARZO DE 2009.**





# EPIDEMIOLOGÍA

Unidad IX

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

### 1- HISTORIA DE LA EPIDEMIOLOGÍA:

Para rastrear los orígenes de la epidemiología habría que remontarse hasta hace 2.000 años atrás y citar a Hipócrates, entre otros, quien planteaba ya desde esa época la importancia de los factores ambientales en la salud humana y su influencia en la aparición de la enfermedad en su libro “De aires, aguas y lugares”. Es Hipócrates quien acuña el término *epidemia* (visitante) aludiendo a determinados procesos mórbidos que aparecían en una comunidad para luego desaparecer, y los diferenciaba de los que eran habituales, llamándolos *endemia* (residente).

La concepción de Hipócrates sobre los fenómenos de salud y enfermedad en la población se diferencia de las creencias primitivas hasta esa época sostenida, que consideraban a la enfermedad como un castigo divino o producida por la magia o los demonios y cuya forma de evitarlas y tratarlas era mediante ceremonias y rituales. La concepción de Hipócrates marca el comienzo de una visión más racional sobre la salud y la enfermedad.

Podemos dividir la evolución de la epidemiología en diversas etapas:

Una **etapa colectiva**, centrada en la descripción de los fenómenos mórbidos de la población, que surge ante la necesidad de estudiar las grandes epidemias europeas del siglo pasado así como también la aparición de numerosas patologías asociadas al hacinamiento, los basurales, la falta de agua potable y de red cloacal en las ciudades sobrepobladas en la época de la Revolución Industrial.

La concepción dominante en el estudio de las enfermedades en esta época es la **teoría miasmática**, que postulaba que las dolencias eran causadas por las emanaciones provenientes de los desechos o de otras materias putrefactas de la tierra, por lo cual las enfermedades son atacadas desde el saneamiento ambiental. A lo largo de este período se desarrollan numerosas intervenciones estatales para controlar la salud de la población: en Francia,

Alemania e Inglaterra se organizan sistemas estadísticos de recuento de la población y William Farr crea en 1839 el “Registro Anual de Mortalidad y Morbilidad” para Inglaterra y Gales; en Francia se desarrolla una medicina “urbana” con el fin de sanear los espacios de la ciudad; en Alemania se imponen reglas de higiene individual para el pueblo; en Inglaterra se crea un servicio de atención médica proporcionado por el Estado.

Quizá lo más relevante de esta época es la corriente creada por un médico alemán en 1838, Guerin, que postulaba que las condiciones de vida y la salud se hallan estrechamente relacionadas. Nombra a esta corriente “medicina social” y se preocupa por el saneamiento de las ciudades, la organización de los espacios urbanos, la reglamentación de las jornadas de trabajo y las condiciones mínimas de higiene en los espacios laborales.

A su vez, el extraordinario trabajo de Snow en 1854 sobre el riesgo de contraer cólera mediante la ingesta de agua contaminada instauro lo que se conoce como la “**Primer Revolución de la Epidemiología**”, pudiendo predecir las características del agente antes de que se desarrollara la microbiología.

Posteriormente, los avances logrados por la aparición de la microscopia y los descubrimientos bacteriológicos superan los alcances de la teoría miasmática y las condiciones del ambiente dejan de ser consideradas como determinantes en la aparición de la enfermedad. Pasamos así a la **etapa etiológica** y desde un período basado en los avances del control de las enfermedades mediante políticas de saneamiento ambiental hacia otro en el que la **teoría bacteriológica** se impone y determina que las medidas para enfrentar la enfermedad se dirijan específicamente a combatir los gérmenes productores de las mismas.

Se instauro en esta época una **visión unicausal** de la enfermedad, consideradas las bacterias como únicos causante de enfermedad y esta concepción favorece la interpretación de lo mórbido como un fenómeno individual y no ya colectivo. Es así como se dejan de lado las condiciones de vida y trabajo, la pobreza y el hacinamiento y se invierten numerosos

esfuerzos en el tratamiento específico de las enfermedades mediante fármacos o drogas.

Sin embargo, con el transcurrir del tiempo y el acelerado avance de la medicina en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedades, comienzan a preocupar otras patologías que parecían no responder a la teoría del agente etiológico único. El caso más relevante es el de la pelagra, en el que un estudio demostró, en 1915, que la enfermedad se producía, no por un ente microscópico, si no por carencias alimentarias.

Es así como en 1950 se reformula el modelo unicausal y se instaura la **etapa ecológica**, en la cual la epidemiología proporciona nuevos elementos en la interpretación de las enfermedades. Se desarrolla la **triada ecológica** que plantea la interacción del agente, el huésped y al ambiente en la aparición de la enfermedad. Se establecen las bases sobre los mecanismos de contagio de diversas enfermedades, se analizan las variables de susceptibilidad de los individuos y los factores ambientales que favorecen la aparición de la enfermedad para así establecer programas de control y prevención.



En el período entre las dos Guerras Mundiales, la Sociedad de las Naciones crea una Sección de Sanidad destinada a investigar la incidencia mundial de las enfermedades infecciosas como la malaria, la viruela, la lepra y la sífilis. A su vez, nace la Organización Mundial de la Salud, que tiene como objetivo principal llevar los beneficios de los desarrollos médicos y científicos a las zonas más postergadas del mundo.

Si bien se observó una disminución relativa de las enfermedades infecciosas, sobre todo en los países más desarrollados, comenzaron a llamar la atención

otras patologías ya no asociadas a procesos infecciosos si no a determinadas conductas y hábitos de vida.

Las enfermedades cardiovasculares, los innumerables tipos de cánceres, las enfermedades metabólicas, los trastornos de la alimentación, el stress, los accidentes de tránsito, sumados a las enfermedades características de la pobreza que no lograron atenuarse... implican para su análisis una visión de la triada ecológica mucho más amplia que la sostenida hasta ese momento.

Entran en juego los conocimientos aportados por las ciencias sociales, especialmente de la sociología, la psicología y la antropología, y se comienza a entender que los factores sociales, económicos y culturales influyen intensamente en la salud de la población. Se pasa así a una **etapa social** en donde la **visión multicausal** del proceso salud-enfermedad consolida la importancia de los hábitos de la vida, el acceso a la atención médica, en nivel socioeconómico, la cultura, los estados emocionales del individuo en la salud humana, extendiendo y completando la significancia de la triada ecológica y la importancia de abarcar absolutamente todos los factores intervinientes para poder lograr un comunidad sana.

Como vemos, al igual que ocurre con otras disciplinas, en distintos momentos históricos, se construyeron distintas visiones y prácticas en Epidemiología. En otras palabras, cada época refleja el interés o la preocupación principal de la Epidemiología. Así, por ejemplo, se advierte cómo en un momento domina el interés y la preocupación especial por el estudio de las Epidemias. Luego, el foco se orienta hacia los procesos infecciosos. Y después, se enfatiza la importancia de los procesos crónicos, la medicina preventiva y la salud comunitaria

En la actualidad, tal vez estemos ante un nuevo giro en la evolución de la epidemiología con la investigación de los factores que genéticos en la enfermedad, favorecido por el increíble avance de la tecnología genética y el descubrimiento del genoma humano.

## 2- EL CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGÍA

A lo largo de la historia, como hemos visto, se ha ido modificando la visión de lo que la epidemiología es y estudia. Numerosas son las definiciones que se han elaborado, a continuación exploraremos tres de ellas, de las cuales pueden extraerse varias conclusiones.

- Según Enrique Najera la epidemiología es la **ciencia que estudia todos los posibles factores, que de alguna forma contribuyen a modificar la salud de la comunidad, ya sea en sentido positivo o negativo, con el objeto de potenciar los primeros y reducir los segundos.**
- Milton Terris dice que la epidemiología es una **ciencia extremadamente rica y compleja ya que estudia y sintetiza los conocimientos de las ciencias biológicas, del hombre y sus parásitos, de las numerosas ciencias del medio ambiente y de las que se refieren a la sociedad humana.**
- Según McHahon y Pugh se trata del **estudio de la distribución y frecuencia de las enfermedades y de sus determinantes en las poblaciones.**

De las anteriores definiciones llegamos a las siguientes **conclusiones** sobre la epidemiología:

- Es una **ciencia**, con un objeto de estudio y un método definidos.
- El **objeto de estudio** es el **proceso salud- enfermedad de la comunidad.**
- Utiliza un variante del método científico: el **método epidemiológico.**
- Se basa en la **multicausalidad** de la enfermedad proponiendo un criterio ecológico basado en la interacción de los componentes de la **triada ecológica: huésped-ambiente-agente.**

- Propone determinar la distribución y la frecuencia de los eventos de salud y enfermedad de la población para establecer un **diagnóstico continuo de la situación sanitaria** de la misma.
- Toma aportes de numerosas ciencias y disciplinas biológicas como la genética, la medicina, la microbiología, la química, la bromatología..., y de las ciencias sociales como la ingeniería, la economía, la sociología, la psicología, la demografía, la antropología...
- Al estudiar los determinantes de la salud-enfermedad de la población y aceptando la multicausalidad de la enfermedad se convierte en una ciencia con un alto **componente y compromiso social.**
- Tiene como propósito principal el logro y mantenimiento de una comunidad sana mediante el conocimiento de las **causas, distribución y frecuencias** de los eventos de salud y enfermedad en la población, buscando brindar estrategias para **erradicar los factores que perjudican la salud humana y para potenciar los que la benefician.**

En función de las conclusiones anteriormente mencionadas, podemos establecer los **campos de acción de la epidemiología:**

- **Estudio de la situación de salud:** implica recabar todos los datos que sean necesarios para poder establecer un diagnóstico continuo de la salud de una población: su mortalidad y morbilidad, la incidencia y prevalencia de las enfermedades, las situaciones ambientales que favorecen o desfavorecen la salud comunitaria, la disponibilidad de recursos sanitarios, los nivel de inmunización, la educación, el trabajo... es decir todos aquellos factores que intervengan en el proceso de salud enfermedad de una población en particular, que son analizados para llegar a conclusiones, desde una mirada cuantitativa para luego establecer una conclusión cualitativa.
- **Vigilancia epidemiológica:** implica establecer un sistema de registro, análisis y difusión sobre la frecuencia y la distribución de determinadas enfermedades, que por su impacto en la salud de una población,

merecen ser “seguidas” de cerca. En este seguimiento se tienen en cuenta, además de la aparición de nuevos enfermos, otros factores asociados a las patologías estudiadas como la presencia y cantidad de vectores, los niveles de inmunidad en la población, la presencia y cantidad de reservorios... con todos éstos datos se pueden establecer pronósticos, implementar medidas de control y evaluar su eficacia e intervenir convenientemente en el caso de brotes. La **vigilancia epidemiológica** fue implementada por la OMS en 1968 para el control de enfermedades transmisibles pero hoy también se incluyen las no transmisibles. En nuestro país, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional está a cargo de la Dirección de Epidemiología dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y está conformado por un subsistema general; en donde se realiza la consolidación semanal de información nacional sobre todas las enfermedades de denuncia obligatoria; y por subsistemas específicos para determinadas enfermedades. También se reciben informes anuales de los programas específicos de Lepra, SIDA, Chagas, Rabia, Fiebre Hemorrágica Argentina y Tuberculosis.

- **Investigación de factores de riesgo y factores protectores de la salud:** en este campo se incluyen todas las investigaciones epidemiológicas que buscan la asociación entre determinados factores, como hábitos y conductas, genética y herencia, condición socio-económica... y la predisposición a determinadas enfermedades. Se realizan mediante distintos estudios que siguen el método epidemiológico, estudiando grupos de personas de los cuales se extraen conclusiones para luego generalizarlas al resto de la población. Con este tipo de investigaciones se llegó a la conclusión de que el hábito de fumar predispone al cáncer de pulmón, que el consumo excesivo de sal produce hipertensión arterial o que la realización de deporte beneficia el sistema cardiovascular; se descubrió también que la posibilidad de presentar cáncer de mama o de colon es mayor en quienes presentan familiares con dichas patologías, lo mismo se descubrió respecto a la diabetes, la hipertensión o algunas patologías cardíacas o psiquiátricas. La investigación de los factores de riesgo o de los factores protectores es

quizás una de las contribuciones más importantes de la epidemiología a las ciencias de la salud, ya que permite establecer medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, procurando mantener y mejorar los niveles de salud de la población.

- **Evaluación de los sistemas de salud:** la evaluación de la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud al igual que la de los programas, políticas y proyectos de salud pública es un aporte vital de la epidemiología. Verificar el correcto funcionamiento de los mismos y el cumplimiento de las metas establecidas, sirve para realizar modificaciones y ajustes en los mismos tendientes a mejorar la calidad del servicio sanitario y por ende la calidad de vida de la población.
- **Investigación y control de epidemias o brotes:** en este campo se ponen en acción todas las herramientas teóricas y prácticas de la epidemiología para investigar la aparición brusca de una determinada enfermedad, tratando de identificar rápidamente el agente etiológico, localizando y controlando los posibles infectados, buscando limitar el contagio a la población no infectada, para lograr controlar rápidamente la enfermedad en cuestión, tratar a los afectados y prevenir un evento de similares características en el futuro.
- **Investigación y descubrimiento de nuevas enfermedades o agentes etiológicos desconocidos:** durante el estudio de un brote puede identificarse un agente etiológico no descrito hasta el momento. A partir de esto es posible continuar con la investigación de ese agente y lograr describir los signos y síntomas más característicos, los grupos de personas más afectados, los mecanismos de contagio... hasta llegar a definir específicamente todo el cuadro clínico y epidemiológico con exactitud. Ejemplos de este tipo incluyen las investigaciones realizadas en los primeros reportes de casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones homosexuales que originó una indagación profunda y concluyó en la hipótesis de que la enfermedad se relacionaba con un agente con probable vía de transmisión sexual, mucho antes de que se identificara el VIH. Luego del descubrimiento del VIH, y la comprensión sus vías de contagio, de los grupos de riesgo y de los efectos patológicos

que producía en los infectados; también a través de la investigación epidemiológica de la gran cantidad de casos que comenzaron a aparecer cada vez con más frecuencia; se logró establecer que la inmunodeficiencia es provocada por el VIH y que este estado propicia que el *P. carinii* infecte a estos pacientes y no al resto de la población inmunocompetente. Se explicó a su vez la alta tasa de incidencia de neumonía en homosexuales debido a su pertenencia a un grupo con alto riesgo de contagio para VIH.

La realización de todas estas tareas a cargo de la epidemiología se hace posible mediante la aplicación de conocimientos, técnicas y tecnologías provenientes de una gran gama de ciencias como la genética, la biología, la medicina, la sociología, la ecología...

### 3- TEORÍAS ETIOLÓGICAS EN EPIDEMIOLOGÍA

#### LA TRIADA ECOLÓGICA:

La triada ecológica es una herramienta para lograr entender el proceso salud-enfermedad desde la **relación huésped-agente-medio**. Esta relación es única en cada individuo, ya que los factores participes son múltiples e interactúan de formas diversas.

Pensemos por ejemplo en el virus de la poliomielitis: más del 90 % de los infectados no manifiestan síntomas, el 8 % cursa con un cuadro febril, cerca del 1 % desarrollo meningitis séptica y sólo el 0,1 al 1 % desarrolla la enfermedad parálitica. En función de lo anterior podríamos preguntarnos qué hace que un individuo se enferme y el otro no, o en el caso de que enferme, qué influye sobre la gravedad de los signos y síntomas que desarrolla.

La respuesta a esta incógnita la hallamos al analizar los componentes de la triada ecológica:

**a) Agente etiológico:** Como agente etiológico entendemos a todo aquello que pueda producir en el huésped un daño, real o potencial. Podemos hablar de **agentes biológicos:** **virus**, que producen enfermedades como las gripes comunes, el SIDA, algunas formas de hepatitis, la poliomielitis, el dengue, la fiebre amarilla...; **bacterias**, que ocasionan tuberculosis, diversos cuadros de neumonía o diarreas...; **hongos**, que producen micosis superficiales como el conocido pie de atleta o enfermedades sistémicas más graves como la histoplasmosis o la criptosocosis; también tenemos que incluir a los **protozoos** que ocasionan Chagas, paludismo, toxoplasmosis o a los **helmintos**, más conocidos como gusanos parásitos, que producen numerosos cuadros de parasitosis como las teniasis y ascariasis o la hidatidosis y la triquinosis. Pero eso sería una parte de los agentes que pueden causar daño, pensemos en el fuego, en las radiaciones, las heridas de arma blanca, las quemaduras con ácidos o bases, las mordeduras de animales o las picaduras de insectos ponzoñosos, las electrocuciones, los accidentes de tránsito, la malnutrición... todos ellos son factores que pueden desencadenar también graves cuadros de malestar. Si bien en un primer momento, dentro de la triada ecológica se consideraba sólo a los agentes biológicos; con el correr de los años se evidenció que había otros causales además de ellos. Cada agente etiológico presenta características particulares que determinarán su **grado de infectividad, virulencia y patogenicidad**. Pero éstas a su vez están íntimamente relacionadas a los otros dos componentes de la triada: el huésped y el medio ambiente.

**b) Huésped:** Analizar los factores del huésped que influyen en la triada ecológica implica tener en cuenta una larga lista: debemos pensar en el sistema inmune del individuo, en la alimentación, en la presencia de enfermedades concurrentes o intercurrentes, en tratamientos que esté llevando a cabo, en el consumo de alcohol, tabaco o drogas, en su edad, su raza, su sexo, la herencia, sus hábitos y conductas... Todos estos elementos se interrelacionan entre sí para determinar diversos grados de susceptibilidad o resistencia.

**c) Medio Ambiente:** Dentro de la triada ecológica, el ambiente es el espacio en el cual se desarrolla la interacción huésped-agente y aporta factores que favorecen o desfavorecen esa interacción. Comprende un ambiente físico con un espacio geográfico determinado, con una temperatura y una humedad establecidas, al igual que una fauna y una flora características, que favorecen la presencia determinados agentes biológicos y vectores y desfavorece la presencia de otros. También se habla de un ambiente social y económico que incluye la distribución de las riquezas naturales, las políticas económicas, los desplazamientos demográficos, las pautas culturales... es decir aquellos componentes de la vida en sociedad que de alguna forma influyen en el proceso salud enfermedad.

**LA CADENA EPIDEMIOLÓGICA:**

La cadena epidemiológica constituye una serie de eslabones, relacionados con la triada ecológica, que busca explicar **el camino que recorre un agente etiológico para lograr infectar a un individuo**. Es así como la enfermedad aparece como una serie de acontecimientos que enlazan a los elementos de la triada ecológica. Si uno de los eslabones que unen los componentes de la cadena se rompe, la enfermedad no se producirá o no se esparcirá. Es por eso que, desde el punto de vista epidemiológico, se busca descubrir cuál es el eslabón más débil o el más accesible para procurar inactivarlo o destruirlo.



La cadena epidemiológica es una importantísima herramienta para el estudio de las enfermedades transmisibles y los elementos constituyentes de la misma son los siguientes:

**a) Agente etiológico:** ya hemos considerado anteriormente las características inherentes a los agentes etiológicos de las distintas enfermedades.

**b) Reservorio:** el reservorio constituye el **lugar donde el agente etiológico se desarrolla y multiplica**. Éste puede ser de origen **biológico** como los animales, insectos y artrópodos, los vegetales o el hombre enfermo o portador asintomático; o puede ser **físico o inanimado**, contemplando el aire, el suelo, el agua o diversos objetos. Es importante analizar al **hombre como reservorio** de un agente etiológico. El hombre enfermo y sintomático que actúa como reservorio de una enfermedad, es de fácil control una vez

que ha sido identificado a través del diagnóstico realizado por la presentación característica de los signos y síntomas de la enfermedad. Se insta un tratamiento de forma inmediata y a su vez se controlan sus contactos para identificar posibles contagiados y así delimitar la propagación de la enfermedad. Pero el hombre puede actuar también como portador de una enfermedad transmisible sin presentar signos y síntomas que permitan identificarlo, siendo reservorio de la misma y colaborando con su propagación. Estos individuos, denominados portadores asintomáticos son los principales propagadores de las enfermedades transmisibles en la comunidad y su control es complicado debido a que no son identificados como tales o no ingresan al sistema de atención médica ya que no presentan clínica. El ejemplo más claro de portadores asintomáticos que propagan enfermedades transmisibles lo tenemos con el VIH/SIDA. La infección producida por el VIH puede permanecer silente incluso hasta 10 años, el individuo infectado no presenta síntoma alguno de padecerla, pero sin embargo es portador y fuente de infección, es decir actúa como reservorio del virus y además, a través de diversos mecanismos de infección, lo propaga.

Los **reservorios animales** cobran importancia al hallarse los mismos en contacto con el hombre, sea porque se trata de animales domésticos, animales que viven en el peridomicilio o animales de cría. La cercanía con el hombre implica un mayor riesgo de contagio y su control depende de los hábitos higiénicos y de políticas públicas de saneamiento ambiental.

Por último, los **reservorios inanimados** cobran importancia en relación a los hábitos higiénicos y de vida del hombre. El hacinamiento, la falta de higiene, tanto personal como la del hogar, favorecen el contagio de enfermedades. Los objetos inanimados son reservorio estricto de pocos microorganismos como los hongos, en el caso del suelo o las amebas en el caso del agua. Suele confundirse para muchas enfermedades el lugar en donde se halla de forma transitoria un microorganismo con su reservorio, pero recordemos que según la definición el agente debe no sólo desarrollarse si no también multiplicarse en dicho lugar para que sea reservorio. En el caso de los virus, por ejemplo,

el desarrollo y la multiplicación de los mismos debe realizarse obligatoriamente dentro de la célula, por lo tanto, para todas las enfermedades virales, los reservorios deben ser biológicos.

**c) Puerta de salida:** es el **lugar por el cual el agente sale del reservorio** para lograr llegar, a través de uno o varios mecanismos de infección, a un huésped susceptible (es decir que responde a la pregunta **¿por dónde?**). Las puertas de salida pueden ser la **vía respiratoria** como ocurre en la tuberculosis en donde el bacilo de Koch es expulsado por las gotitas de Pflügge con la tos o con el virus influenza de la gripe; la **vía digestiva**, por medio de la materia fecal, como con el virus de la poliomielitis; la **vía parenteral**, a través de la sangre en la enfermedad de Chagas-Mazza, o en los virus de la fiebre amarilla o el dengue; la **vía genital**, a través de los fluidos sexuales, como en el caso del virus del SIDA o de la hepatitis B. La **vía cutáneo-mucosa**, como ocurre en el caso de las lesiones cutáneas del virus herpes o de la bacteria de la sífilis, que son altamente contagiosas al contacto por contener al agente patógeno allí.

**d) Mecanismo de transmisión:** se trata de la **forma por la cual el agente sale de su reservorio y llega a un huésped susceptible** (responde a la pregunta **¿cómo?**). Los mecanismos de transmisión pueden dividirse en directos o indirectos. Los mecanismos de transmisión **directos** implican que el agente etiológico pasa **desde su reservorio al huésped sin intervención de ningún intermediario**. Ejemplo de este tipo de transmisión son las enfermedades cuya puerta de salida es la vía respiratoria, como la TBC y las gripes, en donde el agente es expulsado por las gotas de Pflügge con la tos de un paciente enfermo y es inspirado por otro individuo. También se incluye las enfermedades por contacto sexual, en donde el agente pasa desde los fluidos sexuales o las lesiones cutáneomucosas hacia la piel o mucosas lesionadas del individuo susceptible durante el acto sexual. También se incluyen las enfermedades por vía parenteral, como ocurre en las transfusiones sanguíneas o en el contacto de las mucosas o piel lesionadas con la sangre de un infectado. Otro ejemplo sería el contagio del virus de la mononucleosis

infecciosa, a través de la saliva, durante el beso o en el caso de las mordeduras por animales infectados como en el caso de la rabia.

Los mecanismos de transmisión **indirectos** son aquellos en los cuales **el agente necesita de un intermediario para salir de su reservorio y llegar al huésped**. El intermediario es un **vector**, considerándose al mismo como **todo artrópodo capaz de transportar a un agente etiológico desde su reservorio hacia el huésped**. Los vectores pueden ser biológicos o mecánicos.

El **vector biológico** es aquel artrópodo en el cual el agente patógeno cumple una parte de su ciclo biológico, de desarrollo o reproducción, y son específicos para dicho agente. Dentro de estos vectores tenemos a los tritómicos o vinchucas para el *Tripanosoma cruzi* productor de la enfermedad de Chagas-Mazza; el mosquito *Aedes* para el virus del dengue o el mosquito *Anopheles* para el parásito del paludismo. Estos artrópodos son vitales para el agente etiológico y los necesitan para cumplir una parte de su desarrollo o ciclo vital, constituyendo así el principal mecanismo de transmisión. Esto es de suma importancia a la hora de la prevención y el control de estas enfermedades a través de la erradicación de los vectores.

Los considerados **vectores mecánicos** son aquellos artrópodos que actúan como medios de transporte y propagación de varios agentes etiológicos sin que en ellos se cumpla una parte de su ciclo biológico. No son específicos para determinado agente ni el agente los requiere para su subsistencia, por lo cual no constituyen las principales vías de contagio. Sin embargo deben ser tenidos en cuenta ya que representa una forma de transmisión de enfermedad. Ejemplos de este tipo de vectores serían las moscas y las cucarachas, que por sus hábitos y hábitats pueden acarrear diversos microorganismos transportándolos desde su reservorio hacia el huésped o hacia un lugar en estrecho contacto con el huésped. Las cucarachas o las moscas, por ejemplo, pueden transportar sobre sus cuerpos quistes de *Giardia lamblia*, agente etiológico de una enteroparasitosis llamada giardiasis, y

depositarlos en las ropas o la comida, facilitando el acceso del agente al huésped.

**Las enfermedades transmisibles no tienen sólo un mecanismo de transmisión si no varios**, hecho que depende del lugar en dónde el agente etiológico se halla en el huésped y de las capacidades infectivas del agente. Por ejemplo, el virus del VIH puede transmitirse no sólo a través del contacto sexual por medio de los fluidos sexuales, si no también a través del contacto de mucosas o piel lesionadas con sangre de un paciente infectado, o en las transfusiones sanguíneas o por vía transplacentaria desde la madre infectada a su niño en gestación. Esto se debe a que el virus del VIH se halla presente en los fluidos corporales y el contacto con los mismos, a través de diversos mecanismos, produce el contagio.

**e) Puerta de entrada:** hace referencia al **lugar por donde el agente ingresa al huésped** (también responde a la pregunta **¿por dónde?**). Para muchas enfermedades, las puertas de salida y de entrada son las mismas, para otras puede variar.

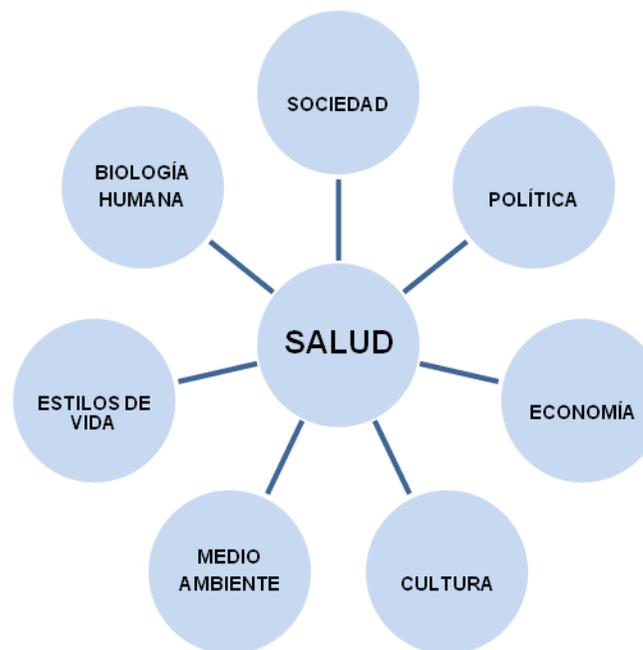
Por ejemplo, en el caso de la TBC, al ser el individuo enfermo el reservorio, la puerta de salida y de entrada son las mismas, es decir la vía respiratoria. En el caso de las enfermedades sexuales ocurre lo mismo. En las enteroparasitosis, la puerta de entrada y de salida la constituyen la vía digestiva, ingresando el agente patógeno con el consumo de alimentos o agua contaminados y siendo la puerta de salida la materia fecal de individuo enfermo. En la enfermedad de Chagas-Mazza por transmisión vectorial la puerta de entrada al huésped es la vía cutáneo-mucosa, pues la vinchuca infectada al picar a un individuo defeca sobre su piel depositando los *Tripanosomas* que a través de la picadura penetran la piel; sin embargo la puerta de salida de los *tripanosomas* de su reservorio (el hombre o animal enfermo) es la vía parenteral, pues la vinchuca pica a un hombre o animal infectado succionando con la sangre a los *Tripanosomas* circulantes en el

torrente sanguíneo de los portadores, de esta forma se infecta y es capaz de propagar la enfermedad al picar a otro individuo.

f) **Huésped:** constituye el individuo susceptible al agente patógeno. Al analizar la traida ecológica consideramos los diversos factores que influyen en el individuo para ser sensibles o resistentes a determiandos agentes etiológicos.

**LA TEORÍA DE LA MULTICAUSALIDAD:**

Lo analizado anteriormente responde a modelos etiológicos pensados, en un primer momento, para las enfermedades transmisibles. Sin embargo, sabemos que existen muchísimas enfermedades que no responden a éstos modelos, es decir que no están producidas por un agente etiológico biológico y que no son contagiosas. El estudio de estas enfermedades, conocidas como enfermedades no transmisibles como la diabetes, la hipertensión, el cáncer, las cardiopatías, los estados de malnutrición, el estrés... abrió la puerta para repensar los modelos anteriormente nombrados, ampliando el concepto de causalidad. Hoy en día, se acepta que la enfermedad forma parte de un proceso en dónde intervienen numerosos factores. La teoría de la multicausalidad introduce otras variables para analizar aparte de las expuestas en la triada ecológica y nos permite entender el proceso de salud-enfermedad desde una visión mas humana y social, permitiendo establecer medidas de promoción y prevención mas cercanas a la realidad de los individuos. Algunos de los factores considerados por la teoría de la multicausalidad son los siguientes:



**4- EL MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO:**

El método epidemiológico es una variante del método científico. Comienza con una **fase descriptiva** en donde se recogen y registran todos los datos referidos a tiempo, lugar y persona en relación a un fenómeno de salud o enfermedad en una comunidad. A partir de estos datos se desarrolla una **hipótesis epidemiológica** sobre los posibles factores que estén vinculados a la ocurrencia del fenómeno observado. Luego se verifica la misma mediante el **análisis** y la **experimentación** para concluir con un diagnóstico **epidemiológico**. El fin del mismo es la **aplicación de medidas prácticas**.

Método científico	Método clínico	Método epidemiológico
Observación.	Anamnesis y examen físico. Historia clínica.	Epidemiología descriptiva.
Hipótesis y variables	Diagnóstico presuntivo.	Hipótesis epidemiológica.
Verificación: análisis y experimentación.	Estudios complementarios.	Epidemiología analítica y experimental.
Conclusiones.	Diagnóstico definitivo y tratamiento adecuado.	Diagnóstico epidemiológico y aplicación práctica.

La **epidemiología descriptiva** consiste en la descripción detallada de los fenómenos de salud y enfermedad. Esta descripción no permite de por sí determinar causas, pero hace posible la formulación de hipótesis de causalidad que luego serán sometidas a su verificación mediante la aplicación de la epidemiología analítica.

La epidemiología cuantifica, es decir, mide las frecuencias con que ocurren diferentes fenómenos con el fin de determinar en “quiénes” se producen, “dónde” y cuándo” ocurren. **Tiempo, lugar y persona** son las denominadas “variables epidemiológicas”

Cada una de estas variables responde a las siguientes tres preguntas: **¿cuándo?, variable de tiempo, ¿dónde?, variable de lugar y ¿quiénes?, variable de persona.**

a) **Variable de persona:** incluye tener en cuenta la edad, el sexo, la raza, la religión, el estado civil, la ocupación, la condición socioeconómica, los hábitos y las conductas... cada una de las variables mencionadas influyen en la salud de los individuos, indentificandose factores protectores y factores de riesgo relacionados a las mismas. Al estudiar los fenómenos de salud-enfermedad en una población, es imprescindible evaluar todas estas variables, analizando la relación de cada una de ellas con el fenómeno en cuestión.

b) **Variable de tiempo:** muchas enfermedades son características de los meses fríos del año, como ocurre con las neumonías o las gripes; otras en cambio son características del verano, como las alergías, las eruptivas o las diarreas. Por otro lado existen enfermedades que se presentan en un acomunidad cada determinados periodos de tiempo, por ejemplo la rubeola cada 6 años o la hepatitis A cada 4 años. El estudio de diversos procesos de salud-enfermedad a lo largo del tiempo permite realizar un **seguimiento cronológico del mismo pudiendose observar estabilidad, tendencia creciente o decreciente;** asi como también asociación con las estaciones del año y las variaciones climáticas; permite a su vez evaluar los programas de promoción, prevención y control y realizar predicciones.

c) **Variable de lugar:** la distribución geográfica de un determiando fenómeno de salud-enfermedad está influenciada por numerosos factores: geografía, clima, flora y fauna, altura sobre el mar, límites políticos... antes evaluamos que todos estos elementos del medio ambiente interaccionan con el agente y el huésped; por ello se deben evaluar no sólo para analizar la relación que éstos tienen con el fenómeno estudiado si no también para establecer la distribución geográfica del mismo y conocer su alcance.

**5- CUANTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD:**

Para lograr determinar el estado de salud de la población, la epidemiología estudia el **comportamiento de los fenómenos de salud y enfermedad como fenómenos de masa,** recabando continuamente datos que debe cuantificar

con el fin de conocer su magnitud y utilizarlos luego para hacer análisis y comparaciones.

Los datos a cuantificar constituyen una gran gama: cantidad de habitantes, cantidad de médicos, cantidad de enfermos de determinada patología, número de estudiantes, número de hijos... todos estos datos constituyen las **cifras absolutas** que nos hablan de la **magnitud** del hecho registrado pero que no son útiles para realizar comparaciones. Para ello se trabaja con **cifras relativas** que expresan la **frecuencia** del hecho en la población de la cual los datos fueron tomados.

Las medidas para convertir las cifras absolutas en relativas más utilizadas son las razones, las proporciones y las tasas.

Las **razones** expresan la **relación de tamaño entre dos cifras absolutas** en las cuales ninguno de los elementos del numerador está incluido en el denominador. Por ejemplo: cantidad de mujeres por varón = 2:1, esto es que hay dos mujeres por cada varón; se entiende que ningún sujeto puede pertenecer tanto al numerador como al denominador.

Las **proporciones** expresan una **comparación entre un parte y el todo de una muestra** y se expresan en porcentajes. Por ejemplo porcentaje de pacientes masculinos de un pabellón, porcentajes de mujeres en la población total, porcentaje de infectados de VIH en determinada provincia...

Las **tasas** son las medidas más utilizadas en epidemiología, relacionan un número de personas afectadas por un hecho con la población a la cual pertenecen en un tiempo y lugar determinados. Son de gran importancia para comparar hechos tomados en distintas muestras y a su vez expresan la posibilidad de que el hecho estudiado tenga ocurrencia.

Las tasas se calculan mediante una razón y sus componentes son:

- **Numerador:** incluirá un número de personas afectadas por el fenómeno estudiado. Por ejemplo en las tasas de mortalidad el numerador es la cantidad de muertes, en las de morbilidad es la cantidad de enfermos...
- **Denominador:** incluirá el total de la población a la cual el grupo de personas colocadas en el numerador pertenece por compartir determinadas características. Por ejemplo al calcular una tasa de mortalidad el denominador es la población total dentro de la cual se hallan incluidas las muertes colocadas en el numerador.
- **Factor de amplificación:** debido a que la razón obtenida suele ser un número pequeño de muchos dígitos, para facilitar su manipulación y entendimiento, se lo multiplica por un factor de amplificación que puede ser elegido arbitrariamente en función de la relación numerador-denominador o que para determinadas tasas ya se halla establecido.

Las tasas se deben expresar en función del factor de amplificación utilizado. Entonces si en calculamos la tasa de mortalidad general en Argentina en el año 2007 utilizando como factor de amplificación 1.000 y nuestro resultado es 7,5; la tasa se expresa e interpreta de la siguiente manera:

“En Argentina durante el año 2007 murieron 7,5 personas cada 1.000 habitantes”.

Existen dos tipos de tasas: las brutas y las específicas. Las **tasas brutas** se calculan en función de la población total, las **tasas específicas** se calculan en base a un subgrupo de la población definido en función de una característica común como edad, raza, sexo, ocupación, estado civil...

**Las tasas más utilizadas en epidemiología son las siguientes:**

### TASAS DE MORTALIDAD:

Las tasas de mortalidad bruta se toman en función de la cantidad de muertes totales por cualquier causa en relación con la población total estudiada. Las tasas de mortalidad específicas pueden tomarse en función de características a elegir en el subgrupo como mortalidad por edad, por sexo, por religión; o en función del fenómeno a estudiar como por ejemplo mortalidad por cáncer, mortalidad por accidentes de tránsito...

Existe también una tasa de mortalidad que expresa el grado nocividad de una enfermedad. Es la **tasa de letalidad** que se calcula con la cantidad de personas muertas por una enfermedad sobre la cantidad de personas que padecieron esa enfermedad.

Las tasas de mortalidad más frecuentemente medidas son las siguientes:

- **Tasa bruta de mortalidad general cada 100.000 habitantes:**

$$\frac{\text{Total de muertes ocurridas en Argentina en el 2009}}{\text{Población total de la Argentina en el 2009}} \times 100.000$$

- **Tasa específica de mortalidad según edad y sexo:**

Expresa el riesgo de morir en uno de los grupos elegidos para el cálculo. La especificación de edad y sexo elimina las diferencias que podrían deberse a las variaciones en la población respecto de estas características.

- TM según grupo de edad:

$$\frac{\text{Defunciones totales de un grupo entre x y x edad en Argentina en el 2009}}{\text{Población de ese grupo en ese año y lugar}} \times \text{F.A.}$$

- TM según sexo:

$$\frac{\text{Defunciones totales en la población femenina/masculina en Argentina en el 2000}}{\text{Población total femenina/masculina en Argentina en el 2009}} \times \text{F.A.}$$

- **Tasas de mortalidad según causa:**

Suministra el índice de disminución de la población por una causa específica y es uno de los indicadores más utilizados para la evaluación de los programas de salud. Es importante calcular estas tasas por edad y por sexo ya que las muertes se ven muy afectadas por estas características.

$$\frac{\text{Defunciones totales por x causa en Argentina en el 2009}}{\text{Población total en Argentina en el 2009}} \times \text{F.A.}$$

- **Tasa de mortalidad materna:**

Es una tasa de mortalidad según causa específica y refleja el riesgo de las mujeres a morir durante el embarazo o el parto.

$$\frac{\text{Defunciones por causas maternas en Argentina en el 2007}}{\text{Nacidos vivos}} \times 10.000$$

En esta tasa en particular se debe utilizar como factor de amplificación 10.000.

- **Tasa anual de mortalidad infantil:**

La mortalidad infantil relaciona las muertes en niños menores de 1 año con la cantidad de nacidos vivos, dentro de la misma se incluyen la mortalidad neonatal y post-neonatal.

Defunciones de niños menores de 1 año en Argentina en el 2009 \_\_\_\_\_ x 1.000  
 Nacidos vivos totales en Argentina en el 2009

- **Tasa de mortalidad neonatal:**

Periodo neonatal: primeros 27 días de vida.

La mortalidad neonatal forma parte de la mortalidad infantil y **es proporcionalmente mayor cuanto más baja sea la tasa de mortalidad infantil**. Este fenómeno se observa en **países desarrollados** o en poblaciones de **buenas condiciones socioeconómicas y culturales**.

Defunciones de niños de menos de 28 días de vida en Argentina en el 2009 \_\_\_\_\_ x 1.000  
 Nacidos vivos totales en Argentina en el 2009

- **Tasa de mortalidad post-neonatal:**

Periodo post-neonatal: desde los 28 a los 365 días de vida.

La mortalidad post-neonatal forma parte de la mortalidad infantil y **es proporcionalmente mayor cuanto más altas sean las tasas de mortalidad infantil**. Este fenómeno se observa en **países en vías de desarrollo** o en poblaciones con **bajas condiciones socioeconómicas y culturales**.

En esta tasa en particular se debe utilizar como factor de amplificación 1.000.

En las tasas de mortalidad infantil se utiliza como factor de amplificación 1.000.

Defunciones de niños entre los 28 y 365 días de vida en Argentina en el 2009 \_\_\_\_\_ x 1.000  
 Nacidos vivos totales en Argentina en el 2009

- **Tasa de mortalidad fetal:**

Mortalidad fetal: considerada como muerte ocurrida antes de la expulsión o extracción del cuerpo de la madre.

La **mortalidad fetal temprana** se considera cuando la muerte ocurre antes de las 20 semanas de gestación; la **mortalidad fetal intermedia** se considera entre las 20 y las 28 semanas de gestación y la **mortalidad fetal tardía** desde las 28 semanas completas o más.

Defunciones fetales totales en Argentina en el 2009 x 100  
 Nacidos vivos totales en Argentina en el 2009

- **Tasa de mortalidad perinatal:**

Periodo perinatal: desde las 22ª semana de gestación hasta los 7 días de vida.

Defunciones fetales tardías +  
 Defunciones de menores de 7 días \_\_\_\_\_ x 1.000  
 Defunciones fetales tardías + Nacidos vivos

- **Tasa de mortalidad de 1 a 4 años:**

Defunciones de niños de 1 a 4 años  
 en Argentina en el 2009 \_\_\_\_\_ x 1.000  
 Población de 1 a 4 años total  
 en Argentina en el 2009

**TASAS DE MORBILIDAD:**

Estas tasas se toman en función de la cantidad de enfermos de una determinada patología para expresar el **impacto de la enfermedad sobre la población**. Las tasas de morbilidad pueden hacer referencia a la prevalencia o incidencia de una enfermedad sobre la población a estudiar. La **prevalencia** es el número de casos de una enfermedad que existe en un momento y lugar determinados y mide la existencia de la patología en cuestión y su magnitud. La **incidencia** es el número de casos nuevos que surgen en determinado momento y lugar, midiendo la aparición de la enfermedad. Existe además un tipo especial de tasa de incidencia que se utiliza en poblaciones bien definidas y durante un periodo corto de tiempo, es la **tasa de ataque**. Se utiliza generalmente en brotes epidemiológicos y es útil determinar la “efectividad” de la enfermedad surgida, es decir que de alguna forma mide el grado de patogenicidad del agente. Se calcula relacionando la cantidad de personas afectadas por el hecho sobre la población total expuestas al mismo.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Capitulo 7 del Manual de Salud Comunitaria; Dr. Sixto González y col; año 2000.
- Epidemiología Básica; publicación científica n| 551; OPS.
- Introducción a la epidemiología; N. de Almeida Filho y M. Zeila Rouquayrol; editorial Lugar; 2008.

# DEMOGRAFÍA

Unidad X

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Médicas  
Cátedra de Salud Comunitaria

## 1- CONCEPTO DE DEMOGRAFÍA:

La demografía se enseña desde hace varios años a los alumnos de medicina con diferentes grados y amplitud en las distintas facultades de medicina y por diferentes asignaturas, ¿por qué?:

- Los médicos son importantes **productores de información demográfica**, principalmente a través de los certificados de nacimiento y defunción.
- Además utilizan variada información demográfica para la **planificación de sus acciones en la comunidad**.
- La **investigación médica** y muy particularmente la **investigación epidemiológica** utilizan conceptos, métodos y datos de la demografía.
- La distribución geográfica de las personas es una de las bases de la **organización de los servicios de salud**.
- Los equipos de salud necesitan adoptar medidas desde el punto de vista demográfico permanentemente como parte de sus marcos de referencia.

Existen diversos conceptos y definiciones de demografía, mencionaremos a sólo tres:

- Según C. Montoya la demografía **es la ciencia que estudia los hechos demográficos de la población: tamaño, estructura y dinámica**.
- Para Vaquero puerta **es el estudio y descripción de los fenómenos que acecen sobre las poblaciones humanas, sobre el volumen de éstas, sobre su estructura y dinámica o movimientos y variaciones de desarrollo**.
- A su vez según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la demografía es **“la ciencia cuyo objeto es el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, considerados principalmente desde un punto de vista cuantitativo”**.

Tamaño y estructura de una población constituyen un enfoque estático de la misma que son modificados por fenómenos dinámicos como la mortalidad, la natalidad y las migraciones; de ahí que la demografía pueda clasificarse en **estática y dinámica**.

Por otro lado **las fuentes de datos utilizadas** por la demografía para describir éstas características de la población son:

- **Censos:** se definen como el recuento periódico, directo, nominal y simultáneo de una población, con el objetivo de registrar las características más significativas de

cada individuo. Las características analizadas pueden ser: sexo, edad, estado civil, número de miembros de la familia, ocupación principal, categoría ocupacional, domicilio urbano o rural, previsión social... Existe un acuerdo a nivel nacional para realizar los censos cada 10 años.

- **Registro civil:** es la institución primaria que registra los datos sobre hechos dinámicos de la población. Inscribe los nacimientos y las defunciones.
- **Encuestas demográficas:** realizadas en muestras de la población para completar la información demográfica de una región particular.

## 2- DEMOGRAFÍA ESTÁTICA:

El **estudio demográfico estático** de una población es un **corte transversal** en un determinado momento y describe la **estructura poblacional** que consiste en:

### a) Volumen poblacional:

El **volumen** poblacional, es decir la cantidad total de los individuos. Como la cantidad de habitantes de la población en la superficie terrestre es muy desigual de unos puntos a otros de nuestro planeta, debemos diferenciar:

- **Población absoluta:** es el número total de habitantes que vive en un lugar determinado. Así a escala mundial podemos decir que la población absoluta en 2002 era de 6211 millones de habitantes o que la población de la República Argentina de acuerdo al censo del 27 de octubre de 2010 que realizó el INDEC asciende a 40.091.359 habitantes,
- **Densidad de población:** nos señala la relación entre el número de habitantes y el espacio en el que viven. Para calcularla se ha de dividir la población absoluta entre la superficie (en kilómetros cuadrados) en los que vive esa población. La densidad media de población del mundo es de 47,7 hab/km<sup>2</sup> resultado de haber dividido la población mundial absoluta entre los 130 millones de km<sup>2</sup> de su superficie. Este dato nos sirve para comparar unos lugares con otros, ya que la densidad de población no es homogénea en todo el planeta. La densidad media en Argentina es de 14,4 hab/km<sup>2</sup>.

- **Dimensión** de población: es el número de personas que residen normalmente en un territorio geográficamente bien delimitado. La población de Argentina se encuentra desigualmente repartida por el país, concentrándose en la zona del Área Metropolitana Buenos Aires o Aglomerado Gran Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense) en 13 millones de personas, esto es equivalente al 33% de la población total. El 60% de la población está concentrada en una región integrada por las tres provincias (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe) en una superficie que no alcanza el 22% del total del país. Lejos de las cifras apuntadas, las sigue Mendoza, con más de 1.500.000 habitantes, Tucumán con 1.300.000 habitantes y rondando un millón de habitantes se encuentran Entre Ríos, Salta, Chaco, Misiones y Corrientes. Destaca en este grupo la provincia de Tucumán, con una densidad de población de 60 hab/km<sup>2</sup>, superior a la de provincias más pobladas como Córdoba y Santa Fe e incluso a la media de la provincia de Buenos Aires pero aplicada a una pequeña superficie territorial.

Las **causas densidades y dimensiones de población diferentes** las podemos buscar en diversos factores tanto físicos (relativos a las condiciones ambientales del lugar de residencia) como humanos (relativos a condicionantes dependientes del propio hombre, como los sociales, históricos o económicos).

• **Causas físicas:**

- **Clima:** las bajas temperaturas explican las bajas densidades de población en los polos o las altas montañas; las altas temperaturas y exceso de humedad inciden en las densidades de las zonas desérticas, la humedad excesiva provoca los vacíos ecuatoriales.
- **Altitud:** en las zonas templadas la mayoría de la población reside en zonas inferiores a 500 metros, donde las temperaturas, el relieve, y la fertilidad de los suelos son más propicios para la vida humana que la alta montaña; en las zonas tropicales con la mayor altura se disminuye el exceso de humedad, por lo que las mayores concentraciones de población se localizan por encima de los 1000 m.
- **Suelos:** los suelos más fértiles y productivos favorecen la estabilización de la población entorno (como es el caso de las zonas costeras chinas).

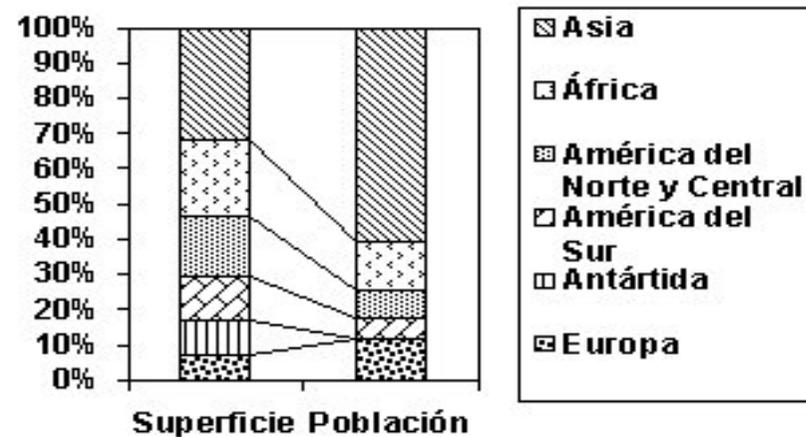
• **Causas humanas:**

- **Históricas:** hechos ocurridos en el pasado que nos ayudan a explicar concentraciones o vacíos de población, tales como las grandes migraciones, la fundación de ciudades de carácter defensivo, o la localización de la capitalidad estatal y la consiguiente concentración administrativa.
- **Socioeconómicas:** otros hechos de carácter económico y social que han favorecido la concentración poblacional, como pudo ser la localización industrial en cuyo entorno se asientan grandes grupos de población a partir de la Revolución Industrial.

En el siguiente gráfico se observa la superficie y la población por continente.

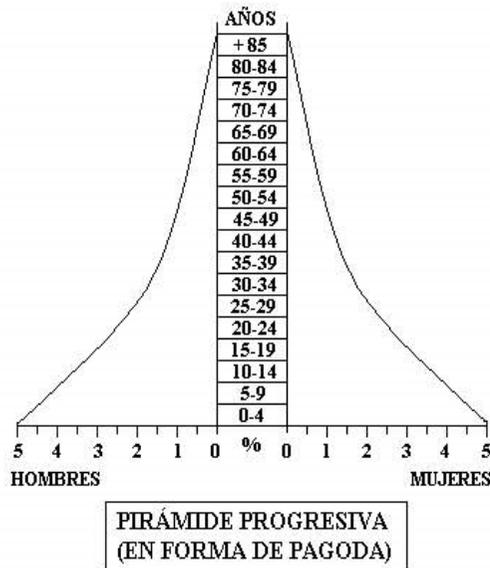
**b) Distribución según edad y sexo:**

La **distribución** según características diferenciales de los individuos como edad y

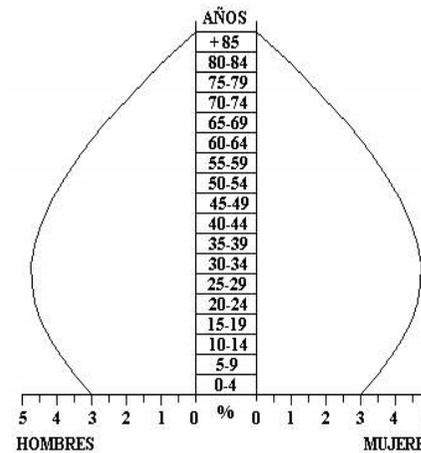


sexo. Con éstos datos se construyen las pirámides poblacionales que son histogramas de frecuencias de cada grupo de edad, figurando en las abscisas el sexo (mujeres a la derecha y hombres a la izquierda) y las ordenadas la edad. La **distribución por sexos** es desigual en la base y en la cumbre. Mientras que en la base existen más hombres que mujeres (estadísticamente se ha comprobado que nacen 105 hombres por cada

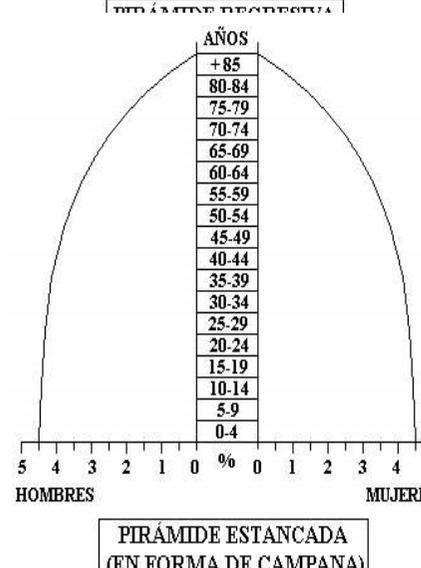
100 mujeres), la esperanza de vida de las mujeres es más alta, por lo que en los tramos intermedios se equilibran y en los tramos altos superan el número de mujeres al de hombres. En el **perfil de la pirámide** se refleja la historia demográfica reciente de la población estudiada, así las muescas o incisos nos indica perdidas de población en ese estrato, que se pueden deber a efectos de las guerras (siempre será mayor en la parte masculina), emigraciones, epidemias, etc. También pueden aparecer estratos más alargados de lo que hubiera sido previsible, lo que nos indicará que ese lugar ha sido destino de migraciones. La **forma de la pirámide** viene marcada por la distribución por edad y nos indicará el grado de desarrollo del lugar cuya población representamos. Se suelen clasificar tres grandes grupos de edad: niños y jóvenes (hasta los catorce años), adultos (entre los quince y sesenta y cuatro años) y los ancianos, (mayores de 65 años). La mayor o menor proporción de cada grupo dibujará tres formas básicas de pirámides:



- **Pirámide progresiva:** tiene forma de pagoda, debido a que tiene un gran contingente de población joven en la base, que va desapareciendo rápidamente según avanzan los grupos de edad, en cuya cumbre quedan muy pocos efectivos. Son por tanto las típicas de países subdesarrollados, que presentan unas altas tasas de natalidad, y una esperanza de vida muy baja debido a la alta mortalidad. Son poblaciones muy jóvenes, por lo que presentan un alto crecimiento.



**Pirámide regresiva:** tiene forma de bulbo, debido a que en la base existe menos población que en los tramos intermedios, mientras que en la cumbre existe un número importante de efectivos. Son las típicas de los países desarrollados, en los que la natalidad ha descendido rápidamente, y sin embargo las tasas de mortalidad llevan muchos tiempos controlados, siendo la esperanza de vida cada vez mayor. Son poblaciones muy envejecidas, en las que no se garantiza el relevo generacional.



**Pirámide estancada:** o en forma de campana, debido a que los tramos intermedios de edades tienen los mismos efectivos que la base, existiendo una reducción importante hacia la cumbre. Son las típicas de los países en vías de desarrollo, en los que se ha controlado la mortalidad y se ven los primeros indicios de control de la natalidad reciente. Se puede considerar como el paso intermedio desde una pirámide progresiva a otra regresiva.

c) Estructura poblacional:

La **estructura profesional** de una población, que es la clasificación de ésta atendiendo a criterios laborales. En primer lugar hay que diferenciar entre **población activa**, que es aquella que se encuentra en la edad legal para trabajar (dependiendo de los países entre 16 y 65 años) y que o bien trabaja (**ocupados**) o bien está en disposición de hacerlo pero no tiene empleo (**desempleados**); y **población inactiva** que no trabajan porque se encuentran fuera de los límites de edad para hacerlo (niños y ancianos), personas que aún no se han incorporado al mercado laboral (estudiantes), mujeres que trabajan en su hogar sin recibir compensación económica, enfermos e incapacitados para trabajar, etc. Para comparar los datos de actividad entre diversos países se utiliza la **Tasa de Actividad**, que pone en relación el total de población activa con la población total expresado en tantos por ciento.

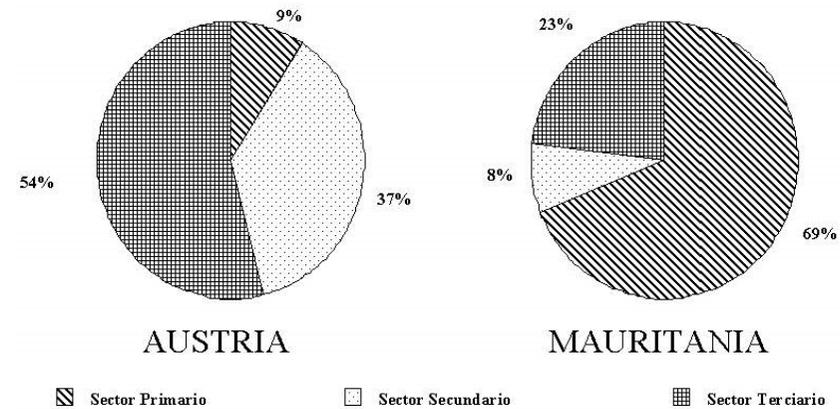
Tasa de Actividad =  $\text{Población activa} \times 100 / \text{Población absoluta}$

La población activa se clasifica en tres sectores profesionales:

- **Sector primario:** que incluye las actividades relacionadas con la agricultura, ganadería, explotación forestal, y pesca.
- **Sector secundario:** que incluye aquellas profesiones que están relacionadas con la industria, minería y construcción.
- **Sector terciario:** en el que se incluyen todas aquellas actividades de servicio: educación, sanidad, turismo, transporte, comercio, etc.

La estructura profesional de la población activa se representa en un **diagrama sectorial o ciclograma**, en cuyo interior quedan reflejados proporcionalmente los datos de los tres sectores profesionales de actividad. La proporción de cada uno de ellos respecto al total de la población activa va a ser un indicador del grado de desarrollo de la sociedad que se analice. Mientras que las zonas desarrolladas tienen unos porcentajes muy bajos de activos agrarios (menos del 15 %), en los países subdesarrollados ocupa a la inmensa mayoría (entre el 50 y el 85 %); en cuanto a los activos industriales, en los países desarrollados presentan unos porcentajes entre el 30 y el 40 % y en lenta disminución, en los países subdesarrollados rondan el 20 %; finalmente los activos terciarios o de servicio ocupan más del 50 % de la población en los países desarrollados y entorno al 20 % en los subdesarrollados. Veamos la

comparación entre un país desarrollado (Austria) y uno subdesarrollado (Mauritania):



#### 4- DEMOGRAFÍA DINÁMICA:

El estudio demográfico dinámico de una población es un **corte longitudinal** de la misma a lo largo del tiempo y describe los cambios que la población va sufriendo. Tiene en cuenta las siguientes características:

##### a) Crecimiento poblacional:

El crecimiento poblacional describe la natalidad y mortalidad de la población de un país y su relación entre ellas que se denomina crecimiento natural o vegetativo. Para medir la natalidad y poder comparar los nacimientos de unos países y otros independientemente de su tamaño o de la población total, se utilizan también las Tasas de Natalidad, que representan el número de nacimientos en un periodo de tiempo determinado (normalmente anual) por cada mil habitantes de ese lugar. Para su cálculo se dividen los nacimientos de ese periodo por el número medio de habitantes del lugar durante ese periodo y se multiplica por mil. El resultado por lo tanto se expresa en Tantos por mil (‰).

$TN = \text{N}^\circ \text{ de Nacimientos (en el periodo)} \times 1000 / \text{n}^\circ \text{ medio de habitantes}$

Existen otras formas de medir la natalidad, como la Tasa de Fecundidad, que es número de nacidos vivos en un periodo de tiempo concreto (normalmente un año) relacionados con la cantidad de mujeres fértiles (entre 15 y 45 años) que existían durante ese periodo.

$TF = \frac{\text{Nº Nacidos vivos (en el periodo)} \times 1000}{\text{nº de mujeres fértiles (15-45 años)}}$   
 Este dato nos muestra el Número de hijos por mujer, que es un indicador del desarrollo de los países. Para que un país crezca se ha de dar al menos una tasa de fecundidad de 2,1; en los países desarrollados, de menor crecimiento poblacional, esta tasa se sitúa en torno al 1,5 siendo de los más bajos España, con 1,1 ó Italia y Hungría con 1,2, mientras que en los países subdesarrollados sin control de la natalidad estas tasas se disparan por encima de los 5 como en Afganistán con 6,8 o Níger con 8.

La evolución de las tasas de natalidad a lo largo del tiempo en el mundo se presentó de esta forma:

- Hasta el siglo XVIII la tasa de natalidad era de un 35-45 %, siendo de carácter irregular, con continuas subidas y bajadas dependientes de las catástrofes naturales (sequías, epidemias...) y sociales (guerras, crisis económicas...)
- Desde mediados del siglo XVIII y a lo largo del siglo XIX los países más desarrollados van reduciendo los periodos de caída de la natalidad y empiezan a controlar las causas que impedían el aumento de la natalidad. Por lo que en la primera mitad del siglo XIX se produce un ligero aumento de las Tasas de Natalidad y en la segunda mitad una caída continua debido a los primeros intentos de control de natalidad.
- En el siglo XX los países desarrollados tienen un declive muy acusado en sus tasas de natalidad debido al control de la natalidad y la planificación familiar, estancándose cuando la tasa llega entorno al 12-15 % y variando levemente al alza o a la baja dependiendo de coyunturas económicas o sociales. Mientras tanto los subdesarrollados mantienen y aumentan sus tasas debido a la incorporación de medidas sanitarias; solamente comienzan a estabilizarse las tasas de natalidad a partir de los años 70-80 cuando la ONU desarrolla programas de control de natalidad en las zonas menos desarrolladas.

La **variación de las tasas de natalidad** tanto en el tiempo (evolución histórica) como en el espacio (distribución geográfica) se debe a la conjunción de múltiples factores entre los que podemos destacar:

- **Económicos:** al relacionar el nivel de vida con las tasas de natalidad, se observa que según aumenta el desarrollo económico de los países, disminuye la tasa de natalidad. Esta observación la podemos comprobar tanto a lo largo del tiempo (ver gráfico 4) como en la actual distribución de la natalidad por países, en la que las menores tasas de natalidad se encuentran en los países más desarrollados económicamente.
- **Biológicos:** aquellos países que cuentan con una alta proporción de población joven en edad de procrear tienen unos mayores niveles de natalidad. También en aquellos lugares o grupos de población en los que la nupcialidad se realiza en edades más tempranas las tasas de natalidad son más altas dado que la mayoría de los nacimientos se dan durante el matrimonio. Por lo tanto los países menos desarrollados, en los que se suelen cumplir estas condiciones, tienen las tasas más altas de natalidad, todo lo contrario que los países desarrollados, en los que los estratos de población dominantes son los adultos y la edad de acceso al matrimonio se retrasa hasta aproximarse a los 30 años, con lo que la natalidad es menor.
- **Sociales:** dentro de una misma sociedad, no todos los grupos tienen los mismos comportamientos demográficos, así las clases altas, de mayor nivel económico y formación cultural, en los que las mujeres están completamente integradas en el mercado de trabajo en puestos directivos, etc., las tasas de natalidad son mucho menores que en las clases más bajas, en la que se accede antes al matrimonio y la mujer suele trabajar en el propio hogar al cargo de los hijos. Otro ejemplo de este tipo de factor lo encontramos en los diferentes comportamientos demográficos existentes entre las zonas rurales, más conservadoras, en las que la mujer suele dedicarse al hogar, el acceso al matrimonio se realiza en edades más tempranas, y las zonas urbanas, en las que las condiciones de las viviendas, el acceso de la mujer al trabajo fuera de casa, etc., hacen que se controle más la natalidad.
- **Ideológicos:** cobran importancia las religiones pronatalistas (Islam, Cristianismo), que favorecen la procreación y rechazan cualquier medio anticonceptivo. Así en los países en los que más fuertemente están implantadas estas religiones tenemos las más altas tasas de natalidad. Así podemos indicar el caso de Irlanda, donde la religión católica está muy arraigada, las tasas de natalidad son de las más altas de la Europa desarrollada. La ideología política característica de determinados regímenes también influyen en la natalidad como en el caso de China, en el que dependiendo del momento histórico se favoreció la natalidad (en los primeros años tras la revolución) o se controló drásticamente los nacimientos (actualmente).

Según las tasas de natalidad de los distintos países podemos delimitar **tres zonas diferentes en el mundo**:

- **Países con tasas de natalidad altas (más del 40 ‰):** son aquellos países de más bajo desarrollo económico, entre los que podemos citar los del África Negra y algunos asiáticos.
- **Países con tasas de natalidad intermedias (entre el 20 y el 40 ‰):** son aquellos países que han iniciado la reducción de la natalidad pero que aún no han logrado estabilizarlas. Por lo general son los países en vías de desarrollo: Gran parte de Asia, el Norte de África y Latinoamérica.
- **Países con tasas de natalidad bajas (menores del 20 ‰):** son los países desarrollados, que iniciaron pronto el descenso de la natalidad y hoy se encuentran con tasas estabilizadas, con ligeros altibajos coyunturales, y con tasas que no aseguran la reposición generacional. Los países con menor natalidad son los del Sur y Este de Europa.

El crecimiento natural o vegetativo se produce por una parte debido a la entrada de nueva población a la ya existente (es decir los nacimientos), a la que habrá que restar la salida de población, (es decir los fallecimientos). El Crecimiento Natural lo podemos medir en números absolutos, restando a los nacimientos las muertes. Será positivo cuando los nacimientos sean superiores a las muertes y negativo si existen más muertes que nacimientos:

Crecimiento Natural = Nacimientos-Defunciones

Este dato no nos servirá para comparar diferentes países, debido a las diferencias de tamaño y de población que existen entre ellos, así que se utiliza la Tasa de Crecimiento Natural, que nos da ese mismo dato por cada cien habitantes. Se calcula dividiendo el Crecimiento Natural (nacimientos menos fallecimientos) entre la población absoluta del lugar y multiplicando por cien.

Tasa de Crecimiento Natural = Crecimiento Natural (en el periodo) x 1000 / nº medio de habitantes

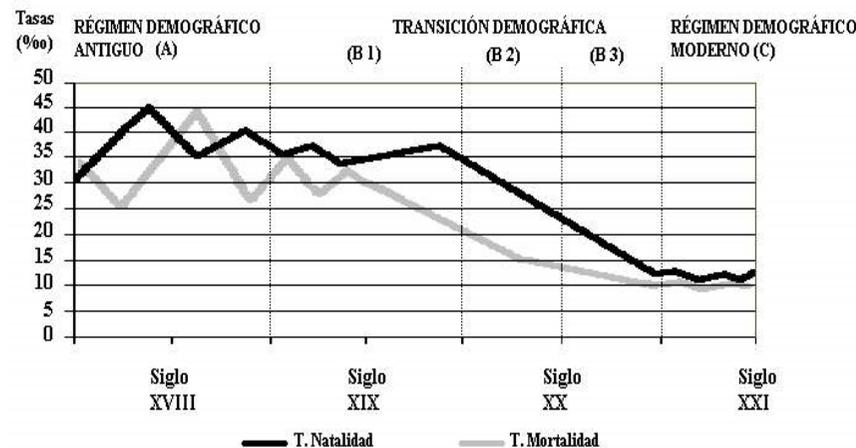
La evolución de la población mundial ha estado íntimamente unida a la variación histórica de la natalidad y la mortalidad. La población ha crecido en aquellos momentos en los que la natalidad ha estado por encima de la mortalidad. Debido a los avances técnicos y los cambios sociales de todo tipo, desde económicos hasta ideológicos, ocurridos a lo largo del tiempo, tanto la mortalidad como la natalidad han variado. Estas variaciones han sido explicadas a través de la **Teoría de la Transición demográfica**, que aplicada a los países desarrollados, describe el paso desde unas tasas muy altas de natalidad y mortalidad de origen catastrófico, hasta unos niveles bajos y estabilizados de ambas variables. Los países subdesarrollados aún se encuentran en el proceso de transición.

La teoría de la **transición demográfica** describe tres **periodos históricos** en los que se han producido diferentes comportamientos demográficos:

- **Régimen demográfico antiguo:** se corresponde con una sociedad preindustrial o tradicional. Para los países desarrollados, este periodo llega hasta mediados del siglo XVIII aproximadamente, dependiendo de cada país. En la actualidad no queda ningún país en esta etapa, sino más bien algunos grupos humanos aislados que no presentan control ni de la natalidad ni remedios efectivos para las enfermedades. Durante este periodo se producen altas tasas de natalidad (al no emplear métodos anticonceptivos) y mortalidad tanto de origen ordinario como catastrófico (debida a las guerras, hambrunas, epidemias, etc.). Igualmente las tasas de mortalidad infantil eran muy altas (entorno al 200-500 ‰) y la esperanza de vida muy baja, algo más de treinta años.
- **Transición demográfica:** se corresponde con una sociedad industrial, en la que los avances en todos los sectores la economía favorecidos por la Revolución Industrial, proporcionan mejores y más abundantes alimentos. El nivel de vida se eleva. Las condiciones sanitarias mejoran y se comienzan a erradicar algunas enfermedades. Cronológicamente se pueden distinguir tres periodos: un primer periodo (B1) que abarca desde mediados del siglo XVIII (dependiendo del inicio de la industrialización de cada país) hasta mediados del XIX, en el que primeramente se estabilizan ambas tasas, para luego ascender ligeramente las de natalidad (debido al descenso de la mortalidad infantil) y comienza el descenso de la mortalidad general; en el segundo periodo (B2), que dura hasta finales del siglo XIX comienza a descender también la natalidad, debido a la incorporación de la mujer al trabajo, del crecimiento de las ciudades (donde las viviendas no pueden acoger a familias

muy grandes), y a otros factores sociales; durante el tercer periodo (B3) que llega hasta conclusión de la II Guerra Mundial, la mortalidad se estabiliza en tasas muy bajas, mientras que la natalidad continúa su descenso. En esta fase se encuentran los países subdesarrollados.

- **Régimen demográfico moderno:** se corresponde con una sociedad moderna o postindustrial, en la que tanto la natalidad como la mortalidad se encuentran en tasas muy bajas, incluso en algunos países el crecimiento es negativo. Las tasas de natalidad son muy sensibles a coyunturas económicas, por lo que en momentos de bonanza suele haber un alza de nacimientos, mientras que los momentos de crisis se reflejan mediante una baja de los nacimientos. En esta fase se encuentran los países desarrollados, que ya recorrieron a lo largo de su historia las fases anteriores.



El crecimiento de la población mundial se ha producido sobre todo durante la etapa de transición demográfica, que es cuando se observa una mayor separación en la gráfica entre las líneas de la natalidad y la mortalidad. Actualmente, a pesar de que en los países desarrollados el crecimiento de la población es mínimo, a escala mundial se está produciendo un crecimiento desorbitado debido a que la mayoría de los países subdesarrollados se encuentran en la fase de transición, es decir, con bajas

tasas de mortalidad y altas de natalidad (aunque se estén reduciendo estas últimas). Por lo tanto hasta que esos países no lleguen al final del ciclo, la población mundial seguirá creciendo, proceso que se denomina “explosión demográfica”.

Según las tasas de crecimiento natural se clasifican a los países del mundo en tres **grupos** relacionados con su grado de **desarrollo**:

- **Países con crecimiento natural bajo (menos del 1 %, incluso negativo):** países Europeos y Japón. Consecuencia de la baja natalidad y la mortalidad en crecimiento debido a lo envejecido de su población. Las ventajas de este crecimiento tan bajo las podemos encontrar en su alto nivel de vida, menor competencia para el trabajo, etc. sin embargo lo inconvenientes son mucho mayores, debido a la presencia de mucha población pasiva (pensionistas) y poca activa, lo que puede llevar a la quiebra de los sistemas nacionales de Seguridad Social. Además al no existir relevo generacional, se necesita mano de obra extranjera sobre todo para cubrir puestos poco cualificados, por lo que aumenta la inmigración.
- **Países con crecimiento medio (entre el 1 y el 1,5 %):** característicos de los países desarrollados con población joven, tal como EE.UU. Canadá, Australia; de países semidesarrollados (Chile y Argentina); y subdesarrollados con control de la natalidad efectivo (China o Cuba).
- **Países con crecimiento elevado (mayor del 1,5 %):** resto de países subdesarrollados, con fuertes tasas de natalidad y tasas de mortalidad a la baja. En este caso disponen como ventajas el escaso contingente de población dependiente adulta y la existencia de numerosa mano de obra. Como inconveniente presentan la necesidad de grandes inversiones en educación y sanidad o vivienda, así como la imposibilidad de ofrecer trabajo a toda la población en edad laboral.

**b) Migraciones:**

La población puede aumentar o disminuir, además de los movimientos naturales, por los movimientos migratorios, que son los desplazamientos humanos de larga duración de un lugar de origen a otro de destino. Dentro de los movimientos migratorios podemos distinguir dos componentes principales dependiendo de si el

sujeto va a un lugar o sale de él. Así cuando el individuo abandona su lugar de origen se contabiliza como **emigrante**, mientras que cuando llega al lugar de destino se le considera como **inmigrante**. Existe un tercer componente dentro de las migraciones, que se produce cuando individuos emigrados vuelven pasado un tiempo a su lugar de origen, denominándoles **retornados**.

Para medir el movimiento migratorio en números absolutos se utiliza el denominado Saldo Migratorio, que no es más que la diferencia entre las personas llegadas a un lugar y los que se marchan, esto es, entre inmigrantes y emigrantes. Este cálculo puede ser negativo en el caso de que existan más emigrantes que inmigrantes o positivo en el caso contrario.

Saldo Migratorio = Inmigrantes – Emigrantes

Sin embargo, con los números absolutos no podemos realizar comparaciones entre distintos lugares debido a que cada uno tiene un tamaño y una población diferentes, por eso se utiliza la Tasa de Saldo Migratorio, que pone en relación el saldo migratorio con la población absoluta de ese lugar expresándose en tantos por ciento.

Tasa de Saldo Migratorio =  $(\text{Inmigrantes} - \text{Emigrantes}) \times 100 / n^{\circ}$  medio de habitantes

Para calcular el Crecimiento Real de la Población de un lugar determinado, no solamente hay que tener en cuenta los nacimientos y las defunciones, sino también las llegadas y salidas de gentes a ese lugar. Por lo tanto para hallar este resultado habrá que sumar el Crecimiento Natural con el Saldo Migratorio, teniendo en cuenta el signo de ambos ya que pueden ser negativos, al igual que el resultado final.

Crecimiento Real de La Población = (Nacimientos- Defunciones) + (Inmigrantes – Emigrantes)

Los movimientos migratorios son causados por la conjunción de diferentes factores, tanto repulsivos, que invitan a salir de su lugar de origen a los individuos, como atractivos, que los invitan a desplazarse hasta el lugar de destino. Los **principales causantes de los movimientos migratorios** se pueden resumir en los siguientes:

- **Económicos:** la falta de trabajo en el lugar de origen, y las expectativas de mejores condiciones de vida y la demanda de mano de obra en el destino favorecen las migraciones desde países menos desarrollados hacia los más desarrollados. Ejemplo de este tipo de migraciones la protagonizaron los europeos del Sur (portugueses, españoles, italianos, griegos, turcos), que tras la II Guerra Mundial emigraron hacia los países del Norte de Europa que demandaban mucha mano de obra para su reconstrucción, como Alemania, Países Bajos, Francia, Suiza, Austria, etc. Actualmente este tipo de migraciones se da entre los países pobres del Sur (África, Latinoamérica...), hacia los países del ricos del Norte (Europa, EE.UU.).
- **Catastróficos:** la erupción de un volcán, un terremoto, incendios, inundaciones, etc. pueden provocar la huida masiva de población desde su lugar de residencia hacia otros lugares. Tras estas catástrofes la población suele perder todas sus pertenencias, las tierras de labor, sus viviendas, etc. por lo que decide emprender una nueva vida en otro lugar.
- **Problemas humanos:** la actividad humana también es causa de las migraciones. Las guerras (como en el caso de la antigua Yugoslavia); las persecuciones religiosas (que provocaron movimientos importantes de personas durante la Edad Moderna), políticas, étnicas, etc.; la colonización y posterior descolonización de nuevas tierras por parte de los países europeos; el tráfico de esclavos; etc.
- **Socioculturales:** la atracción de la ciudad para vivir, que hace que muchos habitantes del medio rural decidan su cambio de residencia para ofrecer mayores oportunidades a sus hijos. También se da el caso contrario, personas que viven en las ciudades y deciden trasladarse al medio rural para combatir el estrés urbano.

Las migraciones afectan tanto a los territorios de origen, que pierden población como a los territorios de destino, que la gana. Este trasiego poblacional se deja sentir en diferentes **aspectos sociales y económicos** de ambos territorios. Las más importantes son los siguientes:

- **Demográficos:**
  - La población emigrante suele ser joven, en edad de trabajar y procrear, por lo que los destinos se rejuvenecen, mientras que el origen envejece al quedar los efectivos poblacionales más mayores, que ya no procrean. Así pues en los destinos aumenta la natalidad y disminuye la mortalidad, al contrario que en el origen.

○ Otro efecto demográfico es el desequilibrio de sexos, ya que suelen emigrar más hombres que mujeres, por lo que en el lugar de destino hay mayor proporción de hombres y en el de origen de mujeres (también se da el caso contrario cuando son las mujeres las que emigran). 3) Un efecto más sería el crecimiento desmesurado de las ciudades que acogen a la población emigrantes del medio rural. En las ciudades se observan todos los efectos descritos en este apartado al ser destino de las migraciones interiores.

### • Económicos:

- Los emigrantes envían parte de su sueldo en divisas al país de destino, con lo que se produce un ingreso económico importante para el desarrollo económico de esos países (ejemplo de ello se produjo en las décadas intermedias del siglo XX en España, en la que las remesas de los emigrantes, conjuntamente con los ingresos procedentes del turismo ayudaron a equilibrar la balanza de pagos negativa).
- Por otra parte en el origen disminuye el paro al marcharse parte de la población activa a otros lugares a trabajar, mientras que en el destino se abaratan los salarios por haber excesiva oferta de mano de obra.
- Se abandonan tierras de labor en las zonas rurales, aunque habitualmente las menos productivas, pero que pueden causar problemas ambientales como la erosión, incendios forestales etc.
- Se produce un incremento excesivo de las ciudades, en muchas ocasiones aumenta la población a mayor ritmo que el crecimiento de viviendas y de infraestructuras, por lo que los recién llegados se deben alojar en donde pueden, surgiendo zonas de marginación en las periferias urbanas (sobre todo en aquellas ciudades de los países subdesarrollados que crecen muy rápidamente).

### • Culturales:

- Las migraciones proporcionan la difusión de diferentes culturas a lo largo y ancho del mundo, como ejemplo de ello tenemos las culturas anglosajona e hispana.

○ Históricamente las migraciones han servido para la difusión de avances técnicos, cultivos, etc. a otras partes del mundo, como hicieron griegos, romanos y árabes en el mediterráneo.

### • Sociales:

- Falta de integración de los emigrantes en el destino, debido a diferencias culturales muy grandes, como el idioma, la religión, etc.
- Desarraigo de los emigrantes de los lugares de origen, debido por una parte a la falta de contacto habitual, y por otra a un intento de integración excesivo que le hace perder sus señas de identidad.
- En las sociedades de acogida suelen surgir sentimientos de rechazo hacia el emigrante, bien simplemente porque es extranjero (Xenofobia u odio a lo extranjero) o bien por sus características físicas diferentes (Racismo).

## 4- PERFIL DEMOGRÁFICO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA EN BASE AL CENSO 2010:

En los siguientes gráficos se muestran los principales resultados del censo 2010 de Argentina provistos por el INDEC.



# **Censo 2010**

## **Resultados definitivos**

### **VARIABLES BÁSICAS SELECCIONADAS**



**Población total:**

40.117.096

**Cantidad de mujeres:**

20.593.330

**Cantidad de varones:**

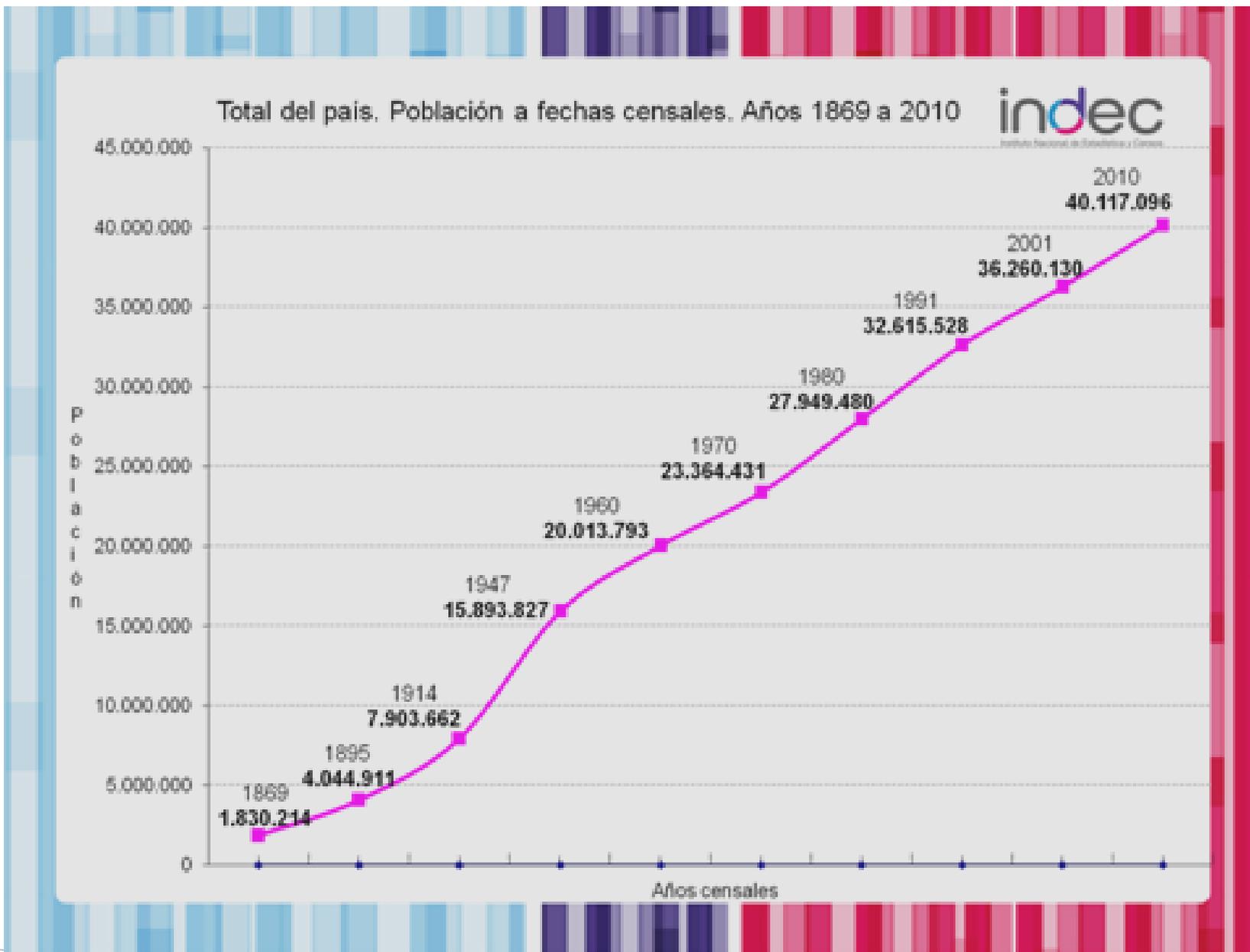
19.523.766

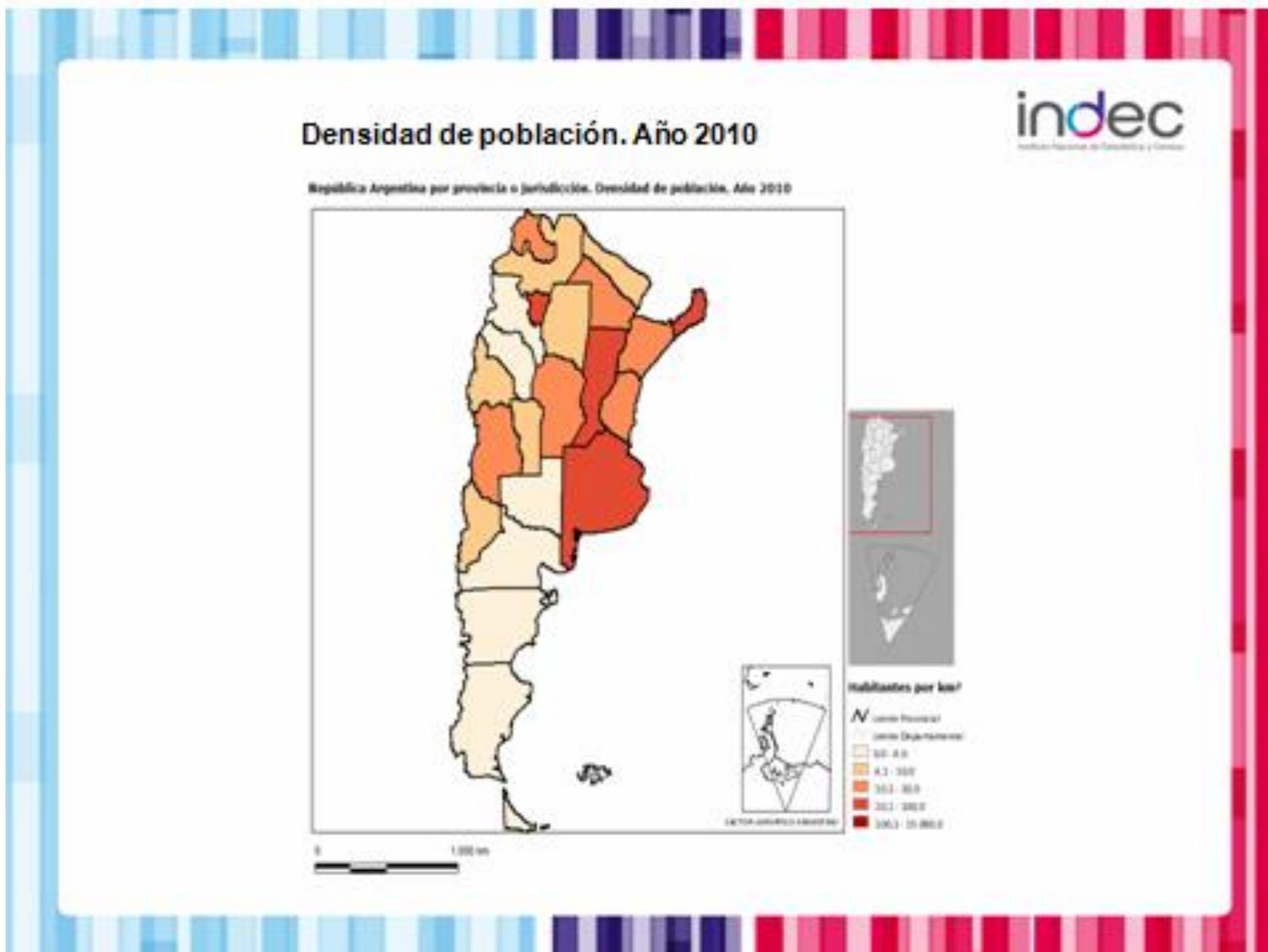
**Índice de masculinidad:**

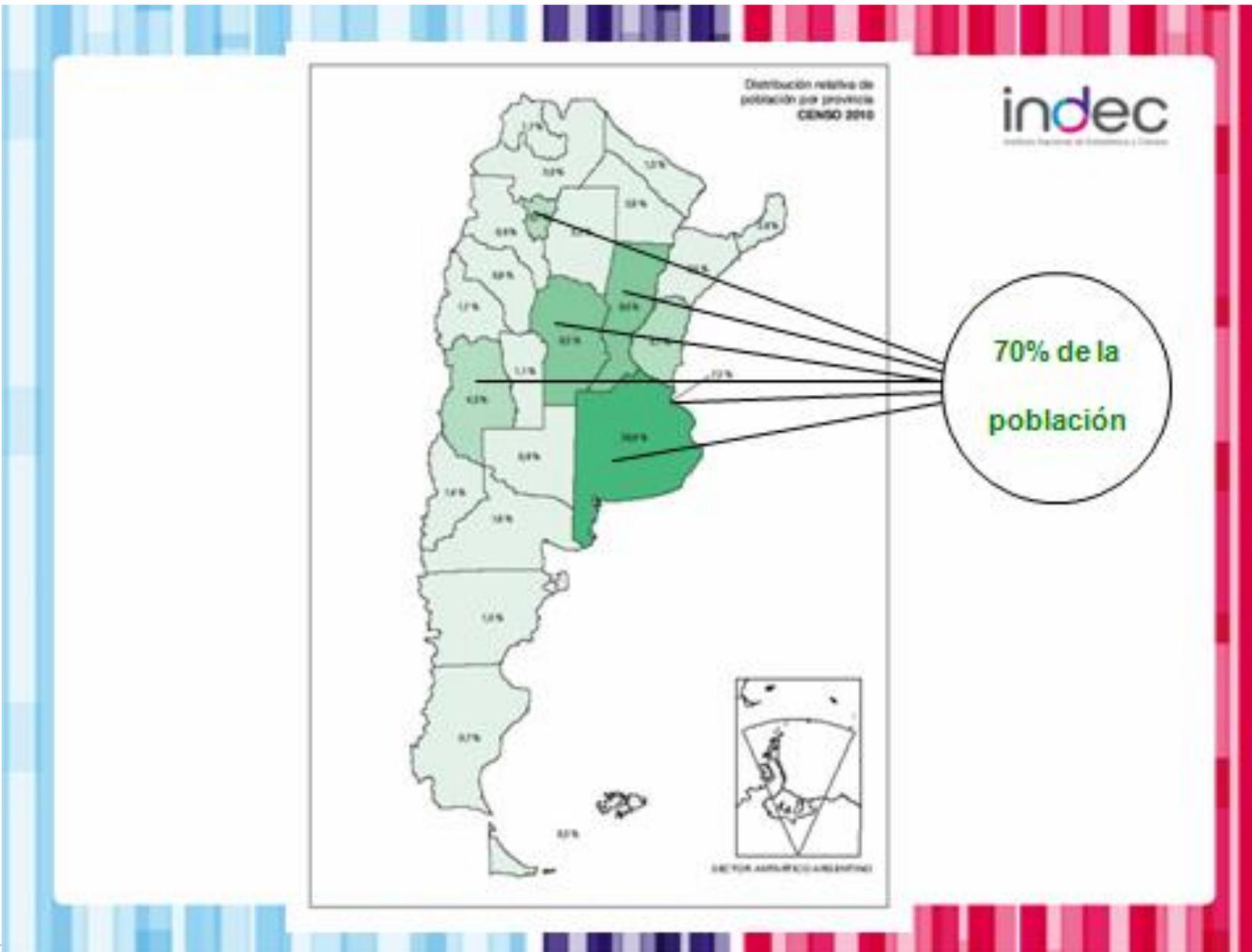
94,8

### Evolución de la población argentina. Años 1895-2010

Año	Población	Variación intercensal relativa
1895	4.044.911	-
1914	7.903.662	95,4
1947	15.893.827	101,1
1960	20.013.793	25,9
1970	23.364.431	16,7
1980	27.949.480	19,6
1991	32.615.528	16,7
2001	36.260.130	11,2
<b>2010</b>	<b>40.117.096</b>	<b>10,6</b>







## DEMOGRAFÍA

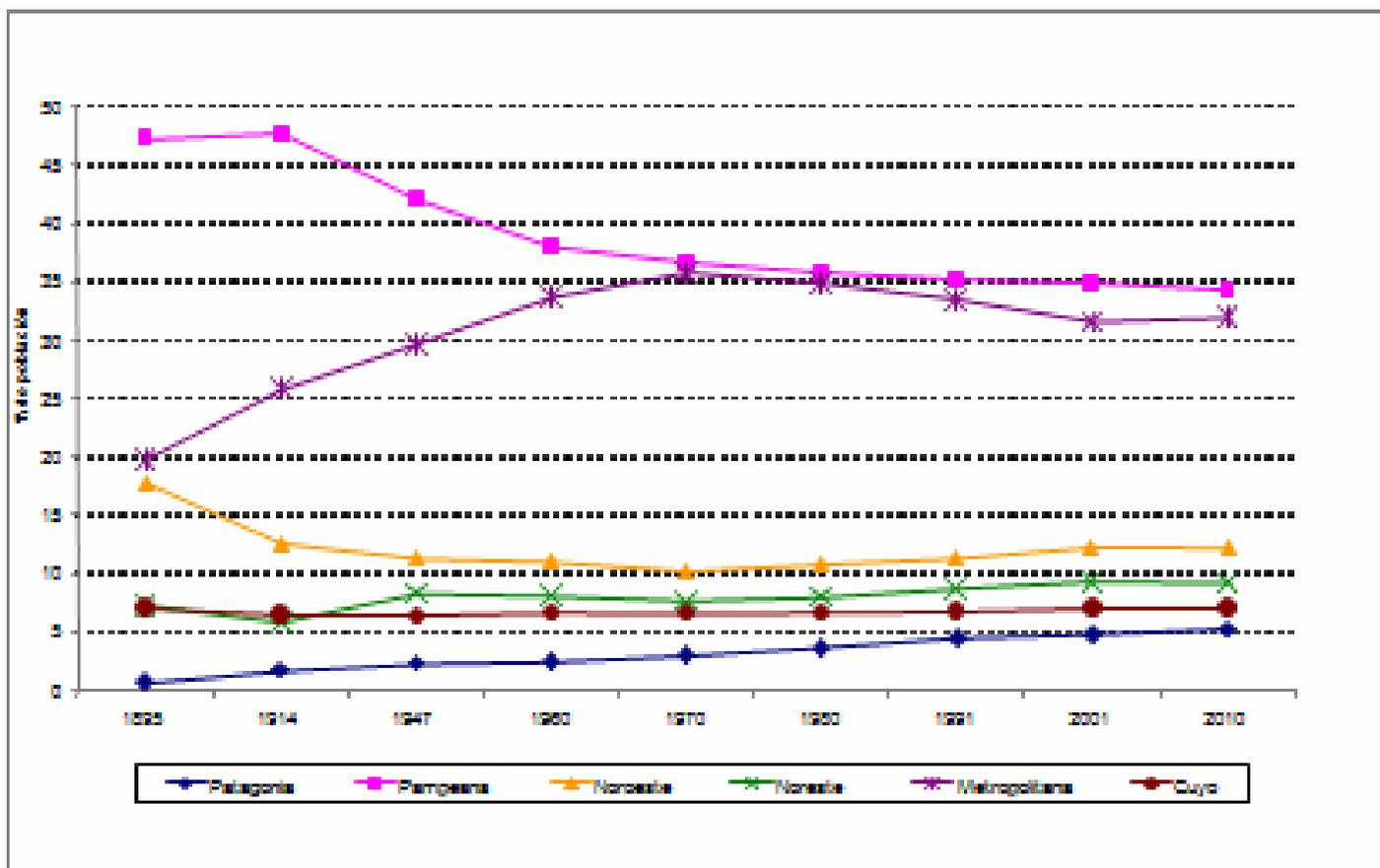
Unidad X

Provincia / jurisdicción	2001	2010	Var. %	Varones	Mujeres
<b>Total del país</b>	<b>38.280.130</b>	<b>40.117.088</b>	<b>10,8</b>	<b>19.523.788</b>	<b>20.593.300</b>
Buenos Aires	13.827.203	15.825.084	13,0	7.804.581	8.020.503
C.A.B.A.	2.778.133	2.880.151	4,1	1.328.881	1.550.470
Catamarca	334.583	387.323	9,9	182.309	185.014
Chaco	854.448	1.055.259	7,2	518.850	536.409
Chubut	413.237	508.108	23,2	254.848	253.260
Córdoba	3.088.801	3.308.878	7,9	1.605.033	1.703.845
Comarca	830.891	882.585	6,8	435.075	447.510
Entre Ríos	1.153.147	1.235.884	6,7	604.588	631.296
Formosa	458.559	530.182	9,0	282.385	247.797
Jujuy	611.333	673.307	10,0	328.880	344.427
La Pampa	299.284	313.951	6,8	157.787	156.164
La Rioja	288.833	333.842	15,1	165.127	168.715
Mendoza	1.578.851	1.733.829	10,1	848.331	885.498
Misiones	985.522	1.101.593	14,1	547.335	554.258
Neuquén	474.155	551.288	16,3	273.808	277.480
Río Negro	552.322	633.845	15,6	318.774	315.071
Salta	1.078.051	1.214.441	12,5	587.153	627.288
San Juan	820.023	881.055	9,8	333.228	347.827
San Luis	387.893	432.310	17,6	213.407	218.903
Santa Cruz	198.953	273.884	38,1	141.037	132.847
Santa Fe	3.000.701	3.184.537	6,6	1.547.381	1.637.156
Santiago del Estero	304.457	374.008	9,8	152.832	221.176
Tierra del Fuego	101.078	127.205	25,8	65.255	61.950
Tucumán	1.338.523	1.443.133	8,2	707.387	735.746

**indec**  
Instituto Nacional de Estadística y Censos

Población total  
del país, por  
sexo y  
variación  
intercensal.  
Años  
2001-2010

Serie histórica de la distribución relativa de la población por regiones. **indec**  
 Instituto Nacional de Estadística y Censos



## Proceso de transición

indec  
Instituto Nacional de Estadística y Censos

**Europa  
E.E.U.U.**

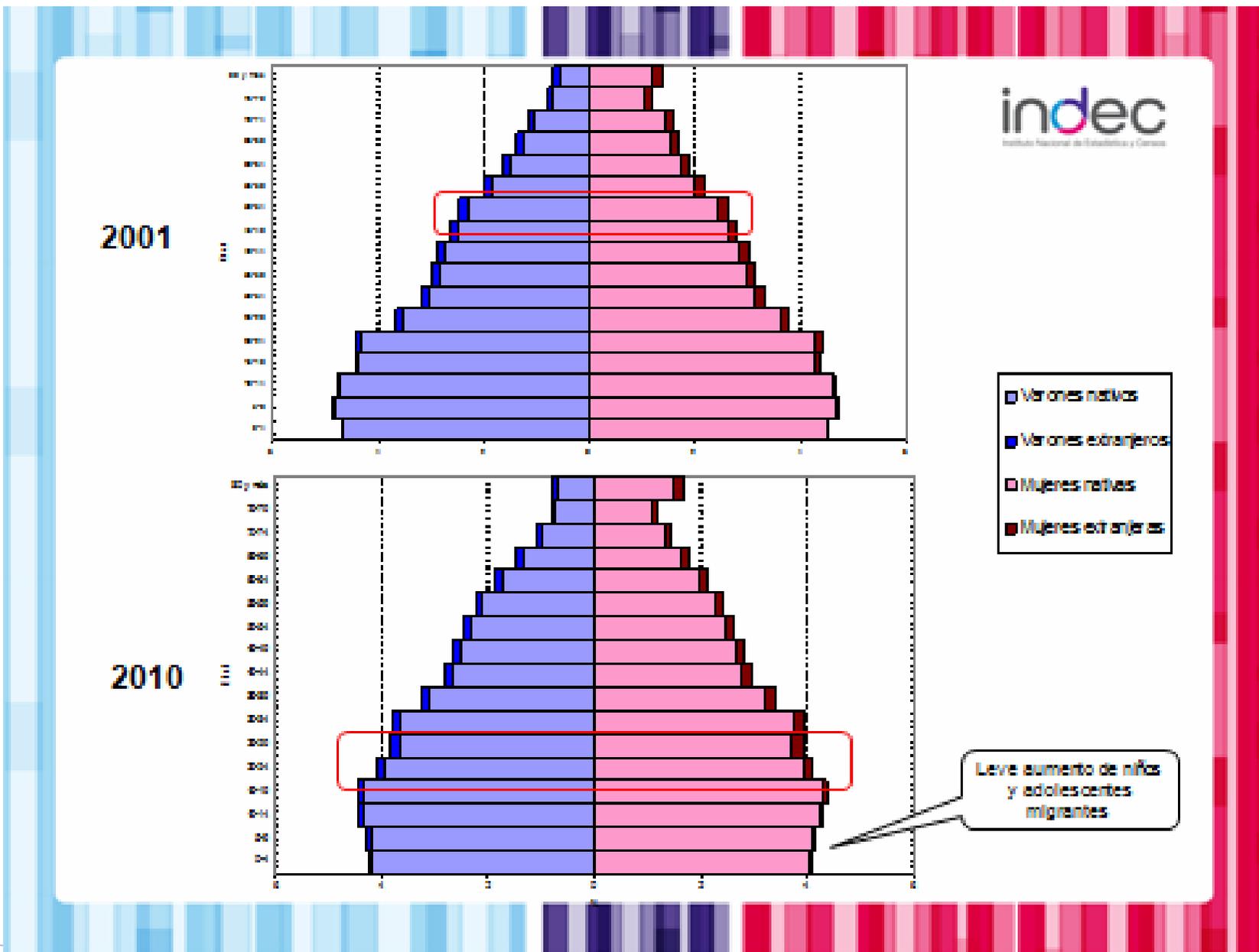
Les tomó alrededor  
de **2 siglos** completar  
el proceso.

**Cuba 38,1 años  
Uruguay 32,8 años**

Se está produciendo  
en pocas décadas.

**Argentina**

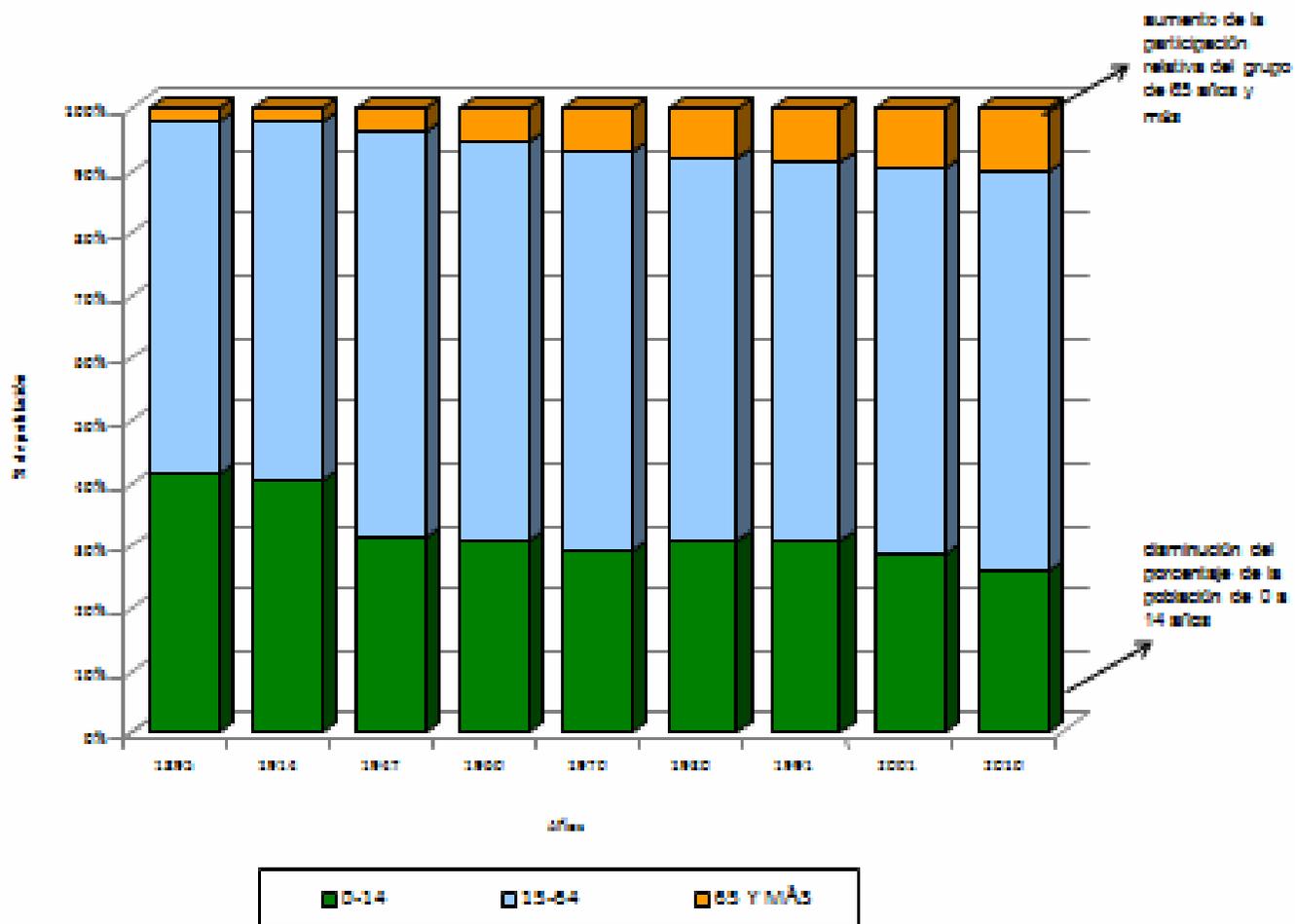
- La proporción de adultos mayores supera el 10%.
- La edad mediana es de 29 años.
- Este fenómeno es diferencial para la Ciudad Autónoma de Bs. As. y las provincias argentinas.



## Estructura de la población. Año 2010

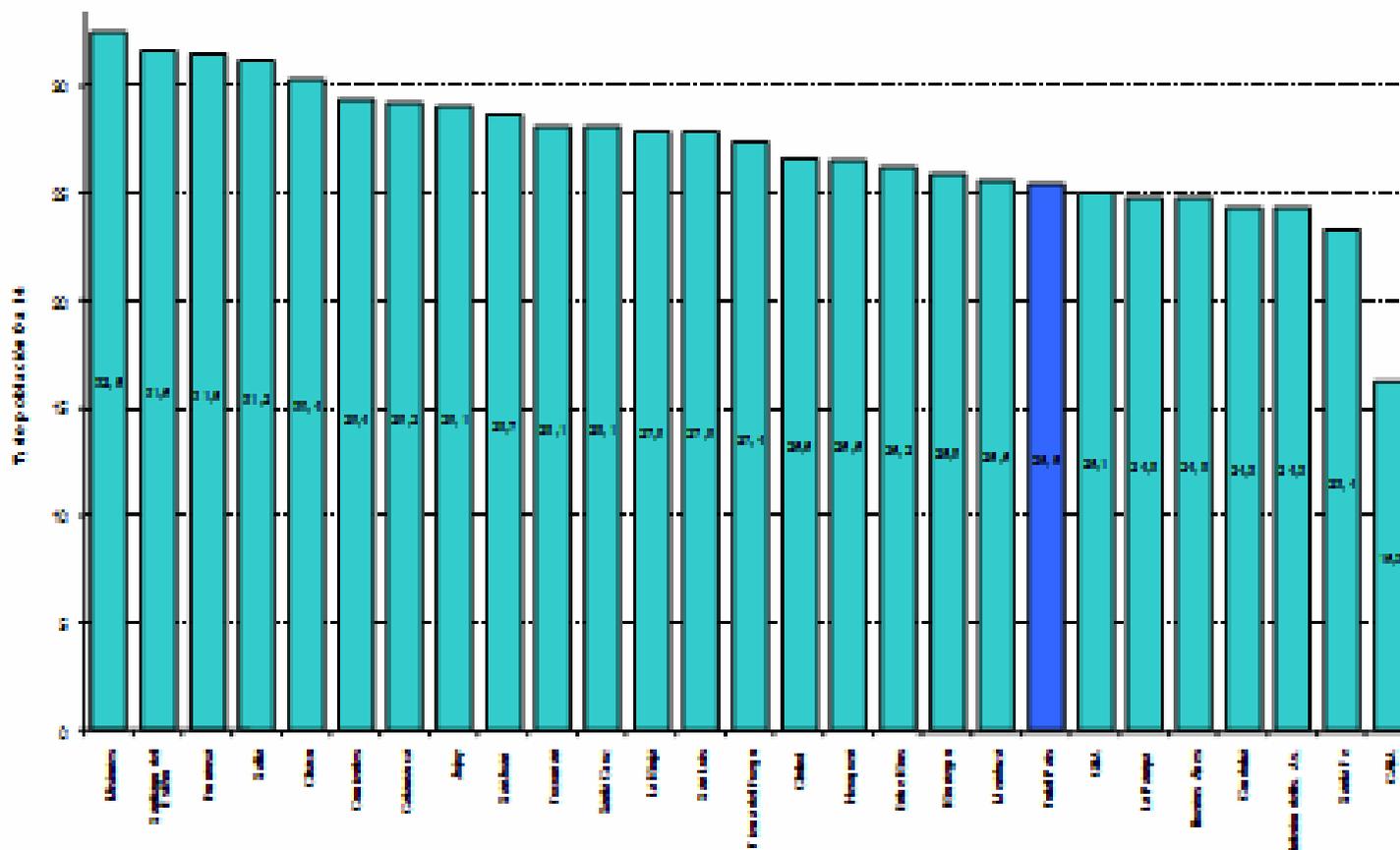
- Angostamiento en la base de la pirámide;
- Ensanchamiento en la cúspide;
- Rejuvenecimiento en la composición;
- Mayor proporción de migrantes de ambos sexos para el grupo de 20 a 29 años;
- Leve aumento de la proporción de la población migrante de niños y adolescentes.

# Grandes grupos de edad

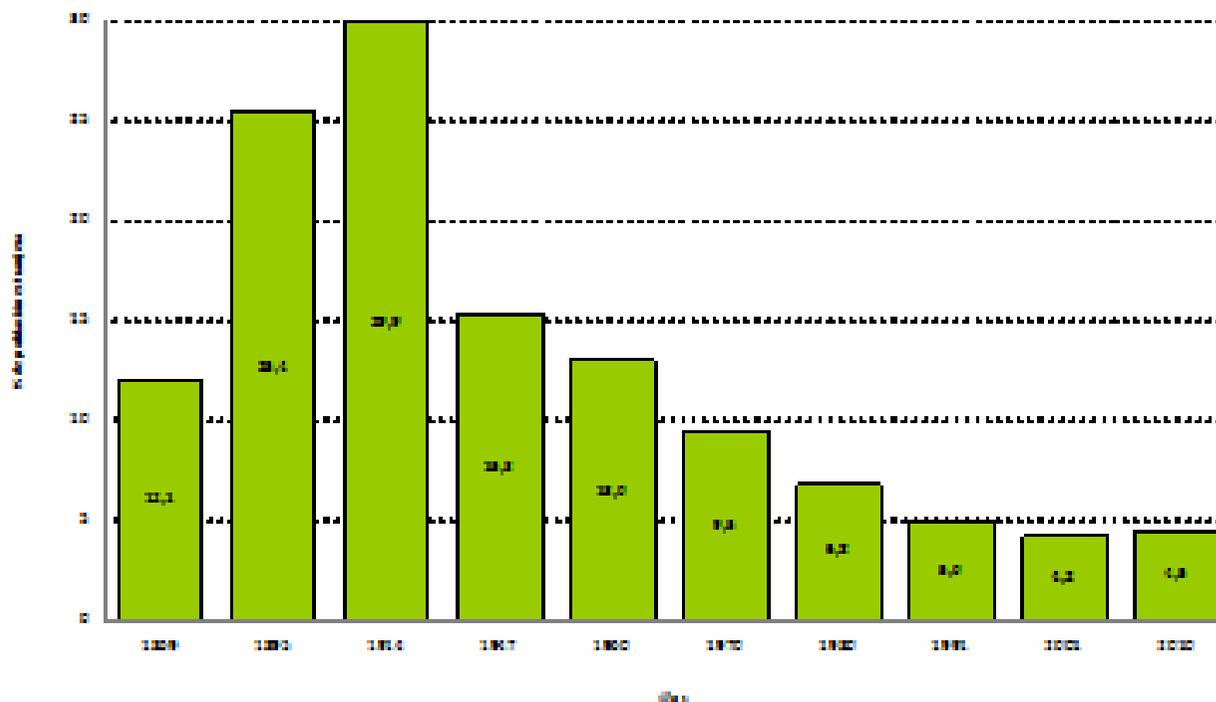




Porcentaje de población de 0 a 14 años por provincias.  
Año 2010

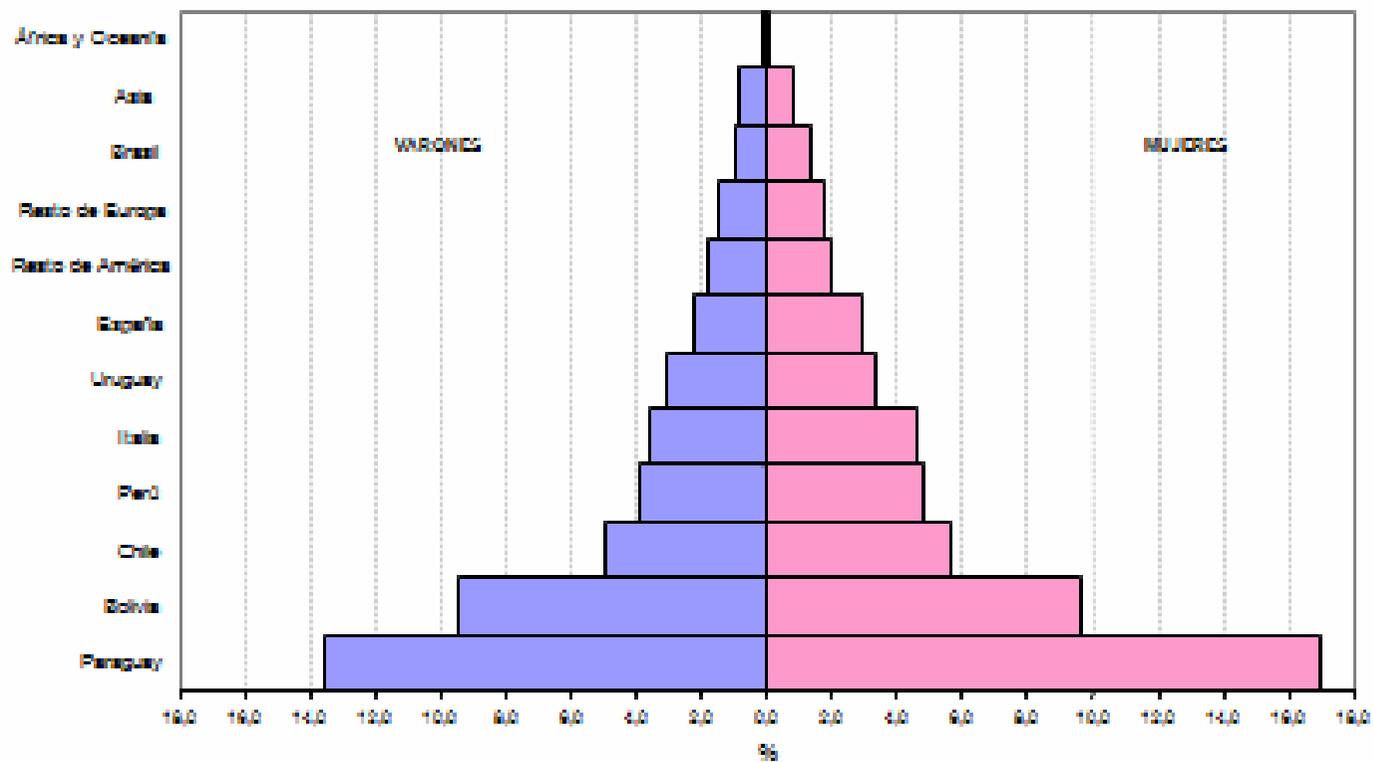


### Serie histórica de la población nacida en el extranjero. Años 1869 a 2010

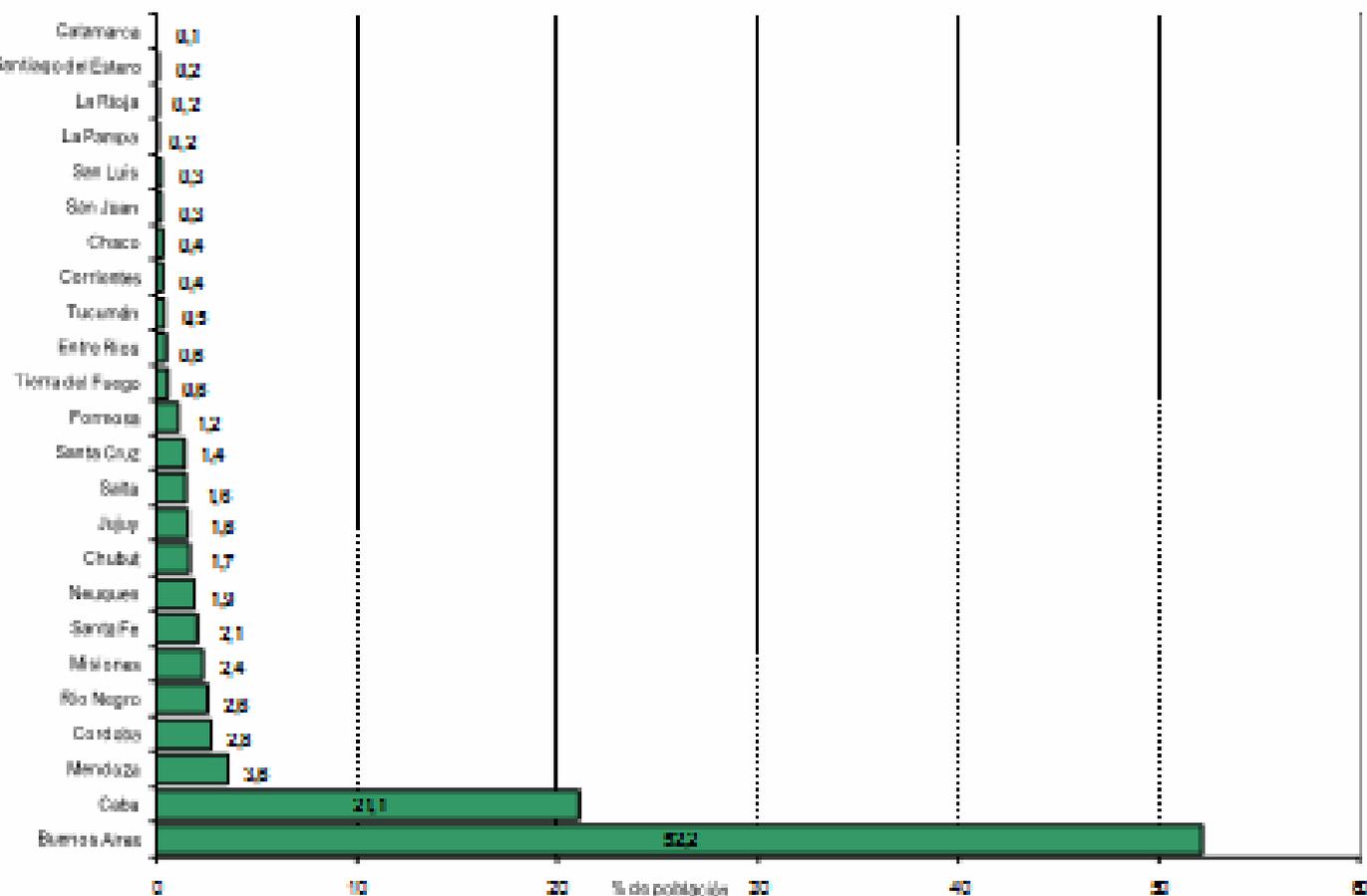


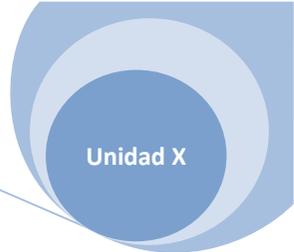


**Población extranjera por sexo, según lugar de nacimiento.  
Año 2010**

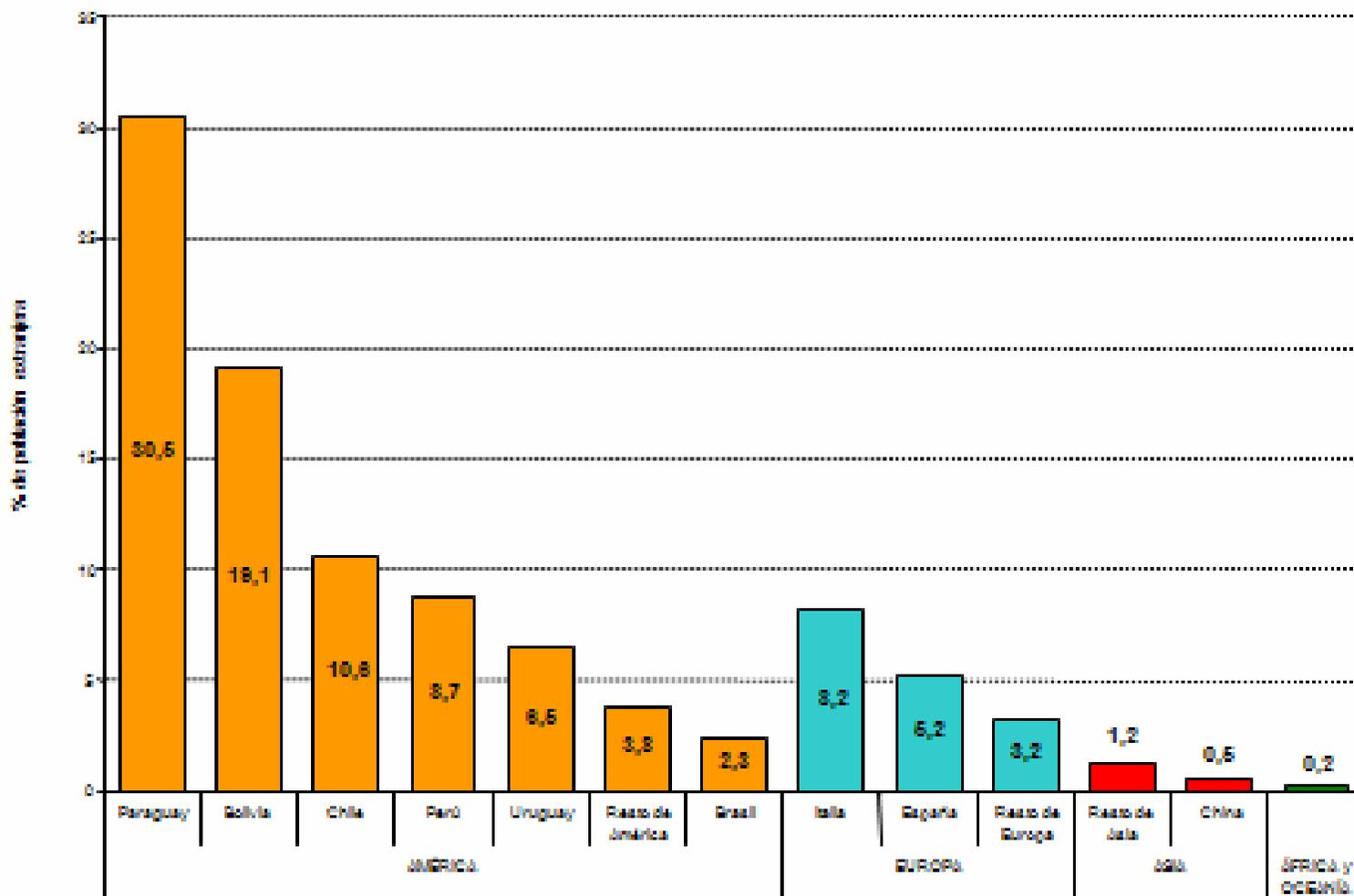


Distribución de la población nacida en el extranjero según provincia.  
Año 2010





Población extranjera según lugar de nacimiento, en porcentaje. Año 2010





### BIBLIOGRAFÍA:

- Frank S. Note edings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists, "Economic Problems of Population Change". En Proce13 a 31. Londres: Oxford University Press.).1953
- Datos de las Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales <http://www.popin.org/pop1998/9.htm>3
- Dirección Nacional de Estadísticas en Salud; [www.deis.gov.ar](http://www.deis.gov.ar)
- INDEC; [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)