

1era Edición



SABEREC 5.0

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS



Acceso Abierto

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Luis Marcelo Delgado Saldarriaga

Melva Esperanza Morales Garcia

Rosa del Rocío Pinargote Chancay

Jazmin Beatriz Anzules Guerra

Sandra María Linares Giler

Ingrid Esmeralda Gurumendi España

Ingebord Véliz Zevallos

Mayra Monserrate Parraga Sanchez

Gladys Catalina Ramos Arce

Enma Ruth Valencia Cañola

Paola Castillo Him

Kelvin Argenis Carranza Carreño

Carmen Lisseth Anchundia Mero

Juan Manuel Haro Alvarado

Autores Investigadores



SABEREC 5.0

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA:

UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

AUTORES

INVESTIGADORES

Luis Marcelo Delgado Saldarriaga

Médico

Magíster en Epidemiología

Magíster en infecciones sobre el virus de inmunodeficiencia humana;

Magíster Universitario en Bioética;

Diplomado en Comunicación, Educación Y

Práctica en Cuidados Paliativos

Universidad Catolica Santiago De Guayaquil

Distrito de salud 13d04 -MSP

Postgrado – Vigilancia de la Salud Publica

✉ farmacos637@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0002-9482-6879>

Melva Esperanza Morales Garcia

Magíster en Epidemiología y Enfermedades Tropicales;

Magíster en Vih/Sida,

Especialista en Medicina Interna;

Diplomado en Gestión Estrategica en Salud

Doctor en Medicina y Cirugia

Coordinación Zonal 4 de Salud

Vigilancia de la Salud publica

✉ memora22@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0001-8280-1570>

Rosa del Rocío Pinargote Chancay

Magíster en Epidemiología;
Doctora en Enfermería;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Jipijapa, Ecuador

✉ rosa.pinargote@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-9899-9243>

Jazmin Beatriz Anzules Guerra.

Magíster en Gerencia en
Salud para el Desarrollo local.
Doctora en Medicina y Cirugía.
Doctora en Ciencias Médicas;
Departamento Especialidades en Salud.
Facultad Ciencias de la Salud;
Universidad Técnica de Manabí,
Portoviejo, Ecuador

✉ mmmin1@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0002-2789-5831>

Sandra María Linares Giler

Magíster en Salud Ambiental,
Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Licenciada en Enfermería,
Departamento de Salud Pública,
Facultad de Ciencias de la Salud;
Universidad Técnica de Manabí;
Portoviejo, Ecuador

✉ sandra.linares@utm.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-6029-7681>

Ingrid Esmeralda Gurumendi España

Magíster en Gerencia y Administración en Salud
Médico
Profesora Titular de la Universidad de Guayaquil,
Facultad de Ciencias Médicas;

✉ ingrid.gurumendie@ug.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-6692-719X>

Ingebord Véliz Zevallos

Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo local.
Doctora en Medicina y Cirugía.
Doctora en Ciencias Médicas;
Departamento Salud Pública,
Facultad de Ciencias de la Salud;
Universidad Técnica de Manabí;
Portoviejo, Ecuador

✉ ingebord.veliz@utm.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-7693-6604>

Mayra Monserrate Parraga Sanchez

Magíster en Investigación;
Clínica y Epidemiológica.
Doctora en Medicina y Cirugía.
Médico general de primer nivel de atención;
Departamento de Salud Pública,
Facultad de Ciencias de la Salud;
Universidad Técnica de Manabí;
Portoviejo, Ecuador

✉ mayra.parraga@utm.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-7610-6464>

Gladys Catalina Ramos Arce

Magíster en Gestión del Cuidado;
Diplomado Enfermería crítica y Cuidados Intensivos;
Diplomado en Instrumentación Quirúrgica y Manejo de Quirófano;
Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico
Licenciada en Enfermería
Hospital General IESS Machala
(Enfermera líder encargada del área de Hospitalización Clínica 1)
Clínica Jesús de Nazaret
(Enfermera líder encargada del área de UCI)

✉ gladys.ramosa@iess.gob.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-7564-0614>

Enma Ruth Valencia Cañola

Magíster en epidemiología
MSP 13D11Pedernales Jama Sucre San Vicente
Departamento proceso de vigilancia de salud pública

Licenciada en enfermería

✉ vigilancia13d10@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0009-0008-4436-9500>

Paola Castillo Him

Magíster en infecciones sobre el virus
de inmunodeficiencia humana

Distrito 13d02

Vigilancia de la salud pública

Médico

✉ dra.castillohim2014@yahoo.es

ID <https://orcid.org/0009-0000-2694-5502>

Kelvin Argenis Carranza Carreño

Médico cirujano;

Médico ocupacional.

MSP Distrito 13D02 Jaramijo Manta Montecristi

Proceso de Vigilancia de la salud Pública

✉ kelvincarranzamedico@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0009-0000-1476-0180>

Carmen Lisseth Anchundia Mero

Enfermera

Dirección Distrital 13D09- Salud

Gestión Interna Distrital de Inmunización

✉ carmen_anchundia15@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0009-0009-6965-5631>

Juan Manuel Haro Alvarado

Magíster en Gerencia en Salud

Diplomado en Educación Superior en Salud

Especialista en Planificación Estratégica y Salud

Especialista en Medicina Interna

Diplomado en Desarrollo Social y Salud

Universidad Técnica de Manabí

✉ juan.haro@utm.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-3006-7236>

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA:

UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

REVISORES

ACADÉMICOS

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;

PhD. en Ciencias de la Educación;

PhD. en Desarrollo Social;

Médico Cirujano;

Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la

Universidad Metropolitana;

Guayaquil, Ecuador;

✉ xiomaparicio199@hotmail.com;

ID <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Neris Marina Ortega Guevara

Especialista en el Fenómeno de las Drogas;

Especialista en Enfermería Perioperatoria;

Máster en Enfermería Médico Quirúrgico,

mención Cuidado Crítico del Adulto;

Doctora en Enfermería, Salud y Cuidado Humano;

Licenciada en Enfermería;

Profesor Titular Principal I;

Carrera Enfermería de la Universidad Metropolitana;

Guayaquil, Ecuador;

✉ nortega@umet.edu.ec;

ID <https://orcid.org/0000-0001-5643-5925>

CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Luis Marcelo Delgado Saldarriaga
Melva Esperanza Morales Garcia
Rosa del Rocío Pinargote Chancay
Jazmin Beatriz Anzules Guerra

Mayra Monserrate Parraga Sanchez
Gladys Catalina Ramos Arce
Enma Ruth Valencia Cañola
Paola Castillo Him
Kelvin Argenis Carranza Carreño
Carmen Liseth Anchundia Mero
Juan Manuel Haro Alvarado

AUTORES: Sandra María Linares Giler

Ingrid Esmeralda Gurumendi España
Ingebord Véliz Zevallos

Título: Epidemiología comunitaria: un enfoque a la prevención de las enfermedades endemo-epidemicas

Descriptores: Ciencias Médicas; Investigación Médica; Epidemiología; Lucha contra las enfermedades.

Código UNESCO: 614.4/D378

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 860E/R173

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-678-12-6

Editorial: Saberec, 2026

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 136

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-678-12-6>

URL: <https://repositorio.saberec5.com.ec/index.php/saberec/catalog/book/31>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Epidemiología Comunitaria: Un enfoque a la prevención de las enfermedades endemo-epidemicas**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: PhD. Lenin Suasnabas Pacheco

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Ayamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Leslie Letizia Plua Proaño

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Índices

Contenidos



SABEREC 5.0

Prólogo	16
Introducción	18

Capítulo I.

Marco Conceptual del Sistema de Vigilancia y Epidemiología Comunitaria	21
La salud como concepto	22
Epidemiología	25
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	27
Tipos de Vigilancia Epidemiológica	30

Capítulo II.

Epidemiología Comunitaria: Inteligencia y Vigilancia Epidemiológica de Base Comunitaria	32
Comunidad, Intervención social y trabajo comunitario:	33
Epidemiología Comunitaria	34
Inteligencia y Vigilancia Epidemiológica	35
Reglamento Sanitario Internacional.....	36
La acción médica y comunitaria frente a la Vigilancia Epidemiológica	39

Capítulo III.

Enfoque Eco sistémico en la Epidemiológica Comunitaria.....	40
Pilares y Principios del Enfoque Eco sistémico en salud	45
Una Salud, un enfoque multidisciplinario	45
Un enfoque eco sistémico busca la promoción de actividades humanas que sean sostenibles para garantizar la salud de las comunidades.	45

Capítulo IV.

Enfoqué Epidemiológico del Proceso Salud y Enfermedad individual y comunitario.....	48
Análisis de Situación de Salud.....	50

Capítulo V.

Determinantes de la salud: La influencia de factores en las desigualdades de salud individual y colectiva	54
Determinantes de la Salud	56
Determinantes Sociales de la salud	59

Estructurales y Sociales: -----	61
Intermedios y Personales: -----	61
Determinantes Sociales, las desigualdades y la equidad -----	62
Nuevos escenarios de las desigualdades sociales en salud -----	64

Capítulo VI.

Modelos de atención en salud: Análisis Situacional en salud con Enfoque Comunitario -----	66
La salud comunitaria, así como, la atención oportuna y eficaz de la salud son expresiones contenidas en proyectos que buscan profundizar en la democracia y en la igualdad social en determinados territorios. -----	67
Análisis Situacional de salud -----	67
Modelos de atención en salud -----	70
Un Modelo de integración: -----	71
Sala Situacional de salud. -----	73
Atención Primaria de salud -----	73

Capítulo VII.

La respuesta social a los problemas de salud y su impacto sanitario. -----	78
La respuesta social. Un camino -----	80
Redes de apoyo -----	84

Capítulo VIII.

Redes Comunitarias y Soporte Social como Recurso para el Cuidado y el Mantenimiento de la Salud -----	87
Redes comunitarias -----	88
Redes Comunitarias y Soporte Social -----	91
El papel de las redes comunitarias en la pandemia provocada por la COVID-19 -----	93
Apoyo social durante la pandemia provocada por la COVID-19. -----	94

Capítulo IX.

Políticas para la equidad en salud, panorama político de la salud poblacional (Organización, Movilización y Epidemiología Comunitaria) -----	96
--	----

Capítulo X.

Programas y proyectos de promoción de la salud y control
de enfermedades enfocados en la Participación Ciudadana ----- 103

Promoción de salud y educación para la salud ----- 108

Contribuciones de la Promoción de la Salud ----- 109

Retos y perspectivas ----- 111

Capítulo XI.

Herramientas, metodologías para el monitoreo
y seguimiento del Trabajo Comunitario. ----- 113

Herramientas Digitales al servicio de la salud ----- 114

Monitoreo, seguimiento y evaluación de las Políticas Públicas
en materia de salud ----- 114

Experiencias en América Latina ----- 116

Conclusiones ----- 122

Bibliografía ----- 124

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Índices

Tablas



SABEREC 5.0

Tabla 1. Modelos teóricos sobre determinantes salud-enfermedad----	26
Tabla 2. Principales elementos de un sistema de vigilancia epidemiológica -----	28
Tabla 3. Actividades de los sistemas de vigilancia epidemiológica ----	29
Tabla 4. Atributos del sistema de vigilancia epidemiológica -----	36
Tabla 5. Modificación del Reglamento Sanitario Internacional-----	38
Tabla 6. Fases de aplicación de análisis de situación de salud -----	52
Tabla 7. Elementos del proceso del ASIS-----	69
Tabla 8. Componentes del ASIS -----	70
Tabla 9. Características del programa de medicina familiar y comunitaria-----	72
Tabla 10. Evolución de derecho en salud -----	74
Tabla 11. Marco constitucional, sistema de salud y modelos de atención en Sudamérica -----	75
Tabla 12. Niveles de acción para mejorar la salud comunitaria -----	83
Tabla 13. Tipos y Niveles de Prevención en salud -----	105
Tabla 14. Estrategias para la promoción en salud -----	111
Tabla 15. Aportes de la cartografía social, al seguimiento y desarrollo de la App+salud-----	118
Tabla 16. Modalidad de evaluación de impacto social para proyectos comunitarios -----	120

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Índices

Figuras



SABEREC 5.0

Figura 1. Pensamiento clásico de la salud -----	23
Figura 2. Concepto de Salud -----	25
Figura 3. Características de programas gestionados bajos los principios del enfoque eco sistémico. -----	43
Figura 4. Relación entre los servicios de los ecosistemas y sus impactos sobre el bienestar humano. -----	44
Figura 5. Determinantes de inequidades en salud-----	56
Figura 6. Determinantes de Salud -----	57
Figura 7. Modelo conceptual de producción de inequidades en salud -----	58
Figura 8. Determinantes estructurales de las desigualdades de salud -----	60
Figura 9. Determinantes sociales de la salud -----	62
Figura 10. Modelo de salud -----	71
Figura 11. Redes de apoyo en la tercera edad -----	85
Figura 12. Marco conceptual del impacto de los determinantes sociales de la salud -----	99
Figura 13. Historia de la enfermedad y sus niveles de prevención -----	107
Figura 14. Diferencia entre educación para la salud y promoción de salud -----	109
Figura 15. Acrónimo para recordar la amplitud de posibles estratificadores de equidad -----	116

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Prólogo



SABER**EC** 5.0

La salud constituye históricamente un pilar esencial e imprescindible dentro de las ciencias humanas y del hombre.

La salud es un bien público vital porque es un factor determinante en el bienestar de la sociedad en su conjunto y, junto con la educación, es un facilitador esencial de la productividad, el crecimiento económico y el desarrollo humano.

La salud pública es un campo integral de conocimiento interdisciplinario y aplicación de la práctica social que se ocupa de los diversos procesos que dificultan o favorecen el desarrollo de la salud pública. Desde esa perspectiva, el marco conceptual del sistema de vigilancia y Epidemiología Comunitaria, los enfoques Ecos sistémicos en epidemiología, modelos de atención en salud, promoción de la salud, así como, políticas para la equidad en la salud constituyen materias de estudio fundamentales.

El libro Epidemiología Comunitaria - *Un Enfoque a la Prevención de las Enfermedades Endemoepidemicas* toca varios de estos temas y procura ubicarlos en el contexto de la salud comunitaria y social. Se pretende que, al revisarlos, el lector los comprenda mejor y disponga de los elementos necesarios para elaborar un diagnóstico oportuno y más eficaz. Esto significa prevenir siempre que sea posible, hacer siempre un diagnóstico preciso y encontrar el mejor tratamiento disponible. De eso trata esta obra, de revisar los tópicos desde la salud, con enfoque Ecosistémico en la Epidemiológica Comunitaria pasando por los modelos de atención en salud y la respuesta social a dichos problemas y su impacto sanitario, con énfasis en promoción de la salud y control de enfermedades enfocados en la participación ciudadana.

El estado de salud o enfermedad de un ser humano es el resultado de un proceso dinámico, lo que significa que está permanentemente pasando de un nivel a otro de salud o de enfermedad, por lo cual se habla de un proceso integral, complejo con muchas aristas que estudiar y abordar.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Introducción



SABEREC 5.0

Hay un dicho popular que dice que “la salud es riqueza”. De hecho, la evidencia histórica lo demuestra. La salud pública juega un papel fundamental en el crecimiento económico, el bienestar social y el desarrollo humano en la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”. Para alcanzarlo y garantizarlo como derecho fundamental, se requiere la formulación de diferentes actores y políticas en torno a los determinantes sociales de la salud, siguiendo el principio de integridad, según el cual todos los derechos humanos son indivisibles e interdependientes. Se han utilizado varios enfoques en el desarrollo de la salud pública, que van desde pautas individuales, comunitarias o del sistema de salud.

El desarrollo de la salud pública ha tenido múltiples enfoques, a partir desde los lineamientos de los sistemas de salud, la comunidad o el individuo. El presente escrito tiene como objetivo identificar algunos modelos conceptuales de salud pública que se derivan del análisis de las categorías de salud o enfermedad y el grado de respuesta social que brindan: individual o familiar, medio fisiológico y social; modelos de atención y prevención.

Ahora bien, los dos primeros capítulos se desarrolla el marco conceptual del Sistema de vigilancia y Epidemiología comunitaria, incluyendo los conceptos de salud y sus modificaciones con el paso de los años, en las distintas organizaciones relacionadas con el sistema sanitario internacional.

La salud tiene una complejidad que traspasa lo netamente físico, incluye lo cultural y lo ambiental, abarcando también el factor histórico-social como eje fundamental a partir del cual es posible definirla. De allí parten modelos, como el Enfoque Eco sistémico en la Epidemiología desarrollado en los capítulos tres y cuatro. Esto significa que existe una clara conexión entre el bienestar humano y los ecosistemas, pero su uso insostenible puede afectar gradualmente a sus componentes y, en última instancia, afectar el bienestar general de los individuos y la sociedad.

Para Nieves y otros (2018), la salud comunitaria se considera como «la expresión colectiva de la salud individual y de grupos en una comunidad definida, y que viene determinada por la interacción entre las características de los individuos, familias, medio social, cultural y ambiental, así como por los propios servicios de salud y la influencia de distintos factores sociales, políticos y globales.

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. El tema de las desigualdades sociales en la salud ha crecido en el debate intelectual y académico en los últimos años en todo el mundo. Al igual que las desigualdades sociales, las desigualdades en salud han persistido en todos los países, indistintamente del nivel alcanzado de desarrollo. Los llamados determinantes sociales, este aspecto se aborda en el capítulo cinco.

En las últimas décadas, la participación ciudadana en las decisiones sobre su salud y la planificación de las intervenciones públicas ha generado un creciente interés en la política nacional e internacional, como la recopilación de evidencia científica sobre los beneficios de la participación.

La participación de la comunidad incluye diferentes enfoques para maximizar la participación de la comunidad en iniciativas locales para mejorar su salud y bienestar y reducir las desigualdades en salud. Incluye diagnóstico de necesidades, desarrollo comunitario y planificación, diseño, implementación y evaluación de actividades, aspectos que se desarrollan en los últimos capítulos de este apartado.

El capítulo once menciona el seguimiento y monitoreo, la cual se constituye en la sumatoria de indicadores y variables que evalúen el proceso y los resultados de la implementación de una política pública y su grado de incidencia y transformación de las realidades y contextos en donde tuvo lugar la política de salud pública.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 1

Marco Conceptual del Sistema de
Vigilancia y Epidemiologia
Comunitaria



SABEREC 5.0

A lo largo de la historia, la salud se ha asociado a la enfermedad; el concepto de salud se ha modificado a lo largo del tiempo, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 1948.

A principios del siglo XXI, quedó claro el estudio y análisis de algunos de los conceptos que se utilizan todos los días, sobre todo cuando estudiamos o pensamos en salud pública. Existen muchas propuestas nuevas o actualizadas para la generación de conocimiento, la prestación de servicios o el desarrollo de modelos de atención que han surgido recientemente en el campo médico: términos como salud familiar, seguimiento de la salud, salud pública, salud comunitaria, promoción de la salud, apoyo social, apoyo social comunitario, entre otros.

Así mismo, en los últimos años, en el campo médico, se aprecia el surgimiento de varios tipos de diseños de intervención e investigación en salud basados en diferentes identificadores de sujetos: mujeres, jóvenes, niños, ancianos, afrodescendientes, indios, trabajadores, hombres, homosexuales, migrantes, etc.

La salud como concepto

El concepto de salud, así como su connotación, ha sido descrito a lo largo del tiempo, y hoy en día su análisis y comprensión teórica son relevantes por su importancia para la academia y la investigación.

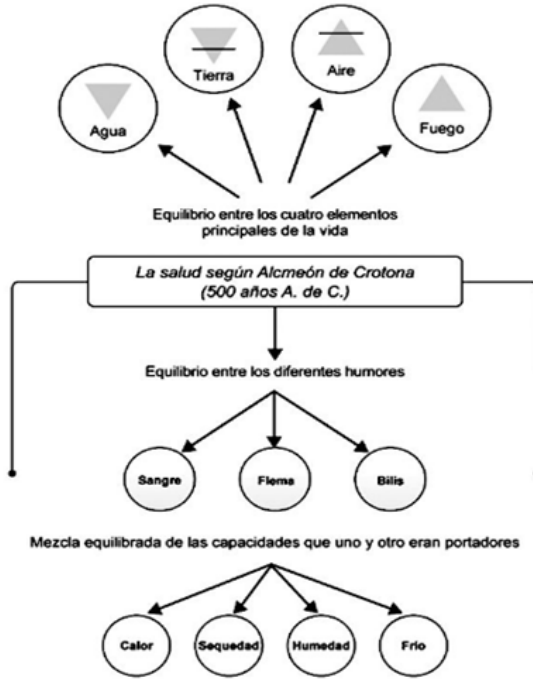
La salud es un concepto que durante el pasar del tiempo y su historia ha sufrido un sin número de variaciones y modificaciones, todo esto tomando como base o referencia la cultura de cada momento.

La definición del concepto de salud, y por tanto su interpretación, parece sencilla, pues en la actualidad existen multitud de definiciones desde distintos campos del conocimiento que nos acercan a este concepto de forma sencilla. Tomemos como punto de partida la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) que en su carta constitucional señala que la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Hurtado, Losardo, & Bianchi, 2021).

De acuerdo a Tirado (2021), la salud en términos de equilibrio es el concepto más clásico y antiguo que aparece en la historia, es así, como Hipócrates, plantea que una buena salud se presenta cuando los elementos constitutivos de la naturaleza (sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra) están debidamente equilibrados, de igual manera Galeno argumentaría más tarde que la ausencia de dicho equilibrio se traduce en enfermedad (p.56). Como se observa en la figura 1.

Figura 1.

Pensamiento clásico de la salud.



Nota. Tomado de *La salud, desde una perspectiva integral* de Luis Valenzuela en Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte (2016).

Sin embargo, algunos autores han realizado consideraciones particulares, esta primera definición ha quedado obsoleta. Después, la misma OMS involucró aspectos físicos, psíquicos y sociales. Luego, se incorporó también lo relacionado con el medioambiente, o lo ambiental, es decir, el hábitat del individuo, con un concepto ecológico. Finalmente, se introdujo en la definición de salud lo espiritual como “fuerza vital”, incluyendo en este término lo referente a lo cultural y a lo religioso (Hurtado, Losardo, & Bianchi, 2021, p. 19).

Para Valenzuela (2016), el concepto de salud tiene una complejidad que traspasa lo netamente cultural, abarcando también el factor histórico como eje fundamental a partir del cual es posible definirla.

Entre los autores críticos del concepto de salud de la OMS, se encuentra Terris que en 1980 señaló que, la salud debe considerar dos aspectos fundamentales: uno subjetivo (sentirse bien), y otro objetivo (la capacidad para

la función). Para ello, propone eliminar la palabra completo de la definición de la OMS, pues la salud y la enfermedad no son valores absolutos: existen distintos niveles de salud, como distintos niveles de enfermedad (Valenzuela, 2016, p. 53).

De la misma forma, la salud no pertenece al orden de los promedios, ni es el resultado de tablas comparativas, la salud se debe comprender desde la vida misma y no solo desde el cálculo del riesgo que ocurre antes de que el cuerpo enferme (Tirado, 2021, p. 56).

El concepto de salud va más allá del autocuidado, la protección contra los peligros, implica formas de superación de determinadas dificultades, a través de las condiciones económicas y sociales, políticas y culturales de las personas.

Por ello, la OMS con la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” estableció el que todas las personas tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020, p. 82).

La salud no es sólo una responsabilidad personal, es un derecho social, un hecho político basado en la igualdad, la justicia y la solidaridad, es una forma de vida y de desarrollo.

La salud incluye aspectos como la salud física, mental y social, metas (aptitud funcional) y aspectos sociales (adaptación y trabajo productivo en sociedad), por lo que es un recurso de la vida cotidiana, no una meta de vida.

Valenzuela (2016), considera que el concepto de salud y la salud misma no deben tratarse sólo desde algunas dimensiones del ser humano, sino que, por el contrario, deben abarcar aspectos socio-históricos de acuerdo al contexto, integrales y profundos, acordes a la complejidad humana, observados en la figura 2, considerando aspectos tales como:

- Condiciones de vida.
- El entorno biológico sociocultural, y económico. y económico.
- Emocionales.
- Espirituales y mentales.

Figura 2.

Concepto de Salud.



Nota: Esquema del concepto de salud como aquel que debe integrar todos los componentes del sujeto, en el ámbito cognitivo, afectivo, emocional, motriz, considerando las condiciones de vida, el entorno biológico y sociocultural, así como también comprendiendo que el concepto es histórico y dinámico (Valenzuela, 2016, p. 55).

Herrero (2016), en su artículo "Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud", nos menciona que el cuidado es un acto que, mantenido por el tiempo, instaura hábitos de vida orientados hacia la salud; la supervivencia y el bienestar.

Epidemiología

La enfermedad ha acompañado a la humanidad desde la antigüedad. Se ha observado que su comportamiento sigue patrones matemáticos que gradualmente se vuelven más precisos.

Epidemiología, pandemia y democracia comparten su origen, por lo menos desde la etimología; la raíz griega "demos" (δημος), "pueblo", está incluida en los tres términos. Desde su origen, que se remonta a los textos clásicos de Hipócrates, Aristóteles y Galeno, que usaron también "endemia" y "epidemia" con significados similares a los actuales, la palabra "pandemia" designa una enfermedad que afecta a todos ("pan") los pueblos ("demos") (Roselli, 2020, p. 169).

En una definición ya clásica, la epidemiología es “el estudio de la distribución y los determinantes de las enfermedades o problemas de salud en una población específica, y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud” (Rizo-Beaza, Velandia, Noreña, & Cortes, 2018).

Tradicionalmente, la terminología clásica habla de enfermedades endémicas, aquellas que se presentan de manera constante en la población, o epidémicas, aquellas que, en un momento determinado, aparecen o aumentan el número de casos por encima de lo esperado en una población. Es decir, en el mismo concepto de epidemia está tanto el carácter temporal como el de intensidad y gravedad (Del Barco & Ortega, 2020, p. 1297).

Ahora bien, según Álvarez & Kuri (2017), las distintas explicaciones que el hombre le ha dado a los determinantes en el proceso salud-enfermedad, son el resultado del nivel científico y tecnológico alcanzado, así como de las condiciones sociales y culturales predominantes en cada época y región.

Tabla 1.

Modelos teóricos sobre determinantes salud-enfermedad

Modelo	Hipótesis	Variables	Características
Mágico-religioso	Resultado de fuerzas o espíritus. Representa un castigo o premio divino. Se suele interpretar como una condición que pone a prueba la fe	Fuerzas desconocidas y espíritus (benignos y malignos)	Se relaciona con la fe
Sanitarista	Es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al individuo	Condiciones del entorno	Promueve la introducción de medidas de saneamiento ambiental
Social	Resultado de las condiciones de trabajo y vida del hombre	Estilo de vida, organización social, riesgo ocupacional y factores del ambiente	Privilegio lo social como el factor más importante; es un factor que explica la aparición y la función de otros factores participantes
Unicausal (biologicista)	Efecto de la acción de un agente externo sobre el organismo y su respuesta a éste	Agente causal; respuesta individual	Fenómeno biológico e individual
Multicausal (ecológico)	Resultado de la interacción de varios factores pertenecientes al individuo, el ambiente y el agente de enfermedad	Agente, huésped y ambiente	El énfasis continuo sobre lo biológico e individual; lo social aparece incluido en el entorno o ambiente La triada ecológica
Histórico-social	Consecuencia del contexto histórico, modo de producción y clases sociales	Dimensión histórica, medios de producción, clase social, estilo de vida	Aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y el control
Determinantes sociales	Resultado de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidos los propios sistemas de salud	Biología, medio ambiente, estilos de vida y sistema sanitario	Modelo aceptado por lo general en la actualidad con sus respectivas modificaciones

Nota: Modelos teóricos sobre los determinantes del proceso de salud-enfermedad (Alvarez & Kuri, 2017)

El tipo de diseño epidemiológico responderá, por tanto, a la pregunta o preguntas que los investigadores se hagan de la población y de la con-

dición (enfermedad, factor de riesgo o preventivo, actividad asistencial, etc (Rizo-Beaza, Velandia, Noreña, & Cortes, 2018, p. 2).

Las preguntas que la epidemiología intenta responder desde o a través de ella se refieren a la importancia de los problemas de salud y a la posibilidad de modificarlos (Rizo-Beaza, Velandia, Noreña, & Cortes, 2018). Para ello, se apoyan en otras ciencias interdisciplinarias desde conceptualizaciones generadas desde los mismos ámbitos donde ocurre las incidencias de enfermedades.

Un ejemplo de ello, es la salud comunitaria que encuentra su espacio privilegiado en el ámbito local: el barrio, el pueblo o el municipio. Al mismo tiempo, desde sus respectivas tradiciones (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, sociología, antropología, ciencias de la educación.) se aportan herramientas y saberes híbridos que enriquecen mucho los respectivos marcos teóricos de cada entorno específico, convirtiendo el espacio del trabajo comunitario en un amplio campo de conocimiento, mestizo e interdisciplinario (Sobrinho, Hernan, & Cofino, De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? , 2018).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional, alternativa y complementaria comprende diversas prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias que incluyen plantas, animales y/o medicinas basadas en minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados en singular o en combinación para mantener el bienestar; además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades.

Considerando lo anterior, el abordaje del proceso salud-enfermedad en la comunidad investigadora debe basarse en el trabajo conjunto de muchas disciplinas y métodos diferentes, ya que involucra no sólo aspectos de la biología y la genética, sino también realidades como la cultura, la lengua, el pensamiento, el comportamiento y la sociedad que no pueden medirse desde una perspectiva positivista que enfatiza el estudio de la enfermedad.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es una de las herramientas de salud pública más utilizadas en el mundo para el registro continuo y sistemático de la incidencia de enfermedades y sus determinantes en una determinada geografía y/o lugar.

La vigilancia epidemiológica ayuda a elaborar y diseñar un sin número de estrategias para disminuir e impedir la propagación de enfermedades y de

esta manera planificar o elaborar nuevas estrategias para garantizar el buen estado de salud de la población afectada (García & Aguilar, 2013).

No fue, sino hasta el siglo XVII cuando gracias al desarrollo de la estadística sanitaria se inició el análisis sistemático de variables relacionadas con el estado de salud de las poblaciones como los nacimientos y las causas de muerte, trabajos que fueron fundamentales para establecer los primeros sistemas de recolección y organización de la información que permitieron tomar decisiones en Salud Pública (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020). Para dicho autor, la vigilancia epidemiológica. Es el conjunto de procesos y actividades definidos, regulados y organizados por un país con el objeto de obtener información oportuna y de calidad acerca del estado de salud de la población para la toma de decisiones en Salud Pública (p.2). Estos elementos se representan en la tabla 2.

Tabla 2.

Principales elementos de un sistema de vigilancia epidemiológica.

Elemento	Características Generales
Marco legal y regulatorio	Conjunto de leyes, normas y reglamentos que dan soporte político y económico al sistema de vigilancia epidemiológica, incluye a los cuerpos colegiados en los diferentes niveles de organización del sistema de salud que revisan y actualizan el marco legal y la operación de la vigilancia.
Sistema de información	Se refiere a los procesos de recolección y procesamiento de la información. Consiste en recoger la información de manera sistemática y convertir los datos en indicadores de salud, apoyados en mecanismos de comunicación y automatización de la información para que esté disponible en tiempo y forma para la toma de decisiones. En este elemento es crítico tener definiciones operacionales estandarizadas y comparables al menos a nivel nacional. El sistema de vigilancia epidemiológica debe contar con un sistema de información general y tener los sistemas de información necesarios y especiales en correspondencia con la vigilancia de enfermedades de las cuales se requiera información a profundidad
Análisis de datos y toma de decisiones	Estrechamente ligado y dependiente al anterior, este elemento debe estar presente en todos los niveles de organización del sistema de salud, y en éste se deben identificar grupos vulnerables, tendencias, diferencias geográficas, económicas o sociales, así como áreas de intervención que permitan tomar acciones oportunas para la prevención o el control de los riesgos y daños a la salud. Incluye el establecimiento de hipótesis sobre los problemas de salud que requieran una investigación epidemiológica
Supervisión y evaluación	Los procesos deben ser supervisados y evaluados de manera aleatoria en sus diferentes niveles para asegurar el cumplimiento de los objetivos del sistema

Capacitación e incentivos	Es fundamental que todo el personal que interviene en la notificación de casos, recolección de información, tabulación, análisis y toma de decisiones se encuentre capacitado en cada uno de los procesos, la forma de operar, manejo de formatos, aplicación de criterios establecidos en el sistema, etc. Todos los involucrados deben conocer el papel que juegan en el sistema
Coordinación	El sistema es operado por las autoridades sanitarias y de Epidemiología en cada uno de los niveles operativos (local, estatal y nacional); el principal reto en este elemento es la articulación entendida como la comunicación, coordinación y colaboración efectiva entre los actores de los diferentes niveles que permitan la adecuada toma de decisiones de acuerdo con el nivel de responsabilidad de cada área.

Nota. Tomado de Capítulo 14 Vigilancia Epidemiológica (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020).

Al mismo tiempo, los usos de la vigilancia epidemiológica incluyen la actualización permanente del panorama de salud de una población a través de la caracterización epidemiológica de la morbilidad, incapacidad, mortalidad, esperanza de vida y años de vida saludable de dicha población, y en algunos países se incluye ya información relativa a los determinantes sociales de la enfermedad y sobre desigualdades e inequidad en salud (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020). Algunas actividades que se emplean para dicha caracterización se observan en la tabla 3

Tabla 3.

Actividades de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Actividades de los sistemas de vigilancia epidemiológica
• Detección de casos, brotes y epidemias de interés. • Registro sistemático de datos. • Confirmación de casos y riesgos apoyada por estudios de laboratorio e investigación epidemiológica. • Comunicación oportuna de casos (sospechosos o confirmados) o riesgos identificados hacia los diferentes niveles de operación del sistema. • Análisis e interpretación periódica de datos, por ejemplo, actualización e interpretación cotidiana de canales endémicos, mapeo de casos, comparación de tasas de incidencia y prevalencia con enfoque de riesgo. • Mecanismos de respuesta establecidos ante la presencia de casos. Aplicación de manuales o guías de operación que incluya las intervenciones de prevención y control plausibles y conocidos para la enfermedad o riesgo a la salud identificado, por ejemplo: vacunación, educación para la salud, tratamientos profilácticos, cloración, etcétera. • Difusión de la información y retroalimentación hacia las instituciones y actores involucrados, cumpliendo las normas de transparencia y confidencialidad aplicables al país en cuestión. Ahora los boletines difundidos por vía digital e internet son un método muy común.

Nota: Tomado de Capítulo 14 Vigilancia Epidemiológica (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los indicadores Básicos de salud son una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población específica (Monroy, Pietro, Ramirez, Rivera, & Ortega, 2019, p.230).

Tipos de Vigilancia Epidemiológica

Para Gómez & Ospina (2018), tradicionalmente existen dos tipos de vigilancia epidemiológica:

1. Pasiva. Es la que se genera cuando el médico registra los padecimientos de las personas que asisten a los servicios médicos (centros de salud, clínicas y hospitales).
2. Activa. La que se obtiene en el lugar donde se produce la información a través de encuestas, estudios de brote, tamizaje, entre otros.

En la actualidad, según García, Nivaldo, Lutzow, & Valdés (2020), a estos dos tipos se suman los siguientes:

Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica. Básicamente están diseñados para el seguimiento nominal y exhaustivo de algunas enfermedades con especial interés epidemiológico por su magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad (p. ej., VIH/SIDA y diabetes).

3. Vigilancia Centinela. Se realiza en determinados grupos seleccionados para obtener información confiable y de mayor complejidad. Las unidades centinelas pueden ser hospitales, centros de salud, escuelas, centros de trabajo etc.
4. Vigilancia Sindromática. Es la aplicación de un algoritmo que incluye aspectos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos sobre enfermedades emergentes y reemergentes, agrupadas en uno o más síndromes.
5. Vigilancia de Trazadores y Predictores de Riesgo. Con el desarrollo actual del conocimiento de las enfermedades y de sus mecanismos de transmisión, se ha logrado incorporar a la vigilancia epidemiológica el seguimiento sistemático de otras variables que funcionan como predictores del riesgo. (p. 5)

Es muy importante señalar que la vigilancia es una de las tareas primordiales de la epidemiología y cumple una función esencial de salud pública que debe ser organizada y ejecutada por funcionarios debidamente capacitados.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su “Informe final sobre los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas” plantea algunas prioridades como la necesidad de reforzar la capacidad en las áreas de vigilancia, preparación y respuesta frente a brotes y emergencias de salud pública en los países, así como el compromiso que estos tienen de brindar información de forma periódica y de colaborar en la investigación de brotes epidémicos que acontezcan (Pelaez & Mas, 2020).

En particular, la vigilancia epidemiológica no se trata solo de registrar e investigar casos de enfermedades infecciosas; seguimiento sistemático de otras variables como factores de riesgo, indicadores de riesgo y predictores que también están presentes en otros ámbitos de la sociedad, como la economía, la veterinaria o la agricultura, para asegurar un enfoque de salud pública y por ende de vigilancia de la salud pública.

En definitiva, quienes utilizan la vigilancia epidemiológica como fuente de un abordaje sistemático y sostenido de los elementos epidemiológicos, deben reflexionar y decidir cuál es el mejor abordaje en el momento y para cada individuo o sociedad, siempre enfocándose en la integridad que contiene cada población, localidad o región

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 2

Epidemiología Comunitaria:
Inteligencia y Vigilancia
Epidemiológica de Base Comunitaria



SABEREC 5.0

Comunidad es, por supuesto, la palabra clave que cubre el término “epidemiología comunitaria”. En la actualidad, nadie niega la influencia de la comunidad en la satisfacción de las expectativas de la sociedad para la formación y desarrollo de las personas para vivir y existir en un determinado tiempo y espacio.

Desde el punto de vista de la epidemiología comunitaria, el término “comunidad” es muy flexible debido al hecho de que hay muchos tipos diferentes de “comunidades”.

La palabra comunidad etimológicamente proviene del latín *communitas*, que significa cualidad de lo común o compartido, que no siendo privativamente de ninguno, pertenece o se extiende a varios (Barreno, Astudillo, & Barreno, 2018, p. 259).

Para Zúñiga (2020), una definición de comunidad podría ser: un proceso (o varios) de participación que se desarrolla en un espacio físico determinado en el que las personas y grupos que interactúan en el mismo desarrollan un componente psicológico de pertenencia/reciprocidad (p. 203).

El trabajador e investigador social Marchioni sostiene que, desde el punto de vista estructural, la comunidad se compone de cuatro elementos principales que están interrelacionados entre sí y esa interacción define la acción comunitaria. Estos elementos son: territorio; población; la demanda y los recursos (Barreno, Astudillo, & Barreno, 2018, p. 260).

Comunidad, Intervención social y trabajo comunitario:

Martínez, y otros (2018), proponen un concepto de comunidad que incluya solo los elementos mínimos necesarios para distinguir una comunidad de otro tipo de conglomerado humano. Tal concepto de comunidad estaría basado en la inclusión de tres elementos imprescindibles: pertenencia (sentirse «parte de», «perteneciente a» o «identificado con»), interrelación (existencia de contacto o comunicación, aunque sea «virtual», entre sus miembros, y mutua influencia) y cultura común (p.87).

En referido autor, describe en su generalidad, que las definiciones denotan tres elementos esenciales que caracterizan al concepto; estos son:

- ***Una localidad compartida*** (las personas conviven en un mismo espacio geográfico, en el cual comparten los servicios y las instalaciones estatales y/o privadas).

- *Relaciones y lazos comunes* (persiguen objetivos en común, comparten la misma historia, tradiciones, costumbres).
- *Interacción social* (existen relaciones vecinales, se practica la solidaridad, se interactúa activamente con el entorno, lo que forma parte de la comunidad).

De modo que, por comunidad, se debe entender no solo el espacio geográfico o a un grupo de personas que comparten un territorio determinado, sino también, grupos de personas que comparten algo en común: un idioma, valores, actitudes, comportamientos, intereses, aspiraciones comunes (Barreno, Astudillo, & Barreno, 2018, p. 260).

Cuando se plantea la participación de la comunidad, incluye una sociedad que se entiende como transición social integrada, sistemática, sistemática y progresiva que dirige, planea, organiza la comunidad, implementa y evalúa su propio territorio, ubicado en el espacio.

De manera particular, cuando se menciona participación comunitaria, se le asume como el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la intervención activa de ésta en la transformación de su propia realidad (Barreno, Astudillo, & Barreno, 2018).

Epidemiología Comunitaria

Este es un campo experimental que requiere mucha competencia y la habilidad de no evaluar poblaciones solo como “objetos” de conocimiento.

La definición de epidemiología, se expresa como la ciencia que trata del estudio de enfermedades, sus causas y las frecuencias en el ser humano logrando identificar las medidas de prevención y control para erradicar la enfermedad (Giraldo, Betancur, & Joya, 2020, p. 40).

Fajardo (2017), sostiene que la epidemiología tiene diferentes definiciones y una de las más conocidas es la siguiente: Es la rama de la medicina que estudia la distribución de las enfermedades en la población y sus determinantes.

A Juicio de Bufinof, y otros (2011), se debe hacer “epidemiología”, pensando la salud desde la gente (sus historias de vida). En consecuencia, no sobre o alrededor de grupos humanos (o poblaciones), sino con estos mismos grupos. Representa la historia de la comunidad que, con conocimiento de su propia realidad de salud-enfermedad, trata de plantearse a la salud como proyecto de vida o derecho a la vida (p.69).

Así, la contribución de la epidemiología al desarrollo de la medicina en la sociedad es el estudio y la asistencia a “conocer” (modificar) la relación entre las enfermedades individuales y sus causas comunes.

Inteligencia y Vigilancia Epidemiológica

A finales del siglo XIX, gracias a la aceptación de la teoría del contagio, se consolidó la necesidad de establecer los primeros sistemas de notificación de enfermedades con el principal objetivo de cuantificar el número de personas afectadas por una epidemia. Esta actividad dio inicio en el Reino Unido y Estados Unidos, para después extenderse al resto de países de Europa y América (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020).

En las últimas décadas, la vigilancia epidemiológica se ha convertido en una de las herramientas de salud pública más importantes, ayudando a obtener datos actualizados sobre el estado de salud de las personas, comunidades o zonas sensibles para la detección temprana de brotes o enfermedades de especial peligrosidad, asegurando así una intervención oportuna en cuanto a, control y erradicación se refiere.

Desde la posición de Yarasca (2022), la vigilancia epidemiológica se entiende como la recolección, análisis e interpretación sistemática de los datos de salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de las políticas de salud pública, combinados con la difusión oportuna de los datos a quienes necesitan conocerlos (p.12).

La situación epidemiológica requiere una cuidadosa observación del comportamiento de las poblaciones y sus interacciones con el medio ambiente a fin de obtener información precisa y actualizada sobre cambios en el medio ambiente, cambios en las condiciones, poblaciones y patógenos, así como efectos observables.

Por ello, al abordar la importancia vital de la observación profunda, no se debe perder de vista su propósito. No es acumular más información sobre hechos curiosos, sino salvar vidas y aumentar la salud y el confort, es decir, mejorar las condiciones de salud de la población (Yarasca, 2022, p. 11).

Algunos de los atributos de un sistema de vigilancia epidemiológico, que desde la posición de García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes (2020), se deberían emplear para la obtención de datos eficientes se plantean en la tabla 4.

Tabla 4.

Atributos del sistema de vigilancia epidemiológica.

Atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica
• Simplicidad en estructura y funcionamiento. • Flexibilidad, esto es, que el sistema tenga capacidad de adaptarse a las demandas cambiantes de información en calidad y cantidad, en especial ante brotes y epidemias. • Congruencia con las necesidades reales de información y las prioridades establecidas en las políticas de salud. • Calidad de los datos y, por tanto, de la información. • Aceptabilidad, participación activa de las personas e instituciones involucradas. • Sensibilidad, capacidad de detectar casos, brotes y epidemias. • Representatividad acerca de la población de la que proviene, tomando en cuenta que operativamente se trabaja con fracciones de la población. • Oportunidad, desde el registro, recolección, análisis y difusión de la información para la toma de decisiones. • Consistencia, en función del tiempo y de los participantes. • Comparabilidad a través del tiempo y a nivel nacional, si es posible internacional.

Nota: tomado de (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020, p. 4)

Cabe recalcar que un sistema de vigilancia epidemiológica sin trabajadores de la salud capacitados, preparados y dedicados no es un sistema. El trabajo coordinado y organizado del equipo médico junto con el equipo social o comunitario es fundamental para el óptimo funcionamiento del sistema.

Es por ello, que, la respuesta a la acción de vigilancia al personal involucrado implica un mayor grado de compromiso y participación

Reglamento Sanitario Internacional

Una crisis de salud en un país puede afectar los medios de vida y las economías en muchas partes del mundo. Tales crisis pueden ser desencadenadas por enfermedades infecciosas emergentes.

Tal y como vemos en el mundo globalizado de hoy, las enfermedades pueden propagarse rápido y a gran distancia al amparo de los viajes y el comercio internacionales. Un caso muy reciente fue la pandemia por Covid-19.

Para llevarlo a contexto, un resumen provisional de la mortalidad hospitalaria global por COVID-19 es del 15% al 20%, pero esta cifra puede superar el 40% en los pacientes que ingresan en la UCI. En cualquier caso, las tasas de mortalidad varían entre las diferentes cohortes, reflejando diferencias en la confirmación de la infección e identificación de casos, distintos umbrales de hospitalización y diferencias en el pronóstico. La mortalidad hospitalaria va desde menos el 5% de los pacientes hospitalizados menores de 40 años al 35% para los pacientes de 70 a 79 años y mayor del 60% para los pacientes

de la franja de edad de 80 a 89 años (Sidawi & Garau, 2021).

Temas como estos deben ser reflejados por los gobiernos y las organizaciones internacionales de salud y las políticas para orientar y optimizar el uso eficaz de los recursos de salud, tales como: prevención y promoción, planificación estratégica, cobertura universal y accesibilidad, tecnologías apropiadas, utilización de todos los recursos humanos, integración en redes de servicios, participación comunitaria en la toma de decisiones estratégicas y descentralización administrativa como criterio de funcionamiento del sistema.

El Reglamento Sanitario Internacional o RSI (International Health Regulation [IHR]) fue adoptado originalmente por la Asamblea de Salud Mundial en 1969 con el fin de prevenir la “diseminación internacional de enfermedades” (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020).

Así mismo, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), es el principal mecanismo inter- nacional, vinculante a todos los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecido con el objetivo de “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales” (Fros-sard, 2018).

Además, el RSI es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los estados miembros de la OMS. Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de Salud Pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020) en referido reglamento ha sufrido modificaciones, para el año 2005 tuvo algunos ajustes como lo muestra la tabla 5

Tabla 5.

Modificación del Reglamento Sanitario Internacional.

Modificación de 2005 al Reglamento Sanitario Internacional.

La revisión del RSI 2005 introdujo importantes cambios respecto a las versiones anteriores; tres de éstos fueron los siguientes.

1. Mientras que en el pasado, enfermedades específicas (cólera, fiebre amarilla y peste) eran de notificación obligatoria por todos los países bajo el sistema de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el RSI 2005 ya no enfoca enfermedades blanco sino enfoca "enfermedades o condiciones médicas, sin importar su origen o fuente, que presentan o podrían representar daño significativo a humanos", como SARS o la cepa pandémica de la influenza H1N1 por sólo señalar algunos.
2. Los países miembros de la OMS, tras la implementación del RSI 2005, buscan fortalecer las capacidades básicas de la Salud Pública, en todos los niveles de los sistemas de salud, ya sean públicos o privados y en los puntos de entrada y salida como aeropuertos, fronteras terrestres y puertos marítimos. Estas capacidades incluyen la vigilancia de enfermedades y la respuesta rápida a ellos debido a su potencial para ocasionar brotes, epidemias o pandemias, altas cargas de enfermedad o gravedad de la enfermedad.
3. Los países miembros deberán reportar a la OMS cualquier evento que pueda ser considerado como una emergencia de salud de interés internacional.

Nota: Modificación en 2005 del Reglamento Sanitario Internacional, tomado de (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020, p. 13).

Ahora bien, con base en la amplitud de las definiciones de "enfermedad", "evento", "riesgo para la Salud Pública" y otros términos de interés empleados en el RSI 2005, el reglamento abarca mucho más que una lista de enfermedades infecciosas específicas. En definitiva, el RSI 2005 abarca una amplia variedad de riesgos para la Salud Pública de posible importancia internacional:

1. Riesgos biológicos, químicos o radio nucleares en su origen o fuente.
2. Enfermedades potencialmente transmisibles a través de:
 - a. Personas (p. ej., SARS, gripe, poliomielitis, ébola).
 - b. Mercancías, alimentos, animales (incluido el riesgo de zoonosis).
 - c. Vectores (p. ej., peste, fiebre amarilla, fiebre del Nilo occidental).

d. El medio (p. ej., liberación de material radionuclear, vertidos de sustancias químicas u otras formas de contaminación). (García, Nivaldo, Lutzow, & Valdes, 2020)

La acción médica y comunitaria frente a la Vigilancia Epidemiológica

Una de las principales tareas que enfrenta el sistema de vigilancia epidemiológica es asegurar que la información generada sea de la más alta calidad y que las acciones que se realicen a partir de ella tengan el impacto deseado en la salud de la comunidad.

Cabe recalcar y subrayar que luego del advenimiento de los sistemas informáticos, los que suministran datos son los médicos generales y especialistas, las enfermeras e higienistas, y todos los profesionales de la medicina de allí, que, juegan un papel fundamental en su práctica clínica. y apoyo, iniciando así el proceso de registro y notificación de casos clínicos y epidemiológicamente significativos.

Como plantean Benede, Carrasco, & Peyman (2021), la atención comunitaria es parte de la Atención Primaria (AP). Y tiene como objetivo la atención al conjunto de una comunidad buscando resultados en salud con su participación. Requiere intervenir sobre determinantes de salud y enfermedad, para lo que es necesario identificar necesidades y activos para la salud para priorizar y actuar conjuntamente con equidad (p.1).

En esta coyuntura social, cultural, socioeconómica, de salud y estilo de vida, se hace necesario un abordaje de los servicios públicos orientado a la salud pública, con acciones de protección a personas, familias o comunidades vulnerables, áreas restringidas o trabajadores de primera. Es esencial utilizar las ciencias sociales como base para comprender las complejidades de lo que está sucediendo, respetando la cultura, la diversidad y las necesidades de las personas y las comunidades.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 3

Enfoque Eco sistémico en la
Epidemiológica Comunitaria



SABEREC 5.0

La dependencia humana del entorno natural es indudable, y el ecosistema proporciona las necesidades y los servicios necesarios para la supervivencia y la salud humana; cualquier cambio en el medio ambiente supondrá una amenaza para la salud humana. La importancia de abordar los problemas de salud desde una perspectiva amplia, holística e interdisciplinaria está bien documentada y ha alimentado el interés en la aplicación de enfoques ecosistémicos a la salud.

Por ejemplo, antes de que los españoles conquistaran el territorio latinoamericano, el suministro de alimentos, el ganado, el agua potable y la eliminación de desechos no eran temas importantes para los nativos. Con la llegada de los españoles al continente, se produjeron varias migraciones, incluidas las colonias españolas y esclavos africanos, lo que condujo a un rápido aumento de la población, escasez de alimentos y acumulación de desechos, lo que comprometió el estado de salud de todos los habitantes. Como respuesta, se construyeron hospitales para proporcionar atención sanitaria, sin embargo, con una distinción sólida entre los grupos étnicos. (LLanos, Arenas, Valcarcel, & Huepaya, 2020, p. 267). Lo que generaría luego un número importante de enfermedades infecciosas, y el imperante deseo por retomar la salud de los habitantes de la región.

Y es que, existe un vínculo claro entre el bienestar humano y los ecosistemas, pero que sus usos no sostenibles pueden generar un impacto progresivo en sus componentes, estructura y funcionalidad, lo que, en el largo plazo, afectaría también el bienestar entregado por estos. (Luebert, 2022, p. 13).

El ser humano ha modificado de manera significativa y, de cierta manera, irreversible la diversidad de la vida de los ecosistemas. Estos cambios incrementaron en magnitud desde la revolución industrial en el siglo XIX y más rápidamente durante la segunda mitad del siglo XX.

Muchas de las modificaciones más significativas ocurrieron como consecuencia de la búsqueda de satisfacción de las necesidades crecientes de alimentación y agua potable con el fin de mejorar la salud humana. Sin embargo, no todas las personas se han beneficiado de este progreso, más bien ha contribuido a ampliar las inequidades entre grupos de personas. Es por ello que desde la década de los 70 se ha dado más importancia a la relación de la salud humana y el medio ambiente (Carrero, Herrera, & Vasquez, 2020).

El enfoque Ecosistémico para salud humana tiene como premisa que la salud de los seres humanos refleja exactamente la salud de lo que les rodea, se reconoce los intrincados lazos entre los seres humanos y su ambien-

te biofísico, social y económico y que esos lazos se reflejan en el estado de salud de la población. El enfoque de ecosistema en salud humana, está basado en la construcción de nexos que vinculan las estrategias de gestión integral del medio ambiente con un enfoque holístico y ecológico en materia de promoción de la salud humana. El propósito de este enfoque consiste en desarrollar nuevos conocimientos que movilicen a las comunidades y les permitan desarrollar estrategias de mejora de las condiciones de salud humana a través de una mejor gestión del ecosistema (Level, 2005)

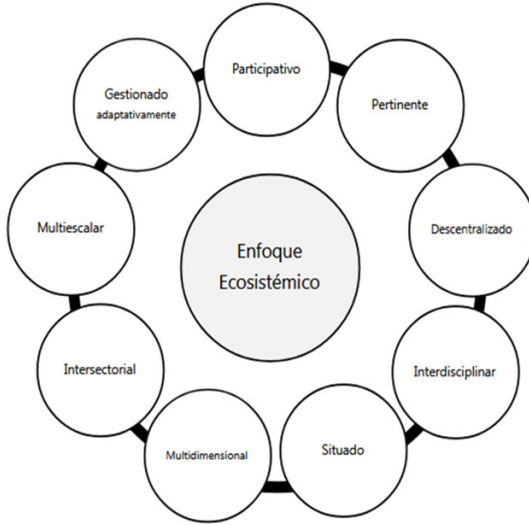
El “enfoque eco sistémico de salud se establece como un marco de análisis que opera en distintos niveles, como una de las posibilidades de construcción teórico-práctica de las relaciones entre salud y ambiente en los niveles micro sociales, dialécticamente articulados a una visión ampliada de ambos los componentes” (Balarezo, 2015, p. 20).

Este enfoque eco sistémico brinda una amplia participación social en el análisis de los problemas ambientales en busca de soluciones relacionadas con los mismos, sin embargo, se debe reconocer que, en el orden del diagnóstico y análisis, el estudio de la antropología social aún tiene desafíos, entre ellos históricos, económicos, culturales, actividades sociales, de gobernanza, de producción y de reproducción.

Luebert (2022), afirma que el enfoque eco sistémico surge como una respuesta a la presión creciente de la humanidad sobre los ecosistemas del mundo y el valor que estos representan para el bienestar de las personas y, las necesidades y aspiraciones de los actores y sectores involucrados en el uso de los recursos ahí presentes (p.13).

Figura 3.

Características de programas gestionados bajos los principios del enfoque eco sistémico.



Nota: Enfoque eco sistémico presentado en un estudio de caso por (Luebert, 2022, pág. 17).

Desde el punto de vista de Capcha (2018), el término “enfoque ecosistémico” lo plantea como una estrategia para la gestión integrada de la tierra, el agua y los recursos vivos y para mantener o restaurar los sistemas naturales, sus funciones y valores de tal manera que se promueva la conservación y el uso sostenible de los ecosistemas de una forma justa y equitativa, participativa y descentralizada, a través de la integración de los factores ecológicos, económicos, culturales y sociales dentro de un marco geográfico definido principalmente por límites ecológicos (p.34).

El ser humano habita en un medio ambiente, cuya delimitación son los ecosistemas, por lo que el equilibrio de ese medio ambiente, el “bienestar” o “salud” de los ecosistemas, influye directamente en la salud humana. Ejemplo de ello, es el hecho que la contaminación atmosférica representó, en 2012, la causa de muerte de aproximadamente 7 millones de personas, una de cada ocho muertes en el mundo (laquinta, Fiorella, & Cousillas, 2019).

Se busca el uso sostenible, manejo integral y conservación de los sistemas naturales a largo plazo, basados en las necesidades de la sociedad

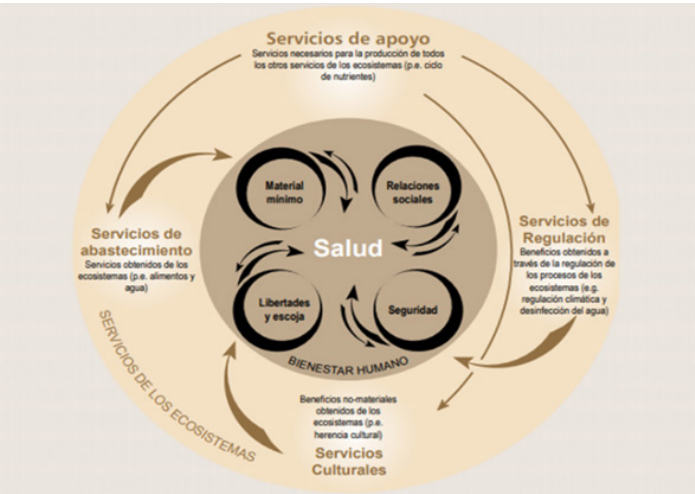
en su conjunto y considerando que la sostenibilidad en la generación de los bienes y prestación de servicios ambientales depende de las condiciones biológicas, físicas y antrópicas que limitan su funcionamiento y productividad (Capcha, 2018, p. 35).

Dentro de un enfoque ecosistémico de la salud, los seres humanos se sitúan en el centro de las consideraciones de desarrollo, al tiempo que buscan asegurar la durabilidad del ecosistema del que forman parte. Con el fin de desarrollar intervenciones apropiadas, se hace hincapié en el diseño y la implementación de soluciones intersectoriales basadas en la gestión alternativa de los recursos naturales. Se busca alcanzar los objetivos de salud no ya a través de las acciones exclusivas del sector salud, sino por la interacción de las personas con el medioambiente (laquinta, Fiorella, & Cousillas, 2019, p. 1).

Es por ello que, los servicios de los ecosistemas son indispensables para el bienestar de todas las personas, en todos los lugares del mundo. Las relaciones de causa y efecto entre las mudanzas ambientales y la salud humana son complejas (laquinta, Fiorella, & Cousillas, 2019). Un ejemplo de esta relación se aprecia en la figura 4.

Figura 4.

Relación entre los servicios de los ecosistemas y sus impactos sobre el bienestar humano.



Nota: Relación entre los servicios de los ecosistemas y sus impactos sobre el bienestar humano, con énfasis en salud (laquinta, Fiorella, & Cousillas, 2019).

Pilares y Principios del Enfoque Eco sistémico en salud

El enfoque eco sistémico para la salud humana tiene como pilares la transdisciplina, la participación y la equidad. Estos pilares derivaron en seis principios que orientan la investigación para el cambio y son: pensamiento sistémico y complejo, investigación transdisciplinaria, participación social y colaboración, equidad de género y social, sostenibilidad social y ambiental y acortar la brecha en investigación y acción (laquinta, Fiorella, & Cousillas, 2019).

Sin embargo, la transdisciplinariedad sienta las bases para el compromiso social y la cooperación entre científicos, grupos sociales, formuladores de políticas y otras partes interesadas para lograr problemas y soluciones comunes, un mejor desempeño y un cambio.

Una Salud, un enfoque multidisciplinario

Un enfoque eco sistémico busca la promoción de actividades humanas que sean sostenibles para garantizar la salud de las comunidades.

Tal es el caso. del enfoque eco sistémico para la salud (ecosalud/ecohealth) el cual se plantea como campo de investigación, educación y práctica que apunta a mejorar la salud humana, y que data de fines del siglo XX. Promueve la formación de comunidades de práctica basadas en una investigación holística con participación multisectorial en torno a problemas ambientales con problemas de salud asociados (laquinta, Fiorella, & Cousillas, 2019).

Otro ejemplo es, la Iniciativa Una salud; este concepto ("One Health") integra fundamentalmente tres componentes: Salud Humana, Salud Animal y Salud Ambiental. Es una estrategia mundial para aumentar la colaboración y comunicaciones interdisciplinarias en todos los aspectos de la atención médica para humanos, animales y el medio ambiente (Canals & Caceres, 2020).

El autor refiere que, es un enfoque multidisciplinario que integra las ciencias ambientales, ecología, medicina veterinaria, salud pública, medicina humana, la microbiología, biología molecular y la economía de la salud en las escalas individual, poblacional y ecosistémica.

El Enfoque Ecosistémico Ecosistémico para la salud humana (Ecosalud) se ha aplicado con éxito en el Ecuador y otros países del Área Andina en el arco de PAMAFRO, para la formulación de proyectos, vigilancia formal y comunitaria de la Malaria. La aplicación de este enfoque permitió que el Ecuador logre la preeliminación de la malaria. También fue aplicado

en el Control de la Epidemia de Covid-19 en la ciudad de Quito con éxito ya que, permite un abordaje integral de la epidemia y sus efectos. Adicionalmente, la formulación de proyectos, los sistemas de vigilancia y monitoreo tomarán como referente la metodología de práctica o medicina basada en evidencias (PBE o MBE) (A. Narváez et al., 2022)

En resumen, el enfoque eco sistémico tiene como objetivo reducir las desigualdades que existen entre diferentes grupos de personas debido a distinciones económicas, políticas, legales y culturales lideradas por grupos privilegiados.

El enfoque ecosistémico y la epidemiología comunitaria comparten bajo sus principios orientadores una comprensión profunda de las interacciones entre los componentes biológicos, sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de una comunidad. En la **interconexión de factores** el Enfoque Ecosistémico reconoce las complejas interrelaciones entre los elementos biológicos, sociales, económicos y ambientales en un ecosistema mientras la Epidemiología Comunitaria considera la salud de una comunidad como el resultado de la interacción de múltiples factores, incluyendo aspectos sociales, económicos y biológicos. Frente a la **participación comunitaria** el Enfoque Ecosistémico promueve la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la gestión y conservación del ecosistema, la Epidemiología Comunitaria destaca la importancia de la participación de la comunidad en la identificación de problemas de salud, diseño de intervenciones y toma de decisiones en el ámbito de la salud. En el principio de **enfoque holístico** el Enfoque Ecosistémico concibe el ecosistema como un todo, reconociendo la interdependencia de sus partes, la Epidemiología Comunitaria considera la salud comunitaria desde una perspectiva holística, abordando no solo las enfermedades individuales, sino también los determinantes sociales y ambientales de la salud. La **adaptabilidad y resiliencia** el Enfoque Ecosistémico busca fortalecer la capacidad de adaptación y resiliencia de los ecosistemas frente a cambios y perturbaciones, la Epidemiología Comunitaria reconoce la importancia de fortalecer la resiliencia comunitaria y la capacidad de adaptación para hacer frente a desafíos de salud y cambios en el entorno.

En cuanto al **análisis de contexto** el Enfoque Ecosistémico realiza un análisis detallado del contexto socioeconómico y ambiental para comprender la dinámica del ecosistema la Epidemiología Comunitaria examina el contexto comunitario, considerando las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que influyen en la salud de la población. La **colaboración interdisciplinaria** en el Enfoque Ecosistémico fomenta la colaboración entre di-

versas disciplinas para abordar la complejidad de los sistemas ecológicos la Epidemiología Comunitaria se beneficia de la colaboración interdisciplinaria, integrando conocimientos médicos, sociales, económicos y ambientales para comprender y abordar los problemas de salud comunitaria. Y el **monitoreo y evaluación continua** en el Enfoque Ecosistémico promueve un enfoque de medir constantemente para evaluar la salud del ecosistema y adaptar las estrategias de gestión, la Epidemiología Comunitaria aboga por el monitoreo continuo de la salud comunitaria y la evaluación de intervenciones para garantizar su eficacia a lo largo del tiempo.

Al integrar estos principios, el enfoque ecosistémico en la epidemiología comunitaria proporciona una visión más completa y sostenible para abordar los desafíos de salud en las comunidades, reconociendo la importancia de considerar la salud en el contexto de sistemas complejos y dinámicos

EPIDEMIOLÓGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 4

Enfoqué Epidemiológico del Proceso
Salud y Enfermedad individual y
comunitario



SABEREC 5.0

Los cambios sociales que se están produciendo junto con las necesidades de desarrollo actual en el campo médico son cada vez más complejos y determinan directamente la calidad de vida de las personas, las familias y la sociedad misma con una visión más desarrollada, integrando el diagnóstico, la prevención, el control y la educación de las personas.

En opinión de Rivas (2018), la enfermedad es solo uno de los tantos procesos que atravesamos en nuestra existencia. La naturaleza negativa de las patologías para muchos es indiscutible, pero la manera en que cada individuo la afronta y la emplea en su beneficio le proporciona un carácter utilitario.

Sobre todo, el estado de salud, la morbilidad y las expectativas que en materia de salud que tenga la población son los principales factores que determinan las necesidades de salud de la comunidad, pero además se ve influenciada por el medio social, económico, cultural y el comportamiento y criterio de los grupos que la integran. Es decir, la salud de la misma está en relación con la salud de sus miembros, con los problemas que la afectan y con la asistencia sanitaria de que esta disponga. (Dandicourt, 2018, p. 56)

Paredes (2020), plantea claramente que, en la epidemiología se trabaja con grupos, no con la expresión individual de un fenómeno de salud. El objetivo de esta disciplina es estudiar la forma mediante la cual se procesa un fenómeno de salud colectivamente, lo que va a indicar innegablemente la presencia de lo social en la epidemiología (p.8).

En el conocimiento de la salud/enfermedad, la epidemiología introduce simultáneamente los conceptos de proceso y grupo. Esto significa que las manifestaciones individuales de salud no son lo mismo que el proceso colectivo que lleva a las manifestaciones individuales de mala salud.

La salud, entonces, se construye a partir de todas aquellas condiciones estructurales e intermedias que nos ayudan a edificar ese anhelado estado de bienestar potenciador y dentro los determinantes intermedios podemos identificar la actividad física discrecional como uno de los hábitos que más genera salud. Por ejemplo, la falta de actividad física discrecional o sedentarismo, una de las principales causas del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial, es culpable del 30% de las cardiopatías isquémicas, 27% de los casos de diabetes y 25% de cáncer de mamas y colon. Se ha convertido en el tercer factor de riesgo de mortalidad, sólo detrás de la mala alimentación, alcoholismo y tabaquismo (Rivas, 2018).

En la epidemiología convencional, la forma de abordar lo social se reduce a la sumatoria de individuos o a un conjunto de sus interrelaciones. Por el con-

trario, lo que debe interesar es comprobar si en los sujetos que componen una población con X nivel educativo y de ingresos, determinado tipo de inserción laboral y condiciones de vida, entre otros, se manifiestan o no ciertos procesos patológicos (Paredes, 2020, p. 9). Esto significa que la sociedad influye en la biología y se expresa en el individuo. Por lo tanto, la sociedad no puede ignorar las características básicas de las comunidades y cómo afectan los procesos de salud.

Ahora bien, para determinar cómo afectan todos los determinantes en el proceso de salud, es imperiosa la necesidad de recurrir al diagnóstico de salud poblacional que es, según Arenas, Pacheco, Parada, Rueda, & Cortez (2019), la piedra angular en la investigación en salud pública, en donde es fundamental la participación de la población para la determinación de prioridades, en ese sentido, el mapeo comunitario es una técnica versátil en la que se puede utilizar material básico o tecnología digital compleja, pero en ambos casos, genera interés, y propicia la participación y fortalece procesos organizativos, lo cual permite que se busquen soluciones a las problemáticas identificadas (p. 125).

En el ámbito internacional, en la década de los ochenta durante el seminario sobre los usos y perspectivas de la epidemiología, celebrado en Buenos Aires; Argentina, la OPS/OMS propone y ejecuta un programa denominado Análisis de Situación de Salud y sus tendencias en el cual, según criterios de expertos, al reconsiderar los usos de la epidemiología en la búsqueda y solución de problemas de salud, se estimó un tanto teórico el concepto de diagnóstico de salud, por lo que se promovió abordar la situación de salud con un enfoque más operativo (Aguila, y otros, 2019).

Análisis de Situación de Salud

En 1992, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso la utilización del término análisis de la situación de salud, apareciendo su definición en 1999. Es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes (Aguila, y otros, 2019, p. 420).

Coque (2017), plantea que el Análisis de Situación de Salud (ASS) es la primera de las once funciones esenciales de la salud pública enmarcadas en la iniciativa "La Salud Pública en las Américas" que, dentro de las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud, para alcanzar el objetivo central de la salud pública de mejorar las condiciones de las poblaciones. Sus lineamientos se enmarcan en:

- El desarrollo de mecanismos de participación en procesos de construcción social.
- La caracterización de la situación de salud de la población y el análisis de los determinantes sociales de la salud.
- La definición de problemas y prioridades de la población, así como la verificación del cumplimiento de las políticas públicas en salud.
- La formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y recuperación de la salud, así como la identificación y potenciación de los factores protectores de la salud.
- La construcción de escenarios prospectivos, ya que se puede apreciar las tendencias, evolución de los problemas o de la resolución de los mismos. (p.8)

A Juicio de Águila, y otros (2019), el análisis de la situación de salud (ASS) es una práctica necesaria en la Atención Primaria de Salud, que persigue identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución (p. 419).

Fases de Aplicación del ASIS:

- Primera fase: Producción del Diagnóstico Situacional,
- Segunda fase: Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud.
- Tercera fase: Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud.
- Cuarta fase: Implementación, acompañamiento y seguimiento del Plan Local de Salud.
- Quinta fase: Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados.

Los objetivos de estas fases se desarrollan brevemente en la tabla 6

Tabla 6.

Fases de aplicación de análisis de situación de salud.

Fases de Aplicación de Análisis Situación de Salud	Objetivos
Fase 1 Producción del Diagnóstico Situacional.	Se lleva a cabo el levantamiento organizado y participativo de la información, y el análisis de las determinantes sociales de la salud que son insumos para la identificación de problemas de salud los cuales sirven para formular el Plan Local de Salud.
Fase 2 Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud	se encuentran representantes de la población, de organizaciones sociales, de los organismos del Estado
Fase 3: Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud.	Se realiza una convocatoria ampliada para devolver y validar el Diagnóstico Situacional con la comunidad.
Fase 4: Implementación, acompañamiento y seguimiento del Plan Local de Salud.	Destacar que, una vez establecido el Plan Local de Salud, se implementa con la intervención directa de los actores sociales, el Comité Local de Salud, los equipos de salud y las instituciones estatales, como privadas, se comprometen en el Plan Local de Salud a desarrollar actividades que favorecen la salud de la población.
Fase 5: Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados	Observar y medir los cambios que se producen a lo largo del tiempo, pero también porque es necesario observar los cambios que se generan con la aplicación del plan local de salud, igualmente, de manera periódica.

Nota: Descripción de los objetivos de Fases de Aplicación de Análisis Situación de Salud información (Coque, 2017).

En cuanto a los pasos y metodología para desarrollar la aplicación del Análisis de Situación de Salud Águila, y otros, (2019) refieren que, la OPS ha propuesto la matriz ARMAR-7 que consta de cinco fases: articulación, recopilación de información, manejo, análisis y reporte.

Consta de siete líneas estratégicas, que son:

1. Analizar el contexto histórico, político, socioeconómico, cultural y demográfico de la población.
2. Analizar la calidad de vida, el bienestar y la salud de la población.

3. Analizar la morbilidad y mortalidad y sus tendencias.
4. Monitorear las desigualdades socio-económicas, de género y étnico-raciales en salud.
5. Priorizar y proponer intervenciones en salud potencialmente costo-efectivas, como insumo para la toma de decisiones.
6. Evaluar los resultados y el impacto de las políticas públicas, programas y servicios de salud
7. Promover la participación social y la abogacía entre las distintas instancias del gobierno y de la sociedad civil. (p.423)

En cuanto al enfoque comunitario, se debe asumir a la comunidad como protagonista e implicarla en el proceso del cuidado de la salud de sus miembros. Partiendo de los propios recursos con los que cuenta, se compromete a la misma a formar parte en la toma de decisiones sobre los problemas que la afectan (Dandicourt, 2018, p. 57)

La correcta implementación y uso de ASIS sigue siendo un objetivo ineludible, ya que sin duda es un paso previo a la adopción de un plan de intervención. Ello, contribuirá a la mejora de la salud de la sociedad en la que se lleva a cabo, que es el fin último de cualquier sistema nacional e internacional de salud

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA:

UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 5

Determinantes de la salud: La
influencia de factores en las
desigualdades de salud individual y
colectiva



SABEREC 5.0

Con el auge de los movimientos de medicina social y salud colectiva desde la década de 1980, ha habido un aumento significativo de los resultados científicos que abordan la desigualdad social como determinante de la salud en América Latina y el Caribe.

A finales del siglo XX, la conceptualización del entorno natural como factor explicativo de la enfermedad encontró sus límites en el cambio epidemiológico hacia las enfermedades crónicas y no transmisibles, y se debe utilizar el aporte de la geografía social para explicar los procesos de la enfermedad, a partir de categorías como la densidad de población, el nivel de vida y los ingresos, las relaciones y los hábitos de las personas.

Un factor recurrente es que, las sociedades generalmente están organizadas de tal manera que establecen y perpetúan desigualdades en el acceso de sus miembros a oportunidades de progreso en la vida y buena salud.

Con frecuencia esas oportunidades están ineficientemente distribuidas, y esto se observa en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, las brechas laborales entre trabajadores formales e informales, entre quienes tienen trabajo y quienes no lo tienen, la amplia gama en el nivel de ingresos económicos, los factores psicosociales definidos por los estilos de vida de cada comunidad, entre otros. Las inequidades se presentan no solo entre países, sino también entre ciudades de un mismo país, e incluso entre la población de una misma ciudad (Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas, 2017).

Las desigualdades en salud están social y políticamente localizadas y varían en el tiempo; las relaciones socio espaciales injustas se materializan en diferentes escalas de la vida para dar lugar a procesos de fragmentación y segregación socio espacial, que dificultan la apropiación de recursos (económicos, sociales, espaciales, simbólicos) para la construcción de vidas saludables. Los procesos económicos, políticos y sociales situados en los micro territorios resultan así limitantes de la salud como “una forma de vivir autónoma y solidaria en el marco de las relaciones con la naturaleza, la sociedad y el Estado (Molina, 2018).

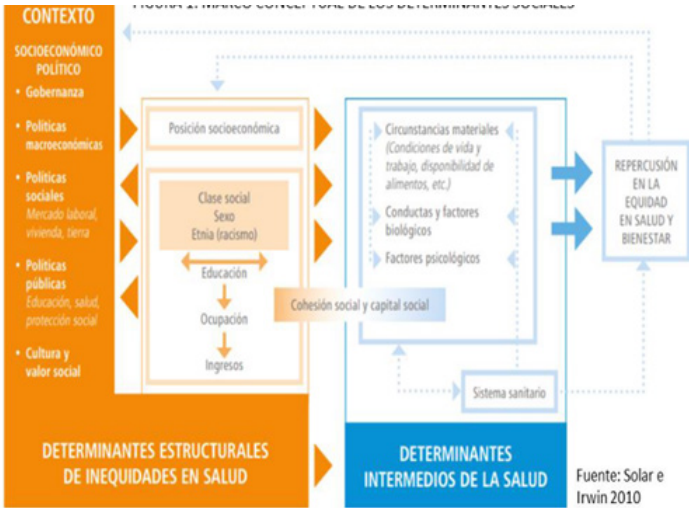
Sin embargo, las desigualdades territoriales en salud deben entenderse también por la construcción social de la experiencia individual y colectiva. Categorías como apego al lugar, identidad de lugar, acciones colectivas y sentido de comunidad, son también centrales para situar la relación entre salud y territorio; pues si la salud no es el mero producto de las mentes individuales, sí es el resultado del capital social, de los procesos colectivos de apropiación y transformación de esas condiciones desiguales de existencia.

Las condiciones de vida de los grupos sociales son definidas por un conjunto de necesidades, problemas e insatisfacciones que surgen en el proceso de materialización de la vida de los individuos y de las poblaciones, no son ajenas a la construcción del espacio geográfico, del lugar ni a su historia (Molina, 2018, p. 8).

Como lo hace notar Rivas (2018), en el documento de trabajo publicado por la Organización Mundial de la Salud, en el cual se plasmaron los acuerdos de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Brasil en el año 2001, cada determinante tiene su importancia, siendo los estructurales los de mayor jerarquía (ingresos, etnia, gobernanza, etc.) ya que robustecen las desigualdades económicas. Estos influyen en la posición social de los individuos e impactan en los determinantes intermedios (conducta, biología, condición de vida, etc.). Estos determinantes se pueden apreciar en la figura 5.

Figura 5.

Determinantes de inequidades en salud.



Nota: Marco conceptual de los determinantes sociales (Rivas, 2018).

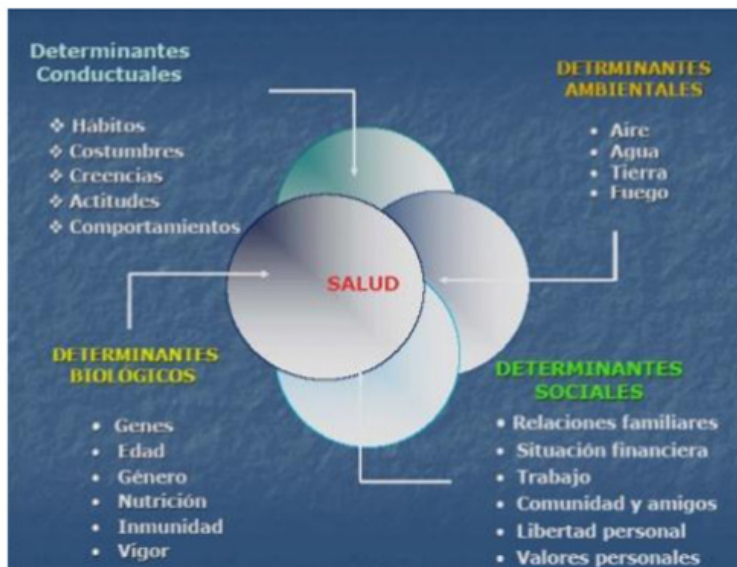
Determinantes de la Salud

Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los

individuos y comunidades (Coque, 2017) Este autor refiere 4 grandes determinantes de salud, los cuales se desarrollan en la figura 6.

Figura 6.

Determinantes de Salud.



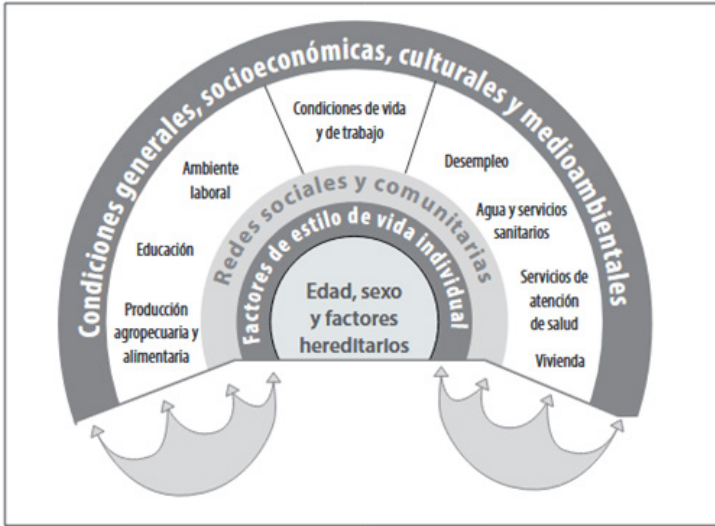
Nota. Enfoque de los determinantes de Salud (Coque, 2017).

El modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde aquel que corresponde al individuo y a las comunidades hasta el nivel correspondiente a las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales. (Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas, 2017)

En este modelo, se explica la producción de las inequidades en salud dentro de la población por interacciones determinantes entre un núcleo y cuatro diferentes niveles. Observado en la figura 7

Figura 7. .

Modelo conceptual de producción de inequidades en salud



Nota: Modelo conceptual de producción de inequidades en salud de Dahlgren y Whitehead, tomado de (Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas, 2017)

En la figura anterior se visualiza el núcleo el cual describe los factores biológicos — como la edad, el sexo y las características constitucionales (factores hereditarios) — que influyen en la salud. El primer nivel representa los factores de estilos de vida individual; las personas y grupos con una posición socioeconómica más desfavorecida que tienden a presentar una mayor prevalencia de conductas de riesgo (hábito de fumar, consumo de alcohol, alimentación deficiente, baja actividad física y barreras económicas para escoger un estilo de vida saludable). El segundo nivel detalla cómo las redes sociales y comunitarias, es decir, las interacciones sociales, influyen en los estilos de vida individuales. El tercer nivel representa los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo: las inadecuadas condiciones de vivienda, agua y desagüe, desempleo, exposición a condiciones laborales de riesgo, así como el limitado acceso a los servicios de salud que crean exposiciones o riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una posición socioeconómica menos favorecida. Por último, el cuarto nivel describe las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales que influyen en las condiciones de estratificación social y producen inequidades sociales (Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas, 2017, p. 17)

La mayoría de la carga mundial de morbilidad y sus causas en cuanto a las desigualdades en salud se derivan de las condiciones en que una persona, se desarrolla, física, mental y espiritualmente.

En 2005, la Organización Mundial de la Salud estableció un panel de expertos independientes presidido por Sir Michael Marmot para sistematizar el conocimiento científico sobre “Determinantes sociales: pobreza, igualdad y causas fundamentales” de morbilidad y mortalidad. Se presenta un modelo explicativo que distingue entre dos tipos de determinantes sociales de la salud: determinantes estructurales y determinantes indirectos.

Los determinantes estructurales se refieren a la estratificación social, determinada por el estatus socioeconómico de un individuo, que confiere una variedad de riesgos para la salud según el origen social, la ubicación, la jerarquía de poder y el acceso a los recursos económicos.

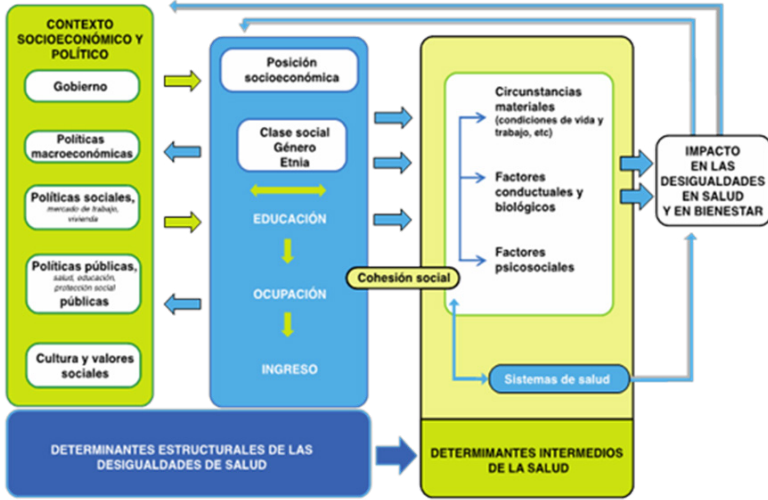
Los determinantes sociales indirectos incluyen factores que amenazan la salud, agrupados en: circunstancias físicas, factores psicosociales, estilo de vida y accesibilidad al sistema de atención.

Determinantes Sociales de la salud

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020) (p. 84). Como se observa en la figura 8

Figura 8.

Determinantes estructurales de las desigualdades de salud.



Nota: En la figura se describe el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomienda la OPS/OMS para su abordaje, el cual menciona dos grandes rubros de Determinantes (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Estos determinantes son el resultado de la distribución de dinero, poder y recursos a nivel global, nacional y local y por lo tanto dependen de las políticas elegidas; la distribución desigual conduce a grandes disparidades en el estado de salud entre los países industrializados y los países en desarrollo.

De acuerdo con el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud y Desigualdades de la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud (DSS) se clasifican en dos niveles. En el primero se agrupan los determinantes estructurales (contexto socioeconómico, político y estructuración social por razones de género, etnia, etc.), y en el segundo se incluyen los determinantes intermedios (condiciones laborales, vivienda, factores psicosociales, conductas etc (Suarez, Fernandez, Vallina, Aldasoro, & Cofiño, 2018).

De acuerdo con De la Guardia & Ruvalcaba (2020) Algunos determinantes sociales de la salud son:

Estructurales y Sociales:

se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

Intermedios y Personales:

Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:

Circunstancias Materiales. calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

Circunstancias Psicosociales. factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.

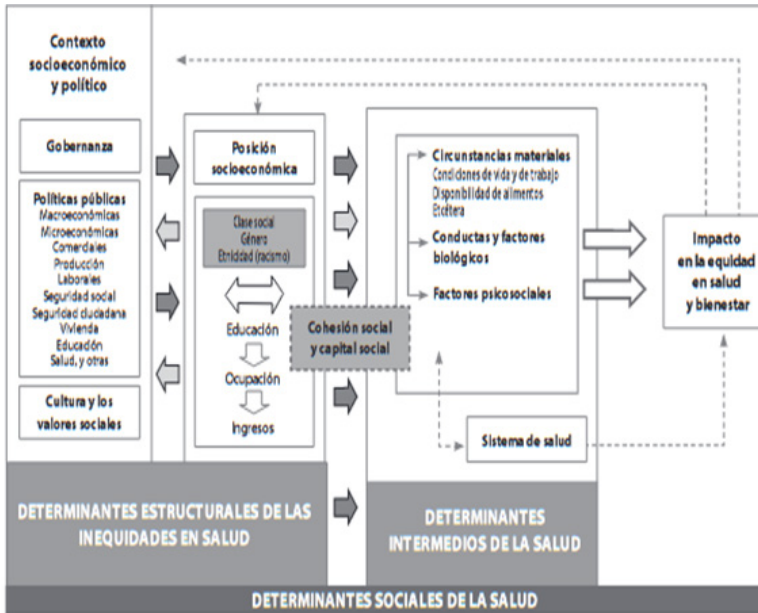
Factores Conductuales y Biológicos. nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

Cohesión Social. la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.

Sistema De Salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas. (p.86)

Figura 9.

Determinantes sociales de la salud.



Nota: Determinantes sociales de salud. Marco conceptual El adjetivo estructural recalca la jerarquía causal de los determinantes (Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas, 2017).

En el campo de la salud, la deuda social o deuda sanitaria puede referirse tanto a la distribución desigual de riesgos, en el sentido epidemiológico, como al acceso desigual a los sistemas de asistencia a la salud, con programas efectivos, tecnologías eficaces y disponibles, y prácticas de cuidados de salud realizadas con la mayor calidad humana posible, lo que debe ser garantizado como derecho a todos los miembros de una sociedad dada (Almeida, 2020).

Determinantes Sociales, las desigualdades y la equidad

Desde al menos el siglo XIX, cada vez hay más evidencia de las condiciones ambientales en las que vive, la pobreza, las viviendas precarias, el entorno urbano inadecuado, las condiciones de trabajo insalubres son factores que inciden negativamente en la salud de las personas.

El tema de la desigualdad social en salud ha sido objeto de discusiones intelectuales y científicas en todo el mundo en las últimas décadas. La disponibilidad de datos de una variedad de fuentes ha revelado y proporcionado nuevos datos sobre el alcance de las desigualdades en salud, agregando que están aumentando en muchos casos.

Unos pocos países (especialmente los europeos) han utilizado tales evidencias para introducir en sus políticas de salud acciones centradas en los determinantes sociales y la reducción de las desigualdades en parte, pero la gran mayoría no ha colocado este tema entre sus prioridades políticas.

De acuerdo con Lima (2017), en el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS pone gran énfasis en la desigualdad dentro de una sociedad y menos en las desigualdades entre las naciones, centrado en la necesidad de fortalecer la llamada “gobernanza global” y explicitando la necesidad de coordinación entre los diversos organismos intergubernamentales. Algunas de estas ideas posteriormente darán lugar a acciones tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), centrados en la erradicación de la pobreza extrema entre 2000 y 2015, y su sucesor, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluye la aspiración del desarrollo sostenible en sus tres dimensiones económica, social y ambiental, para el período 2016-2030 (p. 2106).

En cuanto a la equidad en el ámbito de salud Almeida (2020), plantea cuatro componentes:

- Equidad en el estado de salud: los riesgos de enfermarse serían homogéneos para todos los grupos de población.
- Equidad en las condiciones de salud: todos los ciudadanos y ciudadanas estarían cubiertos por programas efectivos de promoción y protección de la salud.
- Equidad en el acceso a la atención de la salud: en un contexto de equidad social, sistemas y servicios de asistencia y recuperación de la salud se garantizarían a las personas por igual.
- Equidad en las prácticas de cuidado: efectividad tecnológica, humanización y calidad del cuidado estarían igualmente disponibles a toda la ciudadanía. (p. 25)

Nuevos escenarios de las desigualdades sociales en salud

En un mundo que pasa por transformaciones profundas, algunos procesos sociales se amplifican con el proceso de la globalización, cada vez más importante por sus implicaciones sobre las desigualdades en salud. Por su actualidad, relevancia e implicaciones, dos aspectos de las desigualdades de salud serán resaltados aquí: la urbanización y la migración.

Un Ejemplo de ello lo refiere Lima (2017), quien señala que, en 2014, el 54% de la población mundial vivía en zonas urbanas. En 1950, este porcentaje era de sólo el 30%; se estima que en 2050 el porcentaje será superior a 70%. Las tasas de urbanización más altas se observan en América del Norte (82% de la población) y la más baja en África (40% de la población). América Latina y el Caribe tienen un 80% de su población concentrada en las zonas urbanas, una tasa similar a América del Norte. Estas aglomeraciones según el autor, crean una serie de problemas y retos con repercusiones en el sector de la salud y que tienden a ser desigual e injustamente distribuidos en el espacio y entre los grupos sociales (p.2102).

Así mismo, el tema de la migración trae un punto importante al debate de las desigualdades.

Para ello, en 2013, se estimaba que 232 millones de personas el 3,2% de la población mundial, vivían fuera de su país de nacimiento y otros 700 millones son migrantes internos en su propio país de nacimiento. Por ejemplo; si consideramos la esperanza de vida de un niño nacido en Sierra Leona en 2013 éste tenía sólo por su condición de nacimiento, un promedio de 38 años menos de esperanza de vida que los niños nacidos en Japón en el mismo año (46 años frente a 84 años). Por lo tanto, esto se convierte en un aspecto importante y el movimiento migratorio se define por este intento de cambiar lo que en cierto modo fue establecido por el lugar y el momento del nacimiento. (Lima, 2017, p. 2103).

En este sentido, la brecha en materia de igualdad y la relación entre la desigualdad socioeconómica evidencia la falta de estándares de calidad adecuados para la formulación de políticas públicas. La falta de herramientas de monitoreo y evaluación de impacto aumenta exponencialmente las ineficiencias en la creación de valor social, crea un ambiente negativo en la administración pública y es un escenario ideal para desarrollar un modelo causal para abordar los determinantes sociales de la salud.

Construir un mundo más justo es la aspiración de muchos movimientos políticos que creen que la reducción de la desigualdad en diversos ámbitos

de la vida humana es necesaria y garantía de supervivencia y sostenibilidad de la sociedad humana. Las desigualdades en salud revelan un aspecto de la desigualdad entre las personas, con consecuencias devastadoras y perniciosas para la existencia misma, manifestándose en grandes diferencias en la esperanza de vida o carga de enfermedad y angustia.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 6

Modelos de atención en salud:
Análisis Situacional en salud con
Enfoque Comunitario



SABEREC 5.0

La salud comunitaria, así como, la atención oportuna y eficaz de la salud son expresiones contenidas en proyectos que buscan profundizar en la democracia y en la igualdad social en determinados territorios.

Análisis Situacional de salud

Los diagnósticos, diseñados y realizados por personal médico de diversas instituciones y aplicados a una población determinada y/o cualquier comunidad, ha cobrado mayor importancia en este campo para promover la salud a través de acciones correctivas e implementación de medidas.

El diagnóstico de salud de la comunidad es una categoría principal en el Sistema Nacional de Salud, ya que tiene una connotación mucho más amplia que la sola noción de salud, pues implica conocer todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud identificados con fines preventivos y de promoción de salud; así como las interrelaciones sociales en la comunidad y los recursos de salud disponibles. Es una categoría principal porque el diagnóstico de salud de la comunidad responde al concepto nuevo y social de lo que es salud (Aguila, y otros, 2019).

Otro elemento a considerar es la medicina preventiva la cual contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas. habitantes de diferentes ciudades. Dichos diagnósticos son realizados a través del análisis situacional integral de salud (ASIS)

Por consiguiente, el diagnóstico de situación de salud constituye un conjunto de información que permite conocer el nivel de salud de una comunidad en un determinado momento de su desarrollo histórico. Así como también permite la identificación de las necesidades de la población para proponer soluciones viables a sus problemáticas (Coque, 2017, p. 2).

Como señalan Narea, Fonseca, Rodriguez, & Armijo (2020), el análisis de la situación Integral de salud (ASIS) tiene como propósito “la identificación concreta de las características socio psicológicas, culturales, históricas, económicas, geográficas y ambientales que pueden tener una incidencia negativa en la salud de la población”, a los que se añaden los “problemas de salud individuales, familiares, comunitarios”, para contar con la base para la toma de decisiones para el fortalecimiento de la salud de los pueblos.

Para Águila, y otros (2019), el análisis de la situación de salud permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, que incluye los daños o problemas de salud, así como sus determinantes y

tendencias. Permite identificar desigualdades en los riesgos, en los daños, así como evaluar las estrategias diseñadas para la solución de los problemas de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo entiende como la capacidad del sistema de salud para evaluar la situación y las tendencias que muestra la salud de una población o grupos poblacionales específicos, lo que incluye identificar sus determinantes, las brechas de desigualdad en la exposición a los riesgos, a los daños y en el acceso a los servicios, así como reconocer los recursos extrasectoriales que pueden participar en la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida (Lopez, 2018).

La Declaración de Alma-Ata de 1978, establece en su artículo VII indica que la Atención Primaria de Salud debe atender las necesidades de salud de la comunidad. Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud (1986-2005), difunden que para avanzar hacia un mundo más saludable se debe identificar los factores que afectan la salud. De acuerdo con políticas de salud europea actual, Salud para todos en el siglo XXI promueve el trabajo con las comunidades para identificar y alcanzar las necesidades de salud (Coque, 2017).

Por ejemplo, para López (2018) las directrices que los especialistas y organismos de salud señalan para el ASIS, fueron retomadas en alguna medida por los ministerios de salud en manuales y documentos técnicos que orientan su implementación (p.23). Dichos elementos se expresan en la tabla 7.

Tabla 7.

Elementos del proceso del ASIS.

País	Proceso
Colombia [35]	Contextualización Orientación: definición del proceso, fuentes de información y métodos de análisis Aplicación: caracterización territorial y demográfica, abordaje de los efectos de salud y sus determinantes, priorización de los efectos de salud (con participación de actores sociales) Divulgación: difusión del asis entre actores del sector salud y otros sectores
Ecuador [30]	Primera fase: producción del diagnóstico situacional (presentación ante la comunidad, revisión documental, mapa de actores, encuesta, entrevistas, observación) Segunda fase: conformación del Comité Local de Salud Tercera fase: socialización del diagnóstico situacional, identificación de problemas y prioridades con actores locales, elaboración participativa de un plan local de salud Cuarta fase: implementación, acompañamiento y seguimiento del plan Quinta fase: actualización del diagnóstico
Panamá [36]	Identificación del contexto Identificación de demanda y necesidades de servicios Caracterización de oferta de servicios y satisfacción del usuario Identificación de actores y red social Proyección de la red, planificación y presupuestación
Perú [31,32]	Análisis del entorno Análisis de determinantes sociales de la salud Análisis de problemas de salud: recopilación cuantitativa y cualitativa de información Priorización de problemas con impacto sanitario Priorización de territorios vulnerables: priorización técnica por parte del equipo de salud responsable y socialización con actores sociales Propuesta de líneas de acción para atender problemas
República Dominicana [33]	Fase 1. Análisis general de determinantes y estado de salud Fase 2. Análisis de vulnerabilidad de los territorios y del estado de salud Fase 3. Priorización de problemas de salud, territorios e intervenciones Fase 4. Vinculación del asis con procesos de toma de decisiones Fase 5. Monitoreo de planes y políticas de salud
Venezuela [34]	Recolección de información cuantitativa y cualitativa Priorización de necesidades de salud Elaboración de resumen ejecutivo del asis Elaboración y socialización de un plan de acción

Nota. Elementos del proceso de ASIS, según guías publicadas en países de América Latina y el Caribe tomado de López, 2018, p. 24

Los componentes que están presentes en todos los casos se relacionan con: 1) aspectos socioeconómicos y demográficos, 2) indicadores de mortalidad, morbilidad y riesgo, y 3) servicios de salud. En el caso de las guías de Venezuela y Ecuador han incorporado variables culturales, históricas y políticas, como elementos que participan en la construcción social de la salud. Como se observa en la tabla 8.

Tabla 8.

Componentes del ASIS.

País	Componentes
Colombia [35]	Caracterización de contextos territorial y demográfico Abordaje de efectos en salud y sus determinantes: mortalidad, morbilidad, discapacidad, determinantes sociales intermedios de salud (condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, factores conductuales, psicológicos y culturales, servicios y cobertura en salud) y estructurales de inequidades en salud (ingresos, educación, estratos sociales, ocupación, etnia) Priorización de efectos en salud
Ecuador [30]	Contexto general: caracterización geográfico-histórica de la población (ámbito geográfico, histórico, socioambiental, factores protectores) Caracterización demográfica, económica y sociocultural de la población (incluye descripción de conocimientos y sistemas médicos locales o tradicionales) Estado de la situación social: problemáticas sociales, factores protectores Caracterización del perfil de salud-enfermedad: morbilidad, mortalidad, discapacidad y factores protectores Oferta de servicios de salud y de protección social (incluido acceso, participación y ejercicio de derechos, programas gubernamentales y proyectos locales)
Panamá [36]	Indicadores demográficos Aspectos económicos y sociales Condiciones de saneamiento básico Situación de salud (mortalidad, morbilidad) Capacidad instalada de establecimientos de salud, recursos humanos, cobertura de servicios
Perú [31,32]	Componente del entorno: características geográficas, demográficas, de organización social y presencia de riesgos Componente de los determinantes sociales de la salud: determinantes estructurales (características socioeconómicas, de vivienda, educativas, de trabajo, inversión del Estado), determinantes intermedios (características socioculturales y del sistema de salud, recursos, servicios y cobertura en salud, demandas de intervenciones sanitarias) Componente de problemas de salud (morbilidad y mortalidad)
República Dominicana [33]	Determinantes de la salud: ecosistema, determinantes demográficos y socioeconómicos, políticos y relacionados con el sistema de salud Estado de salud: estado general de salud, morbilidad, mortalidad
Venezuela [34]	Componente factores condicionantes de la salud: aspectos geográficos, históricos, culturales, económicos, políticos, sociales y demográficos Componente salud-enfermedad: mortalidad, morbilidad y discapacidad Componente respuesta social a los eventos de salud: establecimientos de salud, recursos humanos, indicadores hospitalarios, servicios de salud, programas de salud

Nota. Componentes del ASIS, según guías publicadas en países de América Latina y el Caribe tomado de tomado de López, 2018, p. 25.

Modelos de atención en salud

Encontrar atención médica de calidad es un desafío y una prioridad estratégica para la industria de la salud en el nuevo milenio.

Brindar servicios integrales de salud y atención a las personas, las familias y la sociedad requiere cambios coherentes con las estrategias de salud, en las que se entiendan los objetivos de del sector en relación con la política, la sociedad, la educación y la ciencia y la tecnología del país, formando un trío de programas orientados a sentar las bases de un proyecto nacional más equitativo e igualitario con criterios de desarrollo social, contemplando la atención a los sanos o enfermos como eje estratégico para el desarrollo del país.

De acuerdo con Coque (2017), los principios del Modelo de Atención Integral de Salud son:

- Universalidad en el acceso

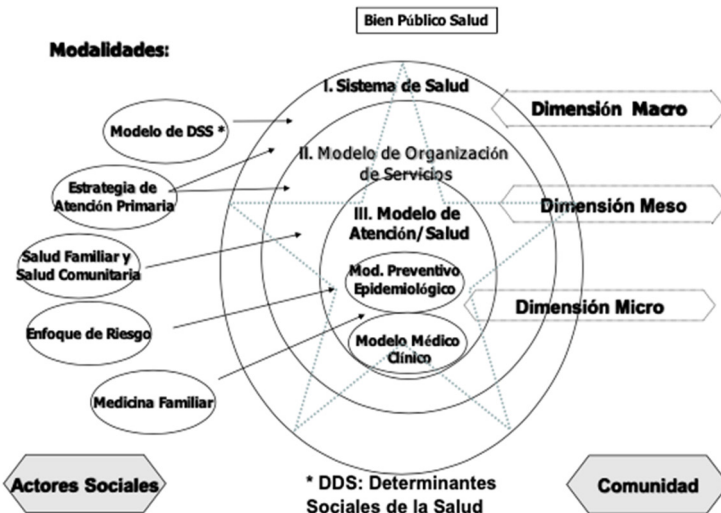
- Equidad
- Calidad
- Eficiencia
- Respeto a los derechos de las personas
- Participación y promoción de la ciudadanía
- Descentralización

Un Modelo de integración:

El modelo de atención en salud se ha colocado en el centro, en el corazón de la estructura partiendo del nivel micro, pero con una capacidad de influir y condicionar el modelo de organización de los servicios de salud y las configuraciones más amplias de sistemas de salud, extendiéndose según los contextos, como se delinea en forma de estrella. Pero hay una relación de determinación desde las configuraciones macro y meso y de las políticas públicas que se gestan en estas dimensiones, hacia el modelo de salud propiamente, aunque éste a su vez contribuye al desarrollo de los sistemas de salud y las otras modalidades de atención relacionadas. (Franco, 2020), este modelo se aprecia en la figura 10

Figura 10.

Modelo de salud.



Nota. Modelo de Salud y dimensiones de la política, tomado de Franco, 2020.

En la figura anterior se pueden ubicar algunos modelos, estrategias o modalidades en boga actualmente, como APS, modelos de redes de servicios, de determinantes sociales; modelo de medicina familiar, de salud familiar, de salud comunitaria o propiamente de salud pública; modelos de riesgo, de gestión clínica, etc. Todos ellos tendrán un alcance distinto y, por ende, varios significados y connotaciones

Inclusive, en Ecuador, por ejemplo, se implementa como parte de las políticas sanitarias un modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), concebido como el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse plantean responder a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad (Gafas, Roque, & Bonilla, 2019, p. 139). En la tabla 9, se plantean algunas características del plan de unidades operativas del programa en medicina familiar y comunitaria:

Tabla 9.

Características del programa de medicina familiar y comunitaria.

Características identificadas en las unidades operativas del primer nivel de atención donde se aplica el programa de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria	
Atención integral al individuo, la familia y la comunidad:	Atención integral a la salud individual por ciclos de vida, a las familias según las diferentes etapas por las que atraviesa y a la comunidad, a partir del análisis de las prioridades nacionales y locales para mantener y mejorar la salud de la población. Atención integral en las consultas de libre demanda, de morbilidad, programadas, subsecuentes, de seguimiento, etc. Atención integral domiciliaria a personas que por enfermedad, discapacidad, urgencia o estado terminal requieran de esta y no puedan movilizarse. Interconsultas y atención de especialidades básicas y otros servicios: se ofrecieron interconsultas de pediatría, medicina interna, entre otras especialidades.
Reconocimiento del área de influencia y familias asignadas a los equipos de atención integral de salud.	Se ajustan a los estándares establecidos por la Normativa del MSP y el MAIS
Dispensarización de la población	Proceso organizado, continuo y dialéctico, que ha permitido el registro de las personas y familias en la ficha familiar y la evaluación de la situación de salud de estos, de forma planificada, coordinada y liderada por el médico de familia conjuntamente con el equipo de trabajo.

Planificación de actividades intra y extramurales:	Realización de consultas, visitas domiciliarias, visitas a establecimientos educativos, laborales, comunitarios, etc
Visitas domiciliarias	Permiten realizar el diagnóstico integral de la salud individual y familiar, detectar riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales.
Análisis de la situación de salud	Permite obtener una caracterización de la situación de salud individual y colectiva, a partir del estudio de los perfiles de morbilidad, particularidades socioeconómicas de cada contexto
Información de enfermedades de notificación obligatoria:	Permite recoger datos estadísticos sobre la frecuencia de ocurrencia de las enfermedades de notificación, lo cual, a su vez, ayuda a los investigadores a determinar las tendencias de la enfermedad, a identificar y controlar los brotes.
Registro de información local	Pertinente para el sistema único de información en salud a partir de la metodología nacional a fin de alimentar el sistema de información en salud nacional
Sistema de referencia-contrarreferencia de los pacientes a los diferentes niveles de atención	Actividad desarrollada en correspondencia con las necesidades de cada caso, sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención.

Nota: Características identificadas en las unidades operativas del primer nivel de atención donde se aplica el programa de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en el sistema de salud ecuatoriano. Información tomada de Gafas, Roque, & Bonilla, 2019, p. 140

Sala Situacional de salud.

La sala de situación es un espacio físico y virtual, de convergencia en donde se relacionan diferentes saberes y actores, para el análisis de situación de salud, los factores que las establecen, así como la determinación de las soluciones más viables y factibles, evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las intervenciones, por medio de información diversa y oportuna proveniente de diferentes fuentes (Coque, 2017).

Atención Primaria de salud

La atención primaria de la salud puede satisfacer la mayoría de las necesidades de salud de una persona a lo largo de su vida, incluidos la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía. Según la OMS 1978 “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta

calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (Coque, 2017).

Han pasado más de tres décadas desde la reunión de Alma-Ata en 1979, en la reunión se fijó la meta de lograr la salud para todos en el año 2000 y fijó metas mínimas de salud para los signatarios.

El desafío es concretar metodologías para el análisis integral de la salud, de sus determinantes y su expresión diferencial por razones como el género, la etnia, la posición social o la ubicación territorial.

Esto se relaciona con la necesidad de proponer nuevos indicadores de salud positiva, así como indicadores de desigualdades e inequidades en salud. También requerirá implementar técnicas etnográficas y aplicar métodos de análisis interseccional y multinivel, que contribuyan, en conjunto, a superar el carácter lineal y descriptivo de los estudios tradicionales de salud poblacional (Lopez, 2018).

Así, en los sistemas de salud del siglo XXI se necesitan otro tipo de modelos, basados en la atención primaria holística como eje y guiados por lineamientos de salud pública, con enfoques útiles para la promoción de la salud y el sistema de salud global.

A continuación, en las tablas 10 y 11 presentan los tratados internacionales que representan relación con el derecho en salud y el respectivo año de ratificación de cada uno de los países de Sudamérica

Tabla 10.

Evolución de derecho en salud.

País	Declaración universal de derechos humanos / Convención americana sobre derechos humanos	Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales	Convención sobre los derechos del niño	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
Argentina	1984/1994 en la constitución	1986	1990	1985	2008
Bolivia	1979/2009 en la constitución	1982	1990	1990	2007
Brasil	1992	1992	1990	1984	2008
Chile	1990	1972	1990	1999	2008
Colombia	1973/1991 en la constitución	1969	1991	2007	2009
Ecuador	1977/2008 en la constitución	1969	1990	1981	2008
Guyana	No	1977	1991	1989	2010
Paraguay	1989/1992 en la constitución	1992	1990	1987	2007
Perú	1978/1993 en la constitución	1978	1990	1982	2008
Surinam	1987	2004	1993	1993	2007
Uruguay	1985	1970	1990	1981	2009
Venezuela	1977/1999 en la constitución	1978	1990	2002	2009

Nota. Evolución en derecho en salud, 1948-2006 tomado de Monroy, Pietro, Ramirez, Rivera, & Ortega, 2019, p. 232.

Tabla 11.

Marco constitucional, sistema de salud y modelos de atención en Sudamérica.

País	Marco legal	Sistema de salud	Modelo de atención
Argentina	Constitución Nacional Art. 42: "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno" (17). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integridad y la equidad "El derecho a la salud no está mencionado como tal en la Constitución sino a partir de la adhesión a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art.25) y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Argentina en 1986. Es decir, la salud aparece como derecho a partir de la adhesión a instrumentos internacionales que el país ha ratificado" (1, p27).	"Subsectores públicos, la seguridad social y la medicina prepaga" (1, p80).	"El Plan Federal de Salud 2004-2007 funciona como marco conceptual del proyecto a largo plazo y que orienta el desarrollo del sistema sanitario (sic) argentino con eje en la Atención Primaria de la Salud. El Plan Federal de Salud 2010-2016 [...] plantea el avance progresivo hacia la descentralización de acciones de promoción y prevención y la cobertura universal" (1, p152).
Bolivia	Constitución Política Art. 18: "I. Todas las personas tienen derecho a la salud [...]" III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno" (18). Art. 35: "I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos" (18). Art. 36: "I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley" (18). Art. 38: "I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados" (18). Art. 39: "I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley" (18). Art. 41: "I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación" (18).	Estructura del Sistema Salud: Subsector público Subsector de la seguridad social Subsector privado Subsector de medicina tradicional (1).	El "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural [...] Establece 4 principios: participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad, integralidad" (19, p117)
Brazil	Constitución Política Art. 6: "Son derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, el descanso, la seguridad, la previsión social, la proyección de la maternidad" (20). Art. 196: "La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación" (20).	El Sistema único de salud está estructurado en sector público y sector privado (1).	"La Estrategia Salud de la Familia (ESF) con sus equipos multiprofesionales de base territorial es el principal modelo de atención en APS" (19, p31)
Chile	Constitución Política Art. 19: "9. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud [...] (21).	El Sistema de salud es mixto, un subsistema público que se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud y un subsistema privado compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (1)	"Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria" (19, p31)
Colombia	Constitución Política Art. 48: "La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley [...] (22). Art. 49: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y regular la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control [...] (22). Ley estatutaria 1751 Art. 1: "La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección" (23). Art. 2: "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo" (23).	Existen tres tipos de regímenes: contributivo, subsidiado y especiales (1)	"Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS" (24, p44)

Escador	Constitución de la República Art. 32: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva [...]". (25). Art. 362: "1. [...] Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios" (25).	El sistema de salud está compuesto por un sector público y uno Privado (1)	"Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI)" (19, p.31).
Guyana	Constitution of Guyana Art. 24: Todos los ciudadanos tienen derecho al acceso a la asistencia médica gratuita y a servicios sociales frente a vejez e incapacidad (26; traducción propia). Art. 25: Todos los ciudadanos tienen el deber de participar en acciones para mejorar el medio ambiente y proteger la salud de la nación (26; traducción propia).	El sistema de salud está compuesto por un sector público y uno privado (1).	"El documento Visión de Salud 2020 reafirma el compromiso con la APS y la importancia en enfrentar los determinantes sociales de la salud, pero no hace referencia directa al concepto de APS" (19, p. 31).
Paraguay	Constitución de la República Art. 68: "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley dentro del respeto a la dignidad humana" (27). Art. 69: "Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado" (27). Art. 70: "La ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria" (27).	El sistema de salud está compuesto por un sector público, uno privado y uno mixto (1).	"El documento de 2008 Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad posiciona la APS como estructurante de un sistema universal [...] busca incrementar el acceso de la población excluida a través de equipos y unidades de salud de la familia [...]". (19, p. 31).
Perú	Constitución Política Art. 7: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respecto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad" (28). Art. 11: "El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento" (28).	El sistema de salud es mixto y está compuesto por un sector público y uno privado (1)	"Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-IFC)" (19, p.32).

País	Marco legal	Sistema de salud	Modelo de atención
Surinam	Constitution of the Republic of Suriname Art. 36: "1. Todos tienen derecho a la salud 2. Es responsabilidad del gobierno proveer la salud a través de la mejora constante de condiciones de vida y de trabajo e informar las medidas de protección de la salud" (29, traducción propia).	El sistema de salud consiste en subistemas de proveedores públicos y privados (1).	"El Plan de desarrollo del gobierno 'Suriname en Transformación 2012-2016', atribuye a la APS un papel central en la equidad en salud" (19, p. 32).
Uruguay	Constitución de la República Art. 44: "El estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistir en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes" (30). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integridad y la equidad "Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): Salud como derecho de todos los habitantes residentes en el país" (1, p.772)	El sistema de salud es mixto y está compuesto por un sector público y uno privado (1).	"[...] la Ley 18211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) [...] hacen mención expresa al concepto o refieren a atributos o componentes de la APS" (31, p. 8).
Venezuela	Constitución de la República Art. 83: "La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República" (32).	El sistema de salud está conformado por el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y el subsistema privado (1).	"Modelo de Atención Integral de Salud bajo principios de gratuidad, universalidad, integridad, equidad, integración social y corresponsabilidad social, y su financiamiento y gestión serán responsabilidad del Estado" (33, p.7).

Nota. Marco constitucional, sistemas de salud y modelos de atención en Sudamérica. Tomado de Monroy, Pietro, Ramirez, Rivera, & Ortega, 2019, pp.232-234.

Cabe señalar que las leyes de cada país son creadas de acuerdo a los estándares internacionales y el cumplimiento de las obligaciones es responsabilidad de los estados, sin embargo, existe una falta de conciencia pública

sobre las herramientas para garantizar los derechos y la atención en salud hace que este derecho sea más vulnerable.

En el caso de, América Latina debe encaminarse hacia sistemas de salud basados en APS participativos, con líderes con inteligencia emocional, que descubran sus propios eventos transformadores, busquen la calidad y combinen varios tipos de liderazgo. Deben ser estrategias para liderar al sistema en su transición hacia organizaciones recipientes, y “alquimistas” para lograr verdaderas transformaciones en salud, con la voluntad y humildad de quien trabaja para alcanzar la salud universal (Puertas, Sotelo, & Ramos, 2020).

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 7

La respuesta social a los problemas
de salud y su impacto sanitario.



SABEREC 5.0

Los esfuerzos de la ciencia a escala global son vistos como responsables de generar recomendaciones terapéuticas y de acción social para prevenir o reducir la propagación de enfermedades, brotes y pandemias, y de brindarle al gobierno las herramientas para una buena gobernanza. situación.

Las ciencias sociales, la economía, la política, los medios de comunicación, la psicología y las artes desempeñan papeles importantes en los entornos y procesos sociales. Más que nunca se vislumbra la importancia de este enfoque social de la salud, sobre todo para actualizar y aportar insumos teóricos y metodológicos previamente recibidos para la situación social y epidemiológica, que vive el mundo en el siglo XXI.

Para Macías (2020), resulta importante la utilización de aparatos conceptuales ya elaborados como la interpretación de la actualidad con ayuda de la concepción de la salud como proceso de respuesta social, que la define precisamente como el modo de actuación de la sociedad como un todo ante el problema de la salud- enfermedad, la forma de concebir, organizar y controlar la actividad de atención y prevención de las enfermedades; la educación y la promoción de la salud; el accionar de las instituciones que propician otros servicios de sostenimiento en la sociedad y el accionar de la población en el sentido más general.

La respuesta social no solo se refiere a la población, al ámbito de la subjetividad de los diversos actores sociales, sus representaciones, conocimientos y actitudes, que muchas veces se identifican solamente con el concepto percepción del riesgo; tiene además un carácter institucional relacionado al concepto de Sistema de Salud y sus componentes, la política de salud, mediante la cual se organizan, planifican y ejecutan acciones y programas de salud (Macias, 2020).

A Juicio de Pastor (2021), el trabajo social con comunidades contribuye, al fortalecimiento de los grupos y las organizaciones sociales con enclave territorial para que sean protagonistas en la mejora de sus condiciones y calidad de vida.

También la respuesta social abarca la participación de otros elementos institucionalizados de la sociedad, entiéndase, de otros sectores de los servicios sociales. Por tanto, la respuesta social presenta las dimensiones: política, institucional y poblacional. Estas dimensiones han sido a su vez operacionalizadas y utilizadas inicialmente en un caso de estudio de salud y permite estudiar los nuevos contextos con ayuda de un abanico diverso de indicadores sociales (Macias, 2020).

En este contexto, uno de los casos más recientes, fue en el año 2019 cuando la OMS declaró Pandemia por Covid-19. El impacto por coronavirus ha sido profundo en la salud global, los servicios de salud y la economía y representa, quizás la amenaza más crítica para la salud pública dentro de esta generación (Rivillas, y otros, 2020).

El estallido de la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 conlleva cambios continuos y repentinos en la salud, las relaciones sociales, las condiciones de vivienda, el trabajo, la economía, el consumo, el entretenimiento (micro y macro), así como la percepción de las condiciones y la calidad de vida.

En estos escenarios tan crítico, es donde se han gestado/construido prácticas comunitarias en el ámbito local vinculadas con el trabajo social con comunidades. Experiencias con diferentes diseños, agendas, propósitos y alcances, pero con el denominador común de cohesión social territorial (Pastor, 2021).

A Juicio de Filgueira, Galindo, Giambruno, & Blofield (2020), la pandemia del COVID-19 está generando en el mundo y en América Latina una triple crisis combinada y asimétrica: sanitaria, económica y social. Por otra parte, la región presenta debilidades estructurales que generan fuertes dificultades para abordar el triple desafío de contención epidemiológica, recuperación económica y mitigación de los costos sociales.

Para Rillo (2018), la salud, como se ha visto, está determinada por la organización social. Una sociedad sana es la que desarrolla las capacidades del hombre; una sociedad insana es la que menosprecia la vida humana y convierte al hombre en instrumento de uso y de explotación para otros.

La respuesta social. Un camino

El concepto de respuesta social en el campo de la medicina, se ha utilizado desde la década de 1990 del siglo XX. Y esta concepción de respuesta social también ha sido utilizado como respuesta social organizada: donde el sistema de salud puede entenderse en abstracto como un instrumento de respuesta social que puede ser organización para el estado de salud de las personas. Se entiende por participación comunitaria la participación directa y autónoma de la comunidad, o un mecanismo vinculado a los programas desarrollados por el estado, como contribución a la satisfacción de las necesidades de la comunidad para desarrollar y ejecutar mejor las propuestas.

La participación comunitaria en salud fue definida en la Conferencia de Alma Ata como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asu-

men responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, mejorando la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario. (Suárez, Martínez, García, & Palacio, 2018, p.48)

La participación comunitaria se manifiesta cuando el hombre llega a ser sujeto activo al reflexionar sobre su situación, sobre su ambiente concreto. Mientras más recapacita sobre la realidad, más emerge consciente, comprometido y listo para cambiarla. Esta acción está impulsada por la necesidad, y por ende, por un contexto conflictivo y persistente que necesita solución. (Reiner, Cruz, & Orozco, 2019, p.223).

En la misma línea de ideas, La Organización Mundial de la Salud considera que el término participación puede ser interpretado de tres maneras distintas: como contribución, en el que la comunidad aporta trabajo o materiales; como organización, en el sentido de estructuras que faciliten la interacción o como empoderamiento a través de grupos generalmente marginados organizados para el control de programas (Chirino, 2017). De acuerdo con este autor, la participación comunitaria es un enfoque metodológico usado en la planificación y ejecución de proyectos locales con miras a la búsqueda de solución de problemas y del propio desarrollo de las comunidades (p.16).

En atención a esto se puede señalar que, el espacio comunitario en la respuesta social está más cerca de la necesidad, por lo que, la comunicación de los actores entre sí permite conocer las soluciones necesarias. Macías (2020), refiere que la respuesta social a los problemas de salud es aquella que se produce en forma:

1. Directa: dirigida a los problemas de salud, mediante acciones preventivas o recuperativas a los enfermos o a las poblaciones en riesgo de enfermarse, generalmente a través de instituciones o servicios de salud, que producen efectos en la disminución de enfermedades específicas.
2. Indirecta: dirigida a los factores condicionantes, mediante acciones generales que redundan en bienestar y mejoría de las condiciones de vida de un amplio sector de la población, que producen efectos en la disminución generalizada de enfermedades.

Desde la Administración sanitaria, la participación ciudadana se vincula habitualmente con órganos o procesos muy reglados diseñados «de arriba abajo». Aunque estos permiten recoger intereses y perspectivas relativamente diversas, en muchas ocasiones son estructuras rígidas, poco o nada bidireccionales, y en las que fundamentalmente se representan los colectivos,

las asociaciones o los agentes sociales más formalmente establecidos (Casetti, Paredes, Lopez, García, & Salamanca, 2018, p.42).

Existe un amplio consenso de que una mayor participación de la ciudadanía favorecerá el desarrollo de una sociedad más democrática, un mayor respeto a las garantías individuales, se legitimarán las políticas de salud y se asignarán los presupuestos de forma más equitativa porque se adoptarán decisiones más inteligentes. De esta participación se espera un mayor éxito en la implantación de las políticas sanitarias, mejorar la prestación de servicios sanitarios, favorecer la alfabetización en salud, potenciar la implicación de las personas en el logro de resultados, incrementar el alcance de la participación de las asociaciones ciudadanas en la acción de gobierno y contribuir a la sostenibilidad mediante un uso más responsable de los servicios sanitarios (Mira, y otros, 2018).

Se puede señalar que la participación comunitaria está estrechamente ligada a la salud comunitaria la cual podría definirse como acciones para mejorar la salud de la comunidad, o simplemente acción comunitaria para la salud y acción comunitaria en salud. Además, fuera del sector sanitario prefieren referirse a ello como «acción comunitaria» o «acciones para mejorar el bienestar de la comunidad», evitando el uso de un término muy cargado de connotaciones específicamente sanitarias como es «salud» y empleando en su lugar otro mucho más amplio como es «bienestar» (Sobrino, Hernan, & Cofiño, 2018).

En el territorio local existen numerosos agentes que tienen influencia para mejorar el bienestar de una comunidad trabajando desde diferentes sectores. Desde este nivel es posible desarrollar acciones comunitarias con un carácter verdaderamente intersectorial e interdisciplinario. En este sentido, puede resultar de utilidad categorizar los procesos comunitarios.

Elementos fundamentales que deben considerarse en toda acción comunitaria en salud

De acuerdo a Sobrino, Hernán, & Cofiño (2018), han identificado los principales temas de discusión en relación con las acciones par a mejorar la salud de una comunidad.

- Participación: Se considera un requisito imprescindible de toda acción comunitaria una valoración del grado de participación que cada proceso permite a la comunidad en su conjunto.
- Equidad: las acciones comunitarias son una herramienta fundamental en el abordaje de las desigualdades sociales y su impacto concreto en el bienestar de las comunidades.

- La evaluación de las acciones: es también el único modo que se tiene para poder valorar su impacto en salud, así como para detectar sus efectos indeseables, que también existen e incluso pueden llegar a incrementar las desigualdades sociales. (p.9)
- Ahora bien, cabe la pregunta de ¿cómo evaluar estas acciones de participación comunitaria, y mejorar el sistema sanitario? y es que dichos autores lo refieren en un modelo ubicado en la tabla 12

Tabla 12.

Niveles de acción para mejorar la salud comunitaria.

	Marcos teóricos	Atención primaria	Salud pública
Nivel 1 "Pasar consulta mirando la calle"	- Modelo biopsicosocial. - Atención individual orientada a la comunidad. - Educación para la Salud con perspectiva de determinantes.	- Utilización de un abordaje biopsicosocial. - Modelo de cuidados y atención centrada en las personas y su contexto. - Trabajo integrado del equipo de atención primaria. - Recomendación de activos para la salud. - Integrar la perspectiva de equidad en la práctica clínica.	- Ofrecer información epidemiológica sobre los determinantes de salud de los territorios que puedan ser útiles para conocer la realidad de la práctica clínica. - Ofrecer información sobre los activos existentes en los territorios que puedan ser útiles para conocer la realidad de la práctica clínica.
Nivel 2 "Educación grupal trabajando sobre las causas de las causas"	- Educación para la Salud con perspectiva de determinantes. - Procesos Correctores Comunitarios (ProCC). - Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE).	- Trabajar con modelos de aprendizaje significativo. - Trabajar con prácticas educativas empoderadoras.	- Apoyo en la metodología y formación para desarrollar intervenciones grupales. - Coordinación entre los diferentes proyectos de promoción de la salud que se desarrollan en los territorios. - Apoyo a la evaluación de estas acciones.
Nivel 3 "El centro de salud no es el único centro de salud"	- Modelo Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). - Modelo ABCD (Asset-Based Community Development). - Desarrollo social comunitario. - Acción comunitaria.	- Participación y acompañamiento de procesos comunitarios que estén en marcha. - Impulso y dinamización de procesos comunitarios.	- Participación y acompañamiento de procesos comunitarios que estén en marcha. - Coordinación con otros sectores que ya estén trabajando en los territorios (por ejemplo cultura, medio ambiente, igualdad, participación...) - Apoyo metodológico en las diferentes fases de un proceso comunitario: análisis de la situación (de las necesidades y de los activos), priorización, búsqueda de evidencias, evaluación.
Comunes a todos los niveles: - Realizar una apuesta política hacia servicios de atención primaria y de salud pública de calidad. - Realizar una apuesta política y estratégica hacia una atención primaria y una salud pública con orientación comunitaria. - Potenciar el papel de los equipos y de las estructuras directivas de atención primaria para realizar abogacía en salud sobre elementos relacionados con determinantes sociales.			

Nota. Propuesta de niveles de trabajo desde atención primaria y salud pública: marcos teóricos y roles desde atención primaria y salud pública. Tomado de Sobrino, Hernan, & Cofino, 2018, p.10.

La participación significa que "las personas actúen activamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas". La participación comunitaria y social también es orgánica y se refiere a la interacción de muchos participantes en el sistema social. Asimismo, se reco-

noce que las acciones, particularmente en lo que respecta a la salud a nivel local, serán el resultado de una coalición negociada permanente a medida que cambian las condiciones y dinámicas de una sociedad, localidad o grupo social.

La salud comunitaria y la promoción de la salud son expresión de proyectos que buscan profundizar en la democracia y en la igualdad social. Para los profesionales de la salud esta supone la rotura de la relación de continuidad entre las prácticas tradicionales y las nuevas prácticas en salud que pueden contribuir a una ciudadanía autónoma, socialmente solidaria y saludable. (Nieves, y otros, 2018).

La participación comunitaria se mejora a través de la organización comunitaria, donde la comunidad toma la iniciativa para identificar problemas y resolverlos juntos. Se deben promover líneas de investigación relacionadas con la participación comunitaria para producir resultados que agreguen valor al sistema y faciliten el desarrollo de estrategias que orienten el desarrollo de espacios de participación comunitaria en proyectos de promoción de la salud y contribuyan al fortalecimiento de las organizaciones comunitarias. **Z+UJH+U**en los últimos años n todos los grupos etarios se ha evidenciado un aumento en el número de usuarios de esta tecnología (Rodríguez, Agentes comunitarios en salud: Reflexiones sobre sus practicas y aportes en la promoción de la salud, 2021). Todo esto refuerza la idea de que un actor comunitario también debe adaptarse a los tiempos cambiantes, las nuevas tecnologías, avances en medicina y las nuevas comunidades, con formas de ver y comprender el mundo de manera holística.

Redes de apoyo

La familia es la primera red de apoyo social que tiene una persona a lo largo de la vida, por lo que se piensa que este caso funciona como una protección frente a las funciones que produce la vida cotidiana.

Y es quizás la más frecuente red de intercambio que se presenta en nuestras comunidades estructurada desde la familia. La familia puede convertirse en el principal agente protector siempre y cuando, promueva un ambiente saludable.

Señala Morales & Díaz (2020) que, se le considera la principal red social con la que cuentan sus integrantes para desarrollar destrezas y superar los problemas, o en su contraparte como inhibidora de comportamientos pertinentes para sobrevivir en sociedad. (p.6)

La concepción en torno a las redes de apoyo social se establece a partir de las categorías de apoyo social y capital social. Las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. Se estructuran y toman sentido los roles sociales (Fuste, Pèrez, & Paz, 2018). Estos autores afirman, además, que, son clasificadas en formales (para denominar aquellas institucionalizadas y reconocidas de forma oficial) y las informales (para denominar a los vínculos que realiza el individuo a partir de sus relaciones interpersonales y familiares).

Las redes de apoyo social varían en dependencia de la edad y características de los individuos. Por ejemplo, para el caso de las tipologías de redes de apoyo en la tercera edad se observan de la siguiente manera en la figura 12

Figura 11.

Redes de apoyo en la tercera edad.



Nota. Redes de apoyo en la tercera edad. tomado de (Fuste, Pèrez, & Paz, 2018)

Gallego, Lineros, Nuin, & Sastre (2018) enfatizan que las redes de salud comunitaria son útiles porque permiten un trabajo horizontal y facilitan recursos, formas de hacer y enfoques más globales y adaptados a los diferentes contextos. Es importante seguir investigando en el papel de las redes, analizando sus trayectorias, metodologías y resultado. Algunos puntos claves, de acuerdo a estos autores son:

- Una red es una estructura de nudos y relaciones, un sistema de elementos interconectados, que sostiene y proporciona apoyo y legitimidad al trabajo. Implica un espacio común, un sentimiento de pertenencia y que se conforme a lo largo de un proceso.
- Tipos de redes: las que comparten un mismo territorio y población; las que comparten un tipo de escenario o proyecto, pero sus nudos están en diferentes espacios; y las redes de redes, como la Alianza de Salud Comunitaria.

- La confianza en la red se genera con respeto, con un lenguaje común y tiempo. Atención a las instituciones promotoras de las redes con generar duplicidades o luchas de poder.
- Las redes establecen una misión y un plan de acción, pero tienen que ser flexibles a las necesidades y las situaciones cambiantes.
- Hay que tener en cuenta la capacidad innovadora de las redes. El trabajo en equipo multiplica la creatividad, por lo que hay que asegurar que se facilita la participación a todas las personas.
- La evaluación de la red supone analizar la autonomía de gestión, cómo se lidera, de qué forma se reparten los roles o se toman las decisiones, la calidad de las relaciones internas, los vínculos, la sinergia alcanzada, la formación y la innovación, y la proyección de la red hacia el exterior y su capacidad de integración. (p.64)

De la misma manera, el estudio de los problemas de salud logra integralidad, cuando parte de su consideración como problema social. La necesidad de estos estudios se justifica en la medida en que se comprenda que la salud humana es un fenómeno dinámico que se desarrolla en un contexto cultural, político, social y económico determinado y en total dependencia del desarrollo social (Villarreal, 2020).

Es importante destacar la importancia del conocimiento in situ de la comunidad y sus interacciones, en una especie de descripción de redes de las personas, familias o comunidad, que sirva como base para futuros estudios e interpretaciones más profundas de las relaciones o conexiones entre ellas, continuar investigando su papel, analizando sus trayectorias, metodologías y resultados, en especial el impacto en el comportamiento y el estado de salud de los individuos. Teniendo en cuenta que las redes de apoyo social y comunitaria se deben a la forma de vida de la comunidad, las necesidades de los proyectos públicos para fortalecer sus documentos sociales, tratando de compensar las inequidades en salud.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 8

Redes Comunitarias y Soporte Social
como Recurso para el Cuidado y el
Mantenimiento de la Salud



SABER**EC** 5.0

En un mundo cada vez más interconectado, las redes comunitarias y el soporte social emergen como pilares fundamentales en el cuidado y mantenimiento de la salud. Estas estructuras no solo fomentan la cohesión social, sino que también proporcionan un entorno propicio para el bienestar físico y emocional de los individuos. Las comunidades que se organizan en torno a intereses comunes, valores compartidos y objetivos de salud colectiva pueden ofrecer recursos valiosos, desde el intercambio de información y conocimientos hasta el apoyo emocional y práctico en momentos de necesidad.

El cuidado de la salud no se limita a la atención médica formal; se extiende a las relaciones interpersonales y al sentido de pertenencia que cada individuo experimenta dentro de su comunidad. Las redes comunitarias pueden actuar como un sistema de soporte que no solo ayuda a prevenir enfermedades, sino que también promueve estilos de vida saludables y resiliencia ante crisis. En este contexto, es esencial explorar cómo estas dinámicas sociales contribuyen a mejorar la calidad de vida y cómo su integración en políticas de salud pública puede transformar la forma en que entendemos y abordamos el bienestar en nuestras sociedades.

Definiciones

En primer lugar, encontramos que desde el punto de vista de Pérez (2020):

Las redes comunitarias y de soporte social son estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre diferentes actores o miembros de un territorio, instituciones, organizaciones o grupos de diferente tipo, los cuales coordinan acciones conjuntas con el propósito de compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales...) para generar alternativas que les permitan potenciarlos (generar sinergias), en pos de un objetivo común, la solución de problemas o la satisfacción de necesidades.

Redes comunitarias

En segundo lugar, es relevante señalar a la Cumbre Latinoamericana de Redes Comunitarias, mencionada por NIC ARGENTINA (2019), donde se define:

“Las redes comunitarias son redes de propiedad y gestión colectiva de la comunidad, sin finalidad de lucro y con fines comunitarios; se constituyen como colectivos, comunidades indígenas u organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro, que ejercen su derecho a la comunicación, bajo principios de participación democrática de sus miembros, equidad, igualdad de género, diversidad y pluralidad”. (p. 1)

En tercer lugar, es importante indicar a FasterCapital (2024), donde se explica que las redes comunitarias y sus fundamentos, en el núcleo de cualquier cambio social significativo se halla la compleja red de relaciones que vinculan a los individuos con un grupo más amplio.

Done esta interconexión, frecuentemente expresada mediante la creación de redes comunitarias, actúa como un componente esencial para la innovación y el impacto social. Va más allá de las simples interacciones digitales o físicas, integrándose en el tejido de experiencias compartidas y apoyo recíproco. La esencia de este concepto se fundamenta en varios valores clave que no solo delinean su propósito, sino que también orientan su implementación.

Asimismo, la inclusividad asegura que cada voz, sin importar su volumen o dialecto, tenga cabida en el diálogo. Por ejemplo, una red comunitaria puede ofrecer servicios de traducción para incluir a hablantes no nativos en la toma de decisiones locales.

Donde el empoderamiento implica dotar a las personas de herramientas y oportunidades para moldear el futuro de su comunidad, como una plataforma que permita a los residentes financiar proyectos colectivos. La colaboración promueve que diversas entidades trabajen juntas hacia metas comunes, como las alianzas intersectoriales que abordan problemas sociales complejos, como la falta de vivienda.

De igual manera, la sostenibilidad busca fomentar prácticas que garanticen la viabilidad a largo plazo. La transparencia se manifiesta en operar con apertura para construir confianza y responsabilidad, como en foros abiertos para la toma de decisiones comunitarias. Finalmente, la innovación implica la adopción de nuevas ideas para resolver problemas antiguos, como la organización de hackatones para desarrollar soluciones tecnológicas a desafíos locales. A través de estos valores, las redes comunitarias se convierten en motores de cambio social.

En el mismo orden de ideas, también es relevante señalar a Soriano (2023), el cual manifiesta que el apoyo social abarca las distintas formas de ayuda, comprensión y respaldo que una persona obtiene de su red de relaciones, incluyendo amigos, familiares, colegas y miembros de la comunidad.

De igual manera para apreciar la relevancia del apoyo social, es esencial entender que los seres humanos somos inherentemente sociales. Desde el nacimiento, buscamos establecer vínculos con otros, los cuales son vitales para nuestro desarrollo y bienestar. Un infante que recibe amor y atención de sus progenitores se desarrollará con mayor seguridad y estabilidad emocional

que aquel que experimenta indiferencia o abandono. Asimismo, a lo largo de nuestra vida, las relaciones y el apoyo que estas ofrecen son fundamentales en la formación de nuestra identidad y en nuestra capacidad para enfrentar los retos que se nos presentan.

Encontramos que según Ochoa (2019), el soporte social se puede entender como la presencia o disponibilidad de personas de confianza, quienes demuestran preocupación, aprecio y valoración hacia el individuo. Esta variable tiene un impacto positivo, ya que no solo brinda asistencia técnica y tangible, sino que también ofrece apoyo emocional a través de grupos o personas, generando efectos beneficiosos para el receptor.

Además, el apoyo social puede estructurarse de manera organizada y accesible para todos, siendo proporcionado por diversas instituciones de salud. Estas instituciones, mediante un equipo multidisciplinario, ofrecen un respaldo que actúa como un factor protector frente a situaciones adversas de la vida cotidiana, especialmente aquellas relacionadas con el estrés, la angustia y la incertidumbre que surgen de los procesos de enfermedad, tratamiento y cuidado.

De igual manera, tal como lo señala Jara (2021), el apoyo social abarca diversos niveles, incluyendo el Análisis Comunitario, las Redes Sociales y las Relaciones Íntimas; sin embargo, la mera existencia de relaciones no garantiza la oferta de apoyo. Elementos como el Apoyo Emocional, el Apoyo Material y el Apoyo Informacional son componentes esenciales que forman parte del Apoyo Social.

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020), las redes de apoyo social se definen como el conjunto de relaciones que conectan a un individuo con su entorno social, así como con personas con las que establece lazos de solidaridad y comunicación para atender necesidades específicas.

Donde estas redes pueden variar en tamaño y alcance en función del bienestar material, físico o emocional de sus miembros, así como de su compromiso y participación activa en el fortalecimiento de la sociedad. Son dinámicas y están compuestas por personas, a partir de dos, que comparten intereses y principios cívicos, adoptando valores de reciprocidad, no violencia y acción voluntaria.

Las redes de apoyo social se caracterizan por:

- Fuerte sentido de solidaridad entre sus miembros.

- Estas redes son diversas e inclusivas, abarcando personas de diferentes edades, géneros, condiciones económicas y creencias.
- Operan de manera autónoma, guiadas por los criterios establecidos por sus propios integrantes.
- Su objetivo es alcanzar metas específicas que surgen de las necesidades identificadas.
- La reciprocidad es fundamental, ya que se da y se recibe en función de las circunstancias de cada individuo o grupo.
- Se produce interacción tanto entre los miembros como con elementos externos, incluyendo la sociedad y diversas instituciones.
- Estas redes son dinámicas, adaptándose y renovándose conforme a las exigencias del entorno a lo largo del tiempo.
- Además, son efectivas en la búsqueda de soluciones a diversas problemáticas que enfrentan.

Redes Comunitarias y Soporte Social

Donde según Pérez (2020), la familia actúa como una red fundamental de apoyo y soporte social. Desde el inicio de la vida, la familia se convierte en la primera fuente de respaldo para el individuo, protegiéndolo de las tensiones inherentes a la vida diaria. Este apoyo familiar es esencial para promover y mantener la salud, así como para prevenir enfermedades y sus consecuencias, además de ofrecer soporte durante los cambios y desafíos que se presentan a lo largo del ciclo vital en un contexto social.

Asimismo, la familia es considerada el microsistema más relevante, ya que moldea la vida de los individuos; a pesar de las transformaciones en su estructura y funcionamiento a lo largo del tiempo, continúa siendo la unidad fundamental de la sociedad. En el ámbito de la salud, desempeña un papel crucial en el desarrollo, mantenimiento y recuperación de cada uno de sus integrantes, especialmente en el caso de aquellos que sufren enfermedades crónicas, ya que puede tener un impacto positivo en la identificación de señales de alerta y facilitar la búsqueda de atención médica, así como el acceso y la adherencia al tratamiento.

De igual manera, si el grupo familiar cuentan con algún miembro con discapacidad. Aquellos que se encuentran en la primera línea de esta complicada situación, que impacta profundamente la vida personal, la dinámica familiar y la interacción social, deben reestructurar los roles, las responsabi-

lidades y la economía familiar en relación con el cuidado de la persona con discapacidad.

Ahora bien, en las redes comunitarias relevantes de las comunidades no familiares y confidenciales, se destacan los amigos y otros individuos, como los vecinos, que son fundamentales para el desarrollo del tejido social y el bienestar de las personas y familias, ya que facilitan el apoyo emocional y práctico en el funcionamiento del barrio o las comunidades.

Donde los individuos interactúan con su entorno cultural de manera íntima, incorporando elementos de este y contribuyendo con sus propias experiencias. De este modo, las redes sociales pueden tanto salvaguardar y promover la salud de una persona y de una comunidad en un área específica, como también inducir a comportamientos de riesgo. En resumen, la calidad de las relaciones sociales y la cohesión social determinarán si son beneficiosas o perjudiciales para la salud colectiva.

En el mismo orden de ideas para Gállego citado por Pérez (2020), la salud comunitaria, sin la existencia de redes, parece inalcanzable; esto implica que los individuos y las familias de una comunidad requieren de estas conexiones y colaboraciones no solo para mejorar su calidad de vida y salud, sino también para fortalecer el tejido social.

De igual manera en opinión de Pérez (2020), un aspecto fundamental es la integración de los servicios de salud con la comunidad y las organizaciones de atención médica, dado que estas interrelaciones pueden facilitar el uso eficiente de la red en su totalidad. Es esencial contar con una red social sólida y relaciones duraderas para abordar adecuadamente las enfermedades o las limitaciones funcionales que puedan surgir.

Donde se pueden incluir a la institución educativa que no solo se dedica a la formación académica, sino que también actúa como un soporte para las familias y la comunidad. A través de diversas actividades de formación integral, se fomentan habilidades para la vida y el cuidado de la salud en niños y adolescentes, abordando temas significativos como la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la alimentación y el ejercicio, con el objetivo de promover estilos de vida saludables.

También es relevante mencionara a diversos entornos urbanos los cuales tienen el potencial de mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida, gracias a la variedad de recursos sociales y humanos disponibles. Estos incluyen las redes sociales de organizaciones comunitarias, fundaciones y proveedores de servicios, tanto formales como informales, que se transforman

en elementos esenciales para las iniciativas de promoción de la salud en colaboración con diferentes organizaciones.

Donde una organización adicional es la religiosa, valorada por la comunidad no solo por el respaldo espiritual y emocional que ofrece, sino también como un lugar donde las personas pueden reunirse y brindarse apoyo mutuo en las actividades sociales que organizan en beneficio de la comunidad.

También, las organizaciones deportivas contribuyen a establecer el deporte como un elemento de apoyo social, ya que facilitan el contacto entre individuos; de este modo, el deporte se convierte en una herramienta para promover la salud, ampliar las relaciones sociales y fortalecer la autoconfianza.

En síntesis, es relevante indicar a Vizcaíno citado por Fiallo (2021), donde indican que las personas que experimentan un elevado apoyo social presentan un autoconcepto positivo, un enfoque más efectivo para enfrentar el estrés, una autoestima y autoconfianza superiores, un mayor control personal y un bienestar subjetivo más elevado, además de una mejor salud en general. Por lo tanto, el apoyo social proporcionado de manera adecuada se puede considerar un recurso esencial para la adaptación del individuo a las demandas del entorno

El papel de las redes comunitarias en la pandemia provocada por la COVID-19

Tal como lo expresa el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2020), las redes comunitarias constituyen mecanismos de cooperación destinados a abordar un bien o desafío compartido, específicamente la crisis socio-sanitaria generada por la pandemia de COVID-19, en una región específica.

Asimismo, las redes comunitarias desempeñaron un papel crucial en la gestión de la crisis social y sanitaria provocada por la COVID-19. Organismos internacionales, como la OMS y el ECDC, destacan que estas redes contribuyeron en la reducción de la propagación del virus y su impacto social, ya que facilitaron el apoyo mutuo, la distribución de responsabilidades y la colaboración en recursos. Asimismo, aseguraron una comunicación activa y bidireccional, lo que amplió el alcance de las intervenciones y permitió atender a toda la población de manera más efectiva.

Es relevante resaltar las necesidades particulares identificadas durante la pandemia de COVID-19, que fueron abordadas por las redes comunitarias, abarcaron las siguientes dimensiones:

- La transmisión de información abarca medidas de protección y promoción de la salud, la situación epidemiológica local, los recursos disponibles en la comunidad, la desinformación, la protección contra el estigma, entre otros aspectos.
- Es fundamental rastrear las necesidades en un entorno que está en constante cambio.
- Se requiere un acompañamiento emocional que contemple el duelo, la prevención de la soledad no deseada y los problemas de salud mental, así como la elaboración colectiva de los traumas asociados para evitar la psicopatologización.
- Los cuidados deben extenderse a la infancia, personas mayores, enfermas, con diversidad funcional y a las cuidadoras, tanto familiares como remuneradas.
- Es esencial garantizar la cobertura de necesidades básicas como vivienda, alimentación, medicamentos, atención sanitaria, medidas de protección, movilidad, comunicación y educación.
- Se debe identificar a las personas y grupos vulnerables, así como las barreras que impiden el acceso a la información y a las medidas implementadas, destacando la brecha digital y la brecha idiomática como dos de las más significativas.
- La identificación de recursos y activos para la salud y el bienestar incluye grupos de apoyo, asociaciones, voluntariado, redes vecinales, establecimientos colaboradores y servicios sociosanitarios.
- Es crucial prevenir la infección, detectar casos y contactos, proporcionar cuidados, ofrecer apoyo durante la cuarentena y facilitar el tratamiento.

Apoyo social durante la pandemia provocada por la COVID-19.

En el mismo orden de ideas, de igual manera Fiallo (2021), expone que permanecer durante un período extenso en confinamiento social puede provocar malestar psicológico; por ello, fomentar actividades que ofrezcan apoyo emocional, instrumental e informativo facilita una mejor adaptación a esta nueva fase.

Las redes sociales de carácter comunitario y de apoyo para la calidad de la salud

Según Pérez (2020), las redes sociales comunitarias y de apoyo son fundamentales para mejorar la calidad de vida y la salud de individuos y comunidades, ya que deben facilitar en la práctica cotidiana el acceso a diversos tipos de apoyo: emocional, que incluye motivación, cuidado, simpatía y comprensión; de recursos, que abarca dinero, alimentos, transporte, apoyo laboral y necesidades económicas; de evaluación, que se refiere a la toma de decisiones sobre tratamientos, asesoramiento y referencias; espiritual, que se centra en fomentar la confianza y el valor en la vida; y apoyo instrumental, que implica asistencia en actividades diarias como acompañamientos al hospital, tareas del hogar y cuidado infantil.

Desde el punto de vista de Hernández (2024), una de las principales ventajas de las redes sociales en el ámbito de la salud y al servicio de la comunidad es la posibilidad de acceder de manera rápida e inmediata a información médica de alta calidad.

Asimismo, estos canales permiten a los usuarios y la comunidad seguir a profesionales de la salud, hospitales, organizaciones sanitarias y asociaciones de pacientes, lo que les ayuda a estar informados sobre los últimos avances médicos, noticias del sector y recomendaciones para el cuidado personal, entre otros aspectos.

Donde esto facilita la democratización del acceso a la información sanitaria, otorgando a los usuarios la oportunidad de mantenerse informados sobre temas de salud y encontrar referentes que les ayuden a tomar decisiones más informadas sobre su bienestar. Además, las redes sociales juegan un papel crucial en la sensibilización y prevención de enfermedades.

Sin duda, estas iniciativas no solo aumentan el conocimiento del público, sino que también promueven la prevención y la detección temprana de enfermedades, lo cual puede ser determinante para salvar vidas.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 9

Políticas para la equidad en salud,
panorama político de la salud
poblacional (Organización,
Movilización y Epidemiología
Comunitaria)



SABER**EC** 5.0

En las condiciones del convulso siglo XXI la salud se legitima como uno de los bienes más preciados, condición indispensable para garantizar el proceso de producción y reproducción social, el desempeño de roles y la realización de la vida cotidiana, como elementos esenciales para lograr una adecuada calidad de vida.

En América Latina (AL), los altos niveles de desigualdad requieren mejorar la salud de los grupos económicos más desfavorecidos. Para que la política de salud pública no solo mejore la salud de las personas, sino que también reduzca la desigualdad, debe estar estrechamente integrada con otras políticas de protección social. En AL, el mayor reto de los gobiernos debería ser disminuir las desigualdades socioeconómicas que impiden un desarrollo más equitativo, integral e inclusivo.

Entre los países, los sistemas de salud, aunque distintos en su estructura y modelo de financiación atienden a una población vulnerable, en envejecimiento y con un perfil epidemiológico donde predominaban las enfermedades no transmisibles (Nogueira, Goncalves, & Akerman, 2021)

Afirman Terán y otros (2017), que según el Global Health 2035: el mundo se encuentra confluyendo en una generación para lograr convergencia al año 2035 en relación a problemas de salud acuciantes para la humanidad como la reducción de las tasas de mortalidad materna, infantil y las enfermedades infecciosas, se requiere ampliar las herramientas de salud existentes en especial las nuevas tecnologías a financiarse mayoritariamente por recursos provenientes del crecimiento económico estimado a nivel mundial, las políticas fiscales y la universalización progresiva de la cobertura de salud que logre la protección de los más pobres contra los riesgos financieros (p.2).

Una política surge a partir de un proceso consultivo complejo con la pretensión de lograr beneficios para la población a partir de la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, lo que impone que los diversos aspectos relacionados con la gestión de la política deben estar actualizados, para responder a las necesidades y los cambios que experimenta una sociedad. En América Latina algunos países disponen de una política nacional de medicamentos; sin embargo, otros solo disponen de listas de medicamentos esenciales (Jimenez, 2018, p.398).

A este respecto, la OMS estima que entre 20 y 40% del gasto sanitario se desaprovecha por ineficiencia. La consecuencia es que un porcentaje de la población no tiene acceso a los servicios de salud, o en otras circunstancias, accede a una oferta de servicios más limitada que la que potencialmente po-

dría tener. Por ello, los análisis de eficiencia que comparan el gasto de los sistemas sanitarios de los diferentes países y los resultados de salud que obtienen han adquirido importancia (Melgen & Garcia, 2017, p.584).

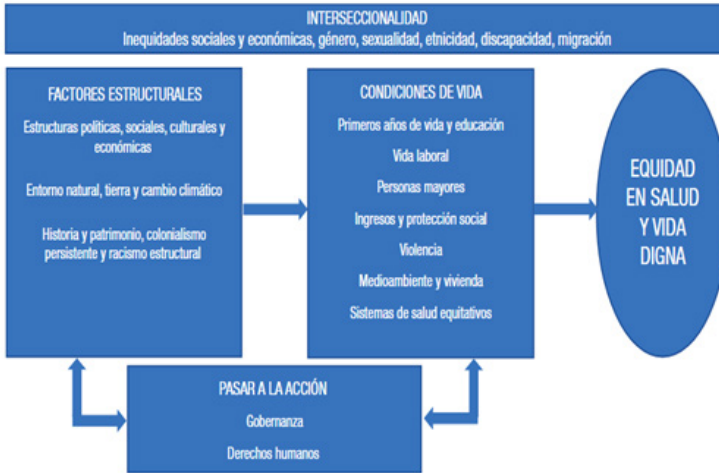
Dicho esto, la Red de las Américas para la Equidad en Salud (RAES) es una red multidisciplinaria cuyo objetivo es promover el intercambio de conocimientos y la acción intersectorial para la equidad en salud y los derechos humanos en las Américas (Castro, y otros, 2020, p 1)

Afirman, además, que la RAES promueve un modelo multidimensional de análisis: la determinación y los determinantes sociales de la salud y del bienestar, la salud en todas las políticas y la salud planetaria, perspectiva que considera la interacción ponderada entre la humanidad y los sistemas naturales para promocionar la salud, el bienestar y la equidad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Para ello es imprescindible implementar, de forma intersectorial y colaborativa, políticas públicas de salud, educación y protección social y contar con seguridad humana y la preservación del planeta, y se requiere que las dimensiones económica, social y ambiental que constituyen los determinantes sociales de la salud se aborden de manera integrada. Como se observa en la siguiente figura 13.

Figura 12.

Marco conceptual del impacto de los determinantes sociales de la salud.



Nota. Marco conceptual del impacto de los determinantes sociales de la salud en la equidad de la salud, tomado de Castro, y otros, 2020.

Alineada con el modelo de determinantes de la salud, la base axiológica de la medición de desigualdades en salud yace en el actual paradigma eco-epidemiológico, ese conjunto de modelos y valores que reconociendo la presencia de múltiples niveles de organización (desde lo microcelular hasta lo macrosocial) y la compleja trama de interacción multicausal entre ellos forman una estructura coherente para entender y explicar la realidad observable y dotar de racionalidad a las políticas e intervenciones de salud pública (Mujica & Moreno, 2019, p.2).

De acuerdo con Castro y Otros (2020) los objetivos de la raes a corto y mediano plazos son:

- Compartir experiencias exitosas en el desarrollo de intervenciones, considerando la determinación y los determinantes sociales, para lograr respuestas participativas y comunitarias en salud.
- Analizar los impactos sanitarios, sociales, políticos, ambientales y económicos de la pandemia de COVID-19.
- Identificar los efectos de la atención de la COVID-19 en las poblaciones de mayor riesgo por su edad y por las condiciones de salud preexistentes.

- Examinar la situación de las fronteras y de los movimientos de población en la propagación de la pandemia y de sus efectos en las poblaciones migrantes.
- Proponer estrategias para asegurar el acceso a la atención integral de las mujeres gestantes con el fin de reducir el sufrimiento, la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

Dado que, hoy en día existe suficiente evidencia sobre el impacto negativo de las desigualdades sociales en la salud. Ante esta realidad, es necesario incorporar la perspectiva de la salud y el bienestar en la planificación política para mejorar la salud poblacional y la equidad en salud (Suárez, Martínez, García, & Palacio, 2018).

Las políticas estatales o públicas son el conjunto de instrumentos a través de los cuales el Estado, luego de identificar una necesidad, implementa una determinada modalidad de intervención, construida con la participación de los grupos afectados por los diversos problemas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. En el sector de la salud, estas tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades (Ferrer & Morejon, 2021).

La Intersectorialidad queda conceptualizada como la intervención coordinada de Instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud su bienestar y calidad de vida. El propósito final de la intersectorialidad es, por consiguiente, la definición de políticas públicas (Ferrer & Morejon, 2021).

Cinco líneas en la estrategia trazada en la carta de Ottawa la caracterizan y en todas pueden encontrarse las razones de ello.

- Formulación de políticas públicas saludables,
- Creación de ambientes propicios,
- Fortalecimiento de la acción comunitaria,
- Desarrollo de aptitudes personales,
- Reorientación de los servicios de salud.

De acuerdo con la CEPAL (2018) para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el au-

mento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna.

Algunos de estos objetivos son:

- Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

El derecho a la salud es por naturaleza un derecho inclusivo que incorpora dos dimensiones: los determinantes de la salud y los sistemas institucionalizados para la protección de la salud y la atención de la enfermedad.

En la primera dimensión es necesario considerar aspectos estructurales, como la garantía de otros derechos (económicos, sociales, culturales y ambientales) y colocar la salud en el centro de todas las políticas. La segunda dimensión hace referencia al sistema de salud y a las políticas del sector, donde el Estado es el sujeto obligado para proteger, promover y satisfacer este derecho, dotándolo de contenido político, jurídico, normativo y programático a través de las diversas instancias de la administración pública (Monroy, Pietro, Ramirez, Rivera, & Ortega, 2019, p. 236).

La formulación de políticas públicas en las agendas locales constituye prácticas de subsistencia en función de la sostenibilidad para las diferentes áreas de gobierno. Acorde al modelo de desarrollo estimado, influido de la Agenda de desarrollo 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible pactados por la Organización de Naciones Unidas; la ONU, ha creado a rango mundial un comportamiento y responsabilidad de las naciones para desarrollar enfoques de multisectorialidad, igualdad de género, interculturalidad, participación ciudadana, consideraciones por resultado y formulación de políticas basadas en las evidencias (Vinces & Campos, 2019).

En definitiva, estos mecanismos constructivos y participativos pueden incrementar la sostenibilidad política y el desarrollo humano si todos ellos están imbuidos de un profundo compromiso moral-político con la gestión pública, es decir, una política pública que asigna recursos y servicios teniendo en cuenta las distintas características y necesidades de esas personas.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 10

Programas y proyectos de promoción
de la salud y control de
enfermedades enfocados en la
Participación Ciudadana



SABER**EC** 5.0

La promoción de un estilo de vida saludable implica crear condiciones favorables como un importante acto de salud pública, reorientando la atención de la salud pública para garantizar el desarrollo sostenible, luchar contra enfermedades infecciosas, desnutrición y factores ambientales adversos como la falta de agua potable, saneamiento básico y seguridad alimentaria; calentamiento global, así como minimizar las conductas de riesgo como la adicción, la obesidad y otras.

Las situaciones de epidemia derivadas del surgimiento o resurgimiento de enfermedades infecciosas en todo el mundo han obligado tradicionalmente a los países a reconocer la urgente necesidad de desarrollar e implementar medidas de salud pública a gran escala.

Es bien sabido que la epidemiología y la promoción de la salud son principios fundamentales de la salud pública. La primera agencia es responsable de identificar los determinantes de la salud, la segunda es intervenir en los estados y tomar las acciones necesarias que los afectan. La epidemiología, caracteriza a las poblaciones en el tiempo, el lugar y la persona, identifica los factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de daño a la salud. La parte de mejora de la salud funciona desde el origen de la condición, analizando el nivel de riesgo de las personas, enfocándose en cómo pueden protegerse o volverse más resilientes y usar la condición favorable para mejorar su salud.

Las acciones de la salud comunitaria promueven la salud en un contexto amplio, a tal punto que algunos autores conceptualizan la promoción de la salud como “promoción de la vida” Por tanto, hablar de las acciones de los agentes comunitarios implica evocar nodos donde convergen la APS, la promoción de la salud, la salud comunitaria y la salud pública; áreas imbricadas y complementarias en comunión con promoción y educación en salud. En este contexto, la promoción de la salud aporta en la construcción del tejido social al tiempo que empodera a las personas en el autocuidado de la salud (Rodríguez, 2021).

Según Ravelo, y otros (2018), la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, tal como se recoge en el Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La celebración de la Primera Conferencia sobre la Promoción de Salud en Ottawa, el 21 de noviembre de 1986, fue una respuesta a la necesidad de una nueva concepción sobre salud pública en el mundo. En esa ocasión se

definió que la promoción de la salud consistía en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Sobre esa base, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente (Coronel & Marzo, 2017, p. 3416).

Resulta vital aclarar que la prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención, sea en un programa de prevención primaria, como las inmunizaciones en el primer nivel, hasta la prevención de escaras en un tercer nivel de atención (Quintero, De la Mella, & Gomez, 2017).

Existen tres tipos y cinco niveles de prevención; como se observan en la tabla 13.

Tabla 13.

Tipos y Niveles de Prevención en salud.

Tipos de prevención	Niveles de prevención
Prevención primaria	1. Promoción de salud 2. Protección específica
Prevención secundaria	3. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno 4. Limitación del daño
Prevención terciaria	5. Rehabilitación

Nota. describen tres niveles que se corresponden con los tipos de prevención. Tomado de Quintero, De la Mella, & Gomez, 2017, p. 107.

Por otra parte, el Modelo Operativo de Promoción de la Salud señala que son determinantes positivos de la salud aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la gente y su bienestar funcional. El objeto de la promoción de la salud es, en primera instancia, favorecerlos. Son determinantes de peligro aquellos que afectan la salud de la población, modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo. El propósito de la promoción de la salud es evitarlos o delimitarlos.

En este sentido, 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 encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarlos.

Una de las características de la promoción de la salud es la proactividad, es decir, la capacidad de predecir y prevenir el curso natural de la enfermedad. Las actividades de promoción de la salud apuntan a cambiar los determinantes de la salud. Los resultados de esta actividad se reflejan en la mejora de la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas. Invertir en la promoción de la salud genera mayores beneficios para la salud y menores costos.

Como señalan De la Guardia & Ruvalcaba (2020), La carta de Ottawa menciona las 5 funciones de la Promoción de la Salud:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud: se refiere a proporcionar la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida;
2. Desarrollar entornos favorables: consiste en impulsar que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimular la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes;
3. Reforzar la acción comunitaria: impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud;
4. Reorientar los servicios de salud: impulsar que los servicios de salud que trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.
5. Impulsar políticas públicas saludables: colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. (p. 86)

De acuerdo con Guevara & Marruffo (2021), quienes reconocen la importancia de trabajar un nuevo enfoque en salud, planteando que la Promoción de la Salud debía trascender los ámbitos de la medicina para sustentarse en bases conceptuales no médicas, donde se incluyó la paz, la justicia social, la equidad, la educación, la vivienda, la alimentación y el ambiente, con el propósito de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma” (p. 68).

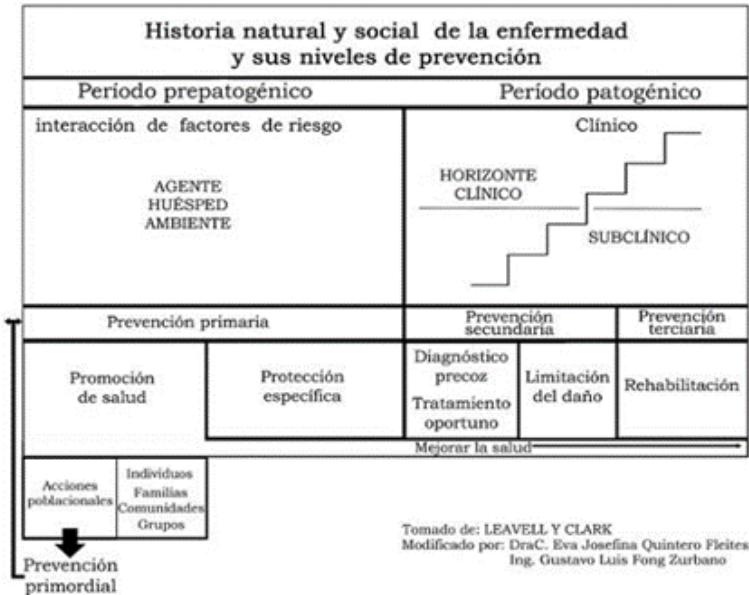
El enfoque de la estrategia de promoción de la salud es un eje que articula diversos actores como los agentes comunitarios, la Atención Primaria en Salud (APS), la salud pública y de salud comunitaria. Todo ello refiere comple-

jjidad, pues la promoción de la salud involucra un proceso social y político que involucra acciones dirigidas a individuos en escenarios sociales, ambientales y económicos con el fin de optimizar la salud pública y la salud de los individuos (Rodríguez, 2021).

Para Quintero, De la Mella, & Gómez (2017), la prevención primaria se cataloga como «la prevención del desarrollo inicial de una enfermedad»; a la prevención secundaria como «la detección precoz de una enfermedad existente para reducir la gravedad y las complicaciones», y a la prevención terciaria, como «la reducción del impacto de la enfermedad» (p. 108). Así lo refleja la 14.

Figura 13.

Historia de la enfermedad y sus niveles de prevención.



Nota. Se observa la promoción de salud extendida a todos los tipos de prevención, y la prevención primordial como parte de la promoción de salud. Tomado de Quintero, De la Mella, & Gómez, 2017, p. 108.

A juicio de las autoras, se considera que en la promoción de salud se debieran incluir las acciones poblacionales que se denominan «prevención primordial», que son aquellas medidas que abarcan la totalidad de las personas de un lugar determinado que resultan beneficiadas o protegidas

Promoción de salud y educación para la salud

La promoción de la salud posee una estrecha relación con la educación para la salud, cuyos fines principales se orientan a que las personas definan sus necesidades y encuentren maneras para fomentar una vida saludable. En la actualidad, la promoción de la salud también se ha convertido en un integrador de saberes y se destaca como un componente transversal a las ciencias de la salud, además de las ciencias sociales, ambientales y económicas (Rodríguez, 2021).

Estos términos se utilizan indistintamente, y resulta de utilidad esclarecerlos; Quintero, De la Mella, & Gómez (2017), señalan que el vehículo es la educación para la salud; el camino o la estrategia lo constituye la participación comunitaria, y la promoción de salud lo engloba todo. Se destaca que, sin participación comunitaria, no es correcto referirse a la promoción de salud; muchas pueden ser las herramientas utilizadas de educación para la salud, pero debe existir la participación comunitaria: dígase escuelas, centros de trabajo o el barrio, entre otros ambientes (p.105).

Una forma de explicarlo gráficamente, se muestra la figura 14, donde se observa la relación entre educación para la salud, participación comunitaria y promoción de salud.

Figura 14.

Diferencia entre educación para la salud y promoción de salud



Nota. Diferencia entre educación para la salud, participación comunitaria y promoción de salud, tomado de Quintero, De la Mella, & Gomez, 2017, p.105)

En la promoción de la salud, la participación de la comunidad es esencial para lograr objetivos en salud comunitaria y salud pública. Al empoderar a las personas, la promoción de la salud busca proporcionarles los medios necesarios para optimizar su salud. Esto es esencial tanto en el área clínica como en la salud comunitaria, dado que hacer partícipe a las personas implica conexión, respeto, acción social y acceso real a las actividades políticas y sociales. De hecho, una de las prioridades promulgadas en 1997 en la Conferencia de Yakarta fue, precisamente, incrementar la capacidad de la comunidad y empoderar a las personas (Rodríguez, 2021).

De esta manera, los agentes de la comunidad no solo representan actores clave en el sistema de atención de la salud, sino que también facilitan las interacciones con las familias a través de actividades como el acompañamiento social y la educación.

Las estrategias de los agentes comunitarios son diversas, entre las que se destacan las entrevistas, la visita domiciliaria y las reuniones comunitarias, el objetivo es el empoderamiento en salud (Rodríguez, 2021).

Contribuciones de la Promoción de la Salud

El propósito de promover la salud envuelve el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva en la solución de problemas que afectan los modos de vivir y de enfermarse de sujetos en sus territorios. Eso se fortalece

ce al combinarse con los aspectos: confianza, solidaridad, apoyos mutuos, alianzas, acción intersectorial, movilización social, compromiso, capacidad de resistencia (resiliencia), protección a los más frágiles, acceso a fondos, habilidades digitales, entre otros. Ese conjunto de aspectos podría agruparse y denominarse potencias de un territorio social para la producción de salud y vida (Nogueira, Goncalves, & Akerman, 2021).

Aspectos promocionales de la vida y salud:

1. Intersectorialidad: moviliza la acción colaborativa entre sectores de gobierno y entidades de la sociedad civil.
2. Sostenibilidad: fortalece la capacidad de reacción de los servicios de salud pública y de asistencia sociales; con prácticas que transformen la competencia y fortalezcan la solidaridad; sin descuidar el equilibrio ambiental.
3. Empoderamiento y Participación en las medidas de salud pública: por medio de información válida y adecuada (culturalmente apropiada y que aborde los aspectos de interfaz con la COVID), no solo en términos de protección individual, sino principalmente en el aumento de la resistencia colectiva.
4. Equidad: como “no están todos en el mismo barco” (34) hay que observar si los diferentes grupos sociales están siendo tratados de forma diferente.

Perspectiva de ciclos de vida: reconocen las diferencias de riesgos entre niños, jóvenes, mujeres, trabajadores, ancianos y propicia medidas diferenciadas para cada grupo en sus territorios. (Nogueira, Goncalves, & Akerman, 2021)

En este contexto, La participación comunitaria juega un papel de vital importancia en la promoción en salud puesto, que fue definida en la Conferencia de Alma Ata como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, mejorando la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario. (Suarez, Martinez, Garcia, & Palacio, 2018)

Algunos puntos clave como estrategia para la promoción de la salud se describen en la tabla 14

Tabla 14.

Estrategias para la promoción en salud.

Puntos clave

Dificultades identificadas para facilitar la participación en el desarrollo de proyectos comunitarios:

- Cultura de participación.
- Paternalismo institucional.
- Liderazgo municipal.
- Ordenación del desarrollo de programas de salud comunitaria.
- Estructura y funcionamiento de los espacios intersectoriales de trabajo (mesas intersectoriales, consejos de salud).
- Información sobre activos de salud o sobredosificación de datos epidemiológicos.

Herramientas metodológicas para facilitar la participación en el desarrollo de proyectos comunitarios:

- Impulsar espacios intersectoriales de trabajo con una adecuada representatividad de los sectores clave, evitando la duplicidad de estructuras.
- Fomentar el uso de herramientas comunitarias orientadas a la acción, que partan no solo de las necesidades, sino también de los intereses de la población.
- Potenciar el uso de herramientas creativas adaptadas a la población a la que queremos llegar, que inciten a la participación (mapping party, photovoice, vídeos comunitarios.).
- Desarrollar instrumentos normativos orientados a facilitar la acción comunitaria en salud.
- Socializar el conocimiento, facilitando procesos de reflexión que partan desde modelos que tengan en cuenta déficits y activos de la población.
- Partir de un análisis de las causas de los problemas que permita reorientar las acciones hacia los determinantes de salud, basándose en principios de equidad y justicia social.

Desarrollo de políticas públicas:

- Fortalecer el liderazgo municipal que tenga en cuenta una perspectiva de salud en todas las políticas, en el que transcurren la mayor parte de las políticas de bienestar
- Desarrollo en los niveles macro, meso y micro de las políticas de salud y bienestar

Retos y perspectivas

Latinoamérica se abre en el siglo XXI a enfrentar arduamente un conjunto de características epidemiológicas donde el estilo de vida y el comportamiento social son determinantes. La pobreza y desigualdad social complica aún más la tarea y requiere más respuestas. diseñadas que contribuyan con modelos locales, y globales que permitan un cambio social real.

América Latina y el Caribe se adelantó al resto del mundo, al establecer su propia meta, aún más exigente, mediante la Iniciativa América Latina y el Caribe sin Hambre y el Plan para la Seguridad Alimentaria, la Nutrición y la Erradicación del Hambre de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y caribeños, en la cual los países se comprometieron a erradicar el hambre en el 2025, cinco años antes de la meta acordada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Coronel & Marzo, 2017, p.930).

La educación para la salud es una herramienta y un vehículo que, cuando se desarrolla con la participación activa de las personas, se transforma en promoción de la salud. Los participantes deben estar implicados, motivados, comprometidos y empoderados, y pueden pertenecer a diferentes tipos de comunidades, centros laborales, estudiantiles o barrios, y desde allí las personas se pueden sentir parte de las acciones y del proceso, o sea, la participación implica que se empoderen y participen en las acciones encaminadas a mejorar su salud, con estrategias individuales, grupales, colectivas, intersectoriales, multidisciplinarias, donde todos son parte y forman un entorno saludable: todos son importantes para lograr salud entre todos y para todos (Quintero, De la Mella, & Gómez, 2017, p.104).

En todo caso, la promoción de la salud es un factor importante en la búsqueda de un estilo de vida saludable, la vida y los comportamientos saludables, que no están completamente formados porque persisten índices de pobreza y desigualdad social en los países de la región, los cuales restringen el acceso a la información sobre factores y condiciones de riesgo. El fortalecimiento de la promoción de la salud en América Latina sigue siendo un desafío en los próximos años para avanzar hacia una mayor integración económico, social y político para que realmente suceda en un movimiento de masas con la amplia participación de toda la sociedad.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Capítulo 11

Herramientas, metodologías para el
monitoreo y seguimiento del Trabajo
Comunitario.



SABER**EC** 5.0

El uso de herramientas tecnológicas en salud puede llegar a puntos geográficos donde la medicina convencional crea una brecha entre las instituciones de salud y los pacientes. Estas tecnologías pueden reducir el ausentismo, mejorar la adherencia al tratamiento y ayudar a garantizar una frecuencia de visitas adecuada.

Herramientas Digitales al servicio de la salud

Estas plataformas de salud digital brindan oportunidades para el desarrollo de la investigación; amplían las formas en que se recolectan, procesan y analizan los datos en el campo de la salud y, según algunos autores, apuntan al surgimiento de nuevas formas de participación ciudadana en la ciencia.

En la actualidad existe un número significativo de aplicaciones móviles (apps) relacionadas con la salud a disposición de los pacientes, que favorecen su autocuidado, tratamiento, control, seguimiento y también permiten la disminución de costes sanitarios. Sin embargo, no todas son fiables, seguras y de calidad. La salud digital incorpora tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a productos, servicios y procesos de la atención sanitaria (Naranjo, Arango, & Cruz, 2021, p.3).

Así surge el concepto de eHealth, el cual, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a la denominada salud electrónica, entendida como una herramienta importante para la transferencia de recursos y asistencia médica de forma sincrónica o asincrónica, comunicando de manera efectiva la información que se necesita, en el lugar correcto y de la mejor manera, para guiar el cuidado de la salud (Macana, Quintero, Acuña, & Jimenez, 2020, p.4)

Dichos autores plantean que algunas de las características que deben tener las aplicaciones móviles son: ser intuitivas, es decir, requieren un diseño sencillo a través del cual el usuario entienda el acceso a los contenidos perfectamente; facilidad de uso, para que cualquier persona pueda ser capaz de manejarlas, así no esté familiarizada con su uso; ser amigables, de tal forma que el usuario esté a gusto navegando por las pantallas de la aplicación.

Monitoreo, seguimiento y evaluación de las Políticas Públicas en materia de salud

Los conceptos de salud y geografía migran de paquetes informáticos que permiten agregar datos a mapas utilizando datos vinculados en áreas geográficas, permitiendo la identificación de “patrones de distribución de riesgo”, paso inevitable en la búsqueda de inequidades de comunidades o grupos

poblacionales y por ende la definición de un poderoso herramienta para la asignación de recursos sociales en el ámbito de la salud. Estas herramientas tecnológicas son una ventana para avanzar en el fortalecimiento de sistemas de salud eficientes,

Osuna (2019) Sostiene que “diversos estudios han coincidido en afirmar que el monitoreo y la evaluación no pueden ser entendidos como rituales neutros o vacíos, sino que el juicio de valor tiene un componente claramente político”. En esta línea, se plantea la evaluación como una cuestión política - no sólo técnica- “que concierne tanto a gobernantes como a gobernados.

El seguimiento y monitoreo se constituye en la sumatoria de indicadores y variables que evalúen el proceso y los resultados de la implementación de una política pública y su grado de incidencia y transformación de las realidades y contextos en donde tuvo lugar la política, y que esta mirada obliga, en cierta manera, a “pensar en un cambio en la forma en la que se está operando” tanto la política, como los proyectos y programas que la podrían haber enmarcado (Osuna, 2019).

Como en toda propuesta científica, el fundamento metodológico analítico del seguimiento y medición de las desigualdades en salud es sujeto de él y está supeditado al modelo conceptual: el marco de los determinantes sociales de la salud, que, como se ha mostrado, es un modelo causal multinivel cuya característica central es la posición social como determinante de la distribución de la salud y el bienestar en la población.

En su esencia, el enfoque metodológico básico encierra dos pasos simples:

1. la comparación del estado de salud de dos o más grupos poblacionales socialmente definidos.
2. la expresión de esa comparación en una métrica-resumen, específica y estándar, de la desigualdad en salud.

Así mismo, el monitoreo es el seguimiento de actividades, procesos y resultados que se realiza durante un proyecto, el cual permite revisar de manera sistemática lo que está ocurriendo y, por tanto, lo que sería deseable que continuara o que se modificara. Es un insumo indispensable tanto para la gestión administrativa como estratégica de una intervención (Camarotti, Wald, Capriati, & Kornblit, 2018, p. 555).

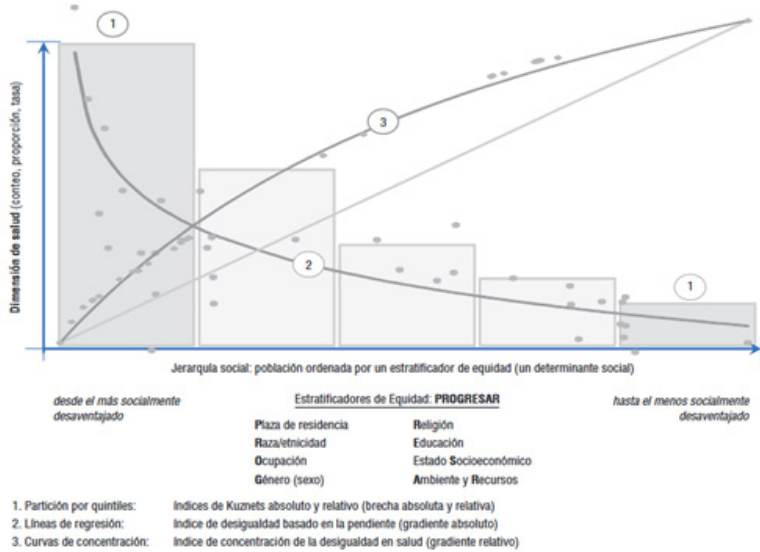
La medición de desigualdades en salud tiene su fundamento axiológico en el modelo multinivel de determinantes sociales de la salud y el paradig-

ma eco-epidemiológico. Es esencial reconocer la determinación social de las desigualdades en salud para defender la primacía de la equidad como valor social y como principio rector de la acción política en salud (Mujica & Moreno, 2019). El autor ilustra esquemáticamente estos elementos centrales en la conceptualización del enfoque analítico para medir desigualdades sociales en salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto un acrónimo para recordar la amplitud de posibles estratificadores de equidad: PROGRESAR, según se describe en la figura.

Figura 15.

Acrónimo para recordar la amplitud de posibles estratificadores de equidad.



Nota. Todo parte de la posición social: la jerarquía o gradiente social se construye usando la variable social disponible para ordenar el panel de datos desde la posición de mayor desventaja social hasta la de menor desventaja. (Mujica & Moreno, 2019)

Experiencias en América Latina

Los agentes de salud pública en el terreno actúan con un fuerte alcance territorial, tanto en la prevención y atención, como en el abordaje de la atención a la salud de las familias. Estas prácticas de campo crean un mapa colectivo permanente basado en el conocimiento de los agentes sobre el área

de operación. Práctica del Agente de Salud Pública sanitaria produce acciones de conquista territorial, que se puede dividir en acciones promoción y prevención de la salud.

Como lo refieren, Diez, y otros (2018), por ejemplo, desde el año 2011, en Argentina se desarrolla una experiencia destinada a agentes de salud comunitaria en diferentes localidades de la provincia de Chubut, en los que se desarrollaron diversos dispositivos metodológicos para el abordaje de problemáticas como: accesibilidad, prácticas cotidianas, relevamientos territoriales, etc. (p.121). Así, en 2013, se elaboró una base de datos vinculada a un sistema de información georreferenciada, que permitía transferir los datos en papel, aun formato digital y georreferenciado.

Según Diez, y otros (2018), el objetivo de este desarrollo se concentra en crear un sistema georreferenciado de monitoreo que organice la información socio sanitaria local, fragmentada en células familiares e individuales y que, al mismo tiempo, permita un análisis integral con las singularidades del territorio en el que esas familias e individuos habitan. El sistema se organiza en tres grandes componentes:

- a. un sistema georreferenciado de monitoreo que organiza los datos sanitarios del lugar y facilita consulta de situación, prevención y pronóstico de eventos;
- b. la aplicación para smartphone de uso restricto a los agentes de salud y otro abierto a la comunidad, que permita mejorar los datos geográficos para monitoreo.
- c. Un dispositivo metodológico de traducción de cartografía social, que incorpore elementos sociales, culturales, temporales y coyunturales en el mapeo general (como basurales, estado de cursos de agua, presencia recurrente de humo, etc).

Algunos aportes de herramientas para el desarrollo de la App+Salud se resumen en:

Tabla 15.

Aportes de la cartografía social, al seguimiento y desarrollo de la App+salud.

Aportes de la cartografía social	Aportes de la sistematización y georreferencia de la información
▪ Recuperación de la textura social del espacio, en función de las problemáticas y estrategias desarrolladas por la población local. ▪ Apertura del diálogo local sobre la problemática de salud con enfoque territorial, intergeneracional y de redes. ▪ Comparación de estrategias en diferentes periodos temporales, facilitadoras del diálogo intergeneracional (el ejemplo de las prácticas de parto y los diferentes lugares en donde se practicaban). ▪ Reformulación de límites, fronteras y nodos, en función de las prácticas sociales. ▪ Diálogo entre las formas y el contenido del espacio, a partir de la producción de nuevos mapeos colectivos. ▪ Incorporación de nuevos contenidos a las formas formales (como por ejemplo, zonas anegadas por nieve, ríos que impiden el paso por caminos en épocas del año, etc). ▪ Producción de otros mapas de proyección y escala social.	▪ Digitalización de la información, hasta el momento solo disponible en soporte papel ▪ Posibilidad de manejo, vinculación, relación, cruce y análisis de los datos para generar nueva información. ▪ Operaciones de traducción de mapas y cartas en papel a SIG, con la colaboración de baqueanos²⁷. ▪ Georreferencia de la información, y unificación de los dispositivos de almacenamiento, y visualización, como facilitadores de la gestión de la salud comunitaria en terreno. ▪ Posibilidad de realizar superposiciones de información sanitaria y geográfica para el análisis de problemáticas locales y regionales. ▪ Posibilidad de realizar seguimientos históricos y sistemáticos. ▪ Se consideró como obstáculo la capacitación de los agentes de salud en manejo de SIG y posibles fragmentaciones en criterios de uso en cada localidad.
Aportes de la comunión de metodologías	
▪ Actualización de los mapas base, particularmente utilizando la plataforma https://www.openstreetmap.org ▪ Incorporación de información obtenida a partir de Cartografía Social en la plataforma https://www.openstreetmap.org como mapa base (basurales informales, crecidas de arroyos temporales, áreas contaminadas, etc.). ▪ Creación de un shape con la información recopilada en la planilla de familia. ▪ Superposición de capas y análisis integral de la información obtenida en ambos procesos metodológicos.	

Fuente: Proyecto App+Salud

Nota. Tomado de *Desarrollo de un sistema georreferenciado para la gestión, movilidad y monitoreo de atención primaria de la salud comunitaria* (Diez, y otros, 2018).

La evaluación es la emisión de un juicio de valor acerca de una política o un programa/proyecto. Puede ser entendida como: Una actividad programada de reflexión sobre la acción que pueda compararse en distintas etapas del proyecto (antes-después; antes-durante-después). Se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información y a través de comparaciones respecto de parámetros definidos. (Camarotti, Wald, Capriati, & Kornblit, 2018, p 555)

A juicio de Gutiérrez (2017), un actor clave en este proceso de evaluación es la participación de la academia nacional en el diseño y evaluación de políticas de salud, mediante la generación de “esquemas de aprendizaje” en los que investigadores y diseñadores de política generan modelos de intervención innovadores que son acompañadas de evaluaciones de impacto experimentales.

Para Del Cioppo & Bello (2018), la modalidad de evaluación debe contemplar las siguientes fases:

Fase 1: Identificación de los problemas

- Descripción e identificación del proyecto y área de influencia: Se considera en primer lugar la necesidad en el área económica y social de las familias.

Fase 2: Predicción, análisis y evaluación de las vías de impacto

- Identificación de las variables metodológicas para la evaluación segmentada:
- A través del análisis situacional del área de influencia.
- Elaboración de un perfil comunitario y datos de línea base

Fase 3: Desarrollo e implementación de las estrategias de evaluación

- Medición de la participación y compromiso comunitario y de los actores involucrados:
- Desarrollar estrategias de acceso a la información, inclusión y maximización de los beneficios y oportunidades

Fase 4: Diseño e implementación de programas de monitoreo e influencia

- Preparación de estrategias de mejora, seguimiento y monitoreo: Desarrollar indicadores para efectuar el monitoreo efectivo de los cambios en el tiempo y la planificación de un modelo de monitoreo participativo.

Todas estas fases se resumen en la figura 16

Tabla 16.

Modalidad de evaluación de impacto social para proyectos comunitarios.



Nota. Tomado de *Indicadores de impacto social para evaluación de proyectos de vinculación con la colectividad* de Del Cioppo & Bello, 2018.

Las metodologías participativas son cada vez más utilizadas entre investigadores/as y organizaciones vinculadas a la gestión comunitaria.

La sistematización de experiencias, en el campo de la salud es de vital consideración, ya que, implica una interpretación crítica a partir de un ordenamiento y una reconstrucción de elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en un proceso para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de la propia práctica. Se reconstruye la información sobre los actores y factores que han intervenido, sobre cómo se han vinculado entre sí y, en la medida de lo posible, se analiza por qué motivos lo han hecho de esa manera. La clave es avanzar en una interpretación crítica del proceso de movilización comunitaria realizado que permita extraer aprendizajes que tengan utilidad para el futuro (Camarotti, Wald, Capriati, & Kornblit, 2018).

Así mismo, incentivar la participación de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño y evaluación de las políticas de salud, mediante reuniones de trabajo que tengan como objetivo la producción de un balance de los resultados logrados, desde un enfoque de derechos y cierre de brechas. Un ejemplo exitoso se ha dado a través de los grupos de trabajo de las mesas de concertación para la lucha contra la pobreza, en la que participan actores del Estado y sociedad civil (Gutierrez, 2017).

En resumen, se puede concluir que las plataformas y herramientas tecnológicas digitales en el sector de la salud brindan oportunidades para el

desarrollo de la investigación, ampliando los métodos de recolección, procesamiento y análisis de datos en el campo de la atención de la salud, al tiempo que apuntan al surgimiento de nuevas formas. de participación ciudadana. en la ciencia.

Conclusiones

Un sistema de salud tiene éxito cuando mantiene la salud de su gente, brinda servicios de salud efectivos, seguros, equitativos y efectivos, y es equitativo en la prestación de atención a todos, sin discriminación. La salud es vista como un producto social que requiere una respuesta social organizada, creando sinergia a través de la complejidad de acciones e intervenciones para lograr el bienestar de la población.

Para generar una transformación en el modelo de participación comunitaria en salud, es necesario partir de las dificultades identificadas en la formulación de acciones sociales en salud.

Los logros de experiencias triunfantes requieren fomentar la puesta en marcha de una cultura participativa orientada hacia la promoción de la salud, desde la que la ciudadanía y las instituciones puedan trabajar conjuntamente para mejorar la salud, tanto individual como colectiva.

Hay conocimientos que se han generado a partir de los aprendizajes de la experiencia de la comunidad. Organizadas en diferentes niveles, estos conocimientos pueden apoyar y facilitar experiencias exitosas en la movilización de personas hacia modelos más inclusivos de participación comunitaria en el cuidado de la salud.

De la misma forma, generar un sistema de monitoreo integral que facilite la gestión de la salud comunitaria, así como las tareas de prevención e investigación permanente en cuestión sanitaria, permite ampliar las posibilidades de atención y cobertura en salud, sobre todo, en áreas rurales y poblaciones vulnerables.

Si bien se han propuesto programas en países latinoamericanos para abordar problemas de salud específicos, es importante incluir programas que aborden sectores vinculados con el área sanitaria y que afectan los niveles de salud pública, como el cuidado del medio ambiente, la mejora de la calidad de la vivienda, la educación, agua potable, seguridad alimentaria y otros.

Las tecnologías en salud son instrumentos menos complejos que puede facilitar el autocuidado, el automanejo de enfermedades avanzadas y la mejora de la calidad de vida desde diversos aspectos, así como la valoración del riesgo de muerte y reingreso.

Proteger, mantener, mejorar la salud, prolongar y asegurar la calidad de vida de las personas a través de la educación, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y otras formas de intervenciones sanitarias es

una tarea importante todos los días del jefe de los sistemas sociales en los que las personas son más importantes.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS

Bibliografía



- Aguila, N., Bravo, E., Delgado, H., Montenegro, T., Herrera, L., & Centeno, A. (may-junio de 2019). Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud. *Medisur*, **19**(3), 417-428.
- Aguila, N., Polanco, E., Delgado, H., Montenegro, T., Lazaro, R., & Centeno, A. (2019). Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud. *Medisur*, **17**(3), 417-428. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n3/1727-897X-ms-17-03-417.pdf>
- Almeida, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, **16**. doi:doi: 10.18294/sc.2020.2751
- Alvarez, R., & Kuri, P. (2017). Salud Publica y medicina Preventiva. El manual moderno. Obtenido de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yLJZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT16&dq=conceptos+de+la+salud+p%C3%BAblica&ots=1mvU4-B9Kd&sig=WdP9_KDQvOqHXULU4R14ZKpNwp8#v=onepage&q=conceptos%20de%20la%20salud%20p%C3%BAblica&f=false
- Arenas, L., Pacheco, L., Parada, I., Rueda, C., & Cortez, M. (abril-Junio de 2019). Mapeo Comunitario para impulsar la participación comunitaria dentro del diagnóstico de salud poblacional. *Enfermería universitaria*, **16**(2), 120-127. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.636>
- Balarezo, D. (2015). Interculturalidad y Enfoque Ecosistemico en Ecuador . *Ateneo*, **17**(1). Obtenido de <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/72/78>
- Barreno, Z., Astudillo, A., & Barreno, M. (febrero de 2018). Hacia una estrategia de intervención en la comunidad: referentes teóricos metodológicos. *Conrado*, **14**(68), 258-265. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000200039
- Benede, C., Carrasco, A., & Peyman, N. (Jun-Jul de 2021). Atención comunitaria «COVID mediante y durante». (E. España, Ed.) *Atencion Primaria*, **53**(6). doi:<https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2021.102103>
- Buñinof, M., Machado, A., Isla, C., Huergo, J., Bertone, C., Miranda, D., & Barrionuevo, N. (2011). Una experiencia interdisciplinaria de capacitación extensionista: aportes de la Epidemiología Comunitaria. *E+E: Estudios De Extensión En Humanidades*, **3**(3). Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/EEH/article/view/5521>

- Camarotti, A., Wald, G., Capriati, A., & Kornblit, A. (2018). Modelo integral comunitario para prevenir y abordar problemáticas de salud adolescente. *Salud colectiva*, **14**(3), 545-562. doi:doi: 10.18294/sc.2018.1768
- Canals, M., & Caceres, D. (2020). Una Salud: conectando la salud humana, animal y ambiental. *Cuadernos Medicos Sociales*, **60**(1), 9-18. Obtenido de file:///C:/Users/Nilibeth/Downloads/60_1_2-1.pdf
- Capcha, N. (2018). *Aplicación del enfoque ecosistémico de educación ambiental en la mejora de la conservación del medio ambiente de la Institución Educativa N° 32411-Pampas de Flores-Miraflores-Huamalíes, en el periodo 2014*. Escuela de posgrado. Lima- Peru: UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN Enrique Guzmán y Valle. doi:http://repositorio.une.edu.pe/handle/20.500.14039/4172
- Cárdenas, E., Juarez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). Determinantes sociales en salud. *Gerencia para el desarrollo*. doi:https://repositorio.esan.edu.pe/handle/20.500.12640/1215
- Carrero, R., Herrera, D., & Vasquez, V. (jun de 2020). Pluricausalidad de la salud. *revista Científica reciente*, **3**(2), 27-32. Obtenido de https://revistarecientec.unan.edu.ni/index.php/recientec/article/view/158
- Casetti, V., Paredes, J., Lopez, V., García, A., & Salamanca, P. (2018). Evidencia sobre la participación comunitaria en salud. *Gaceta Sanitaria*, **32**(1), 41-47. doi:https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008
- Castro, A., Saenz, R., Avellaneda, X., Caceres, C., Galvao, L., Mas, P., . . . Urbina, M. (2020). La red de las americas para la equidad en salud: Inclusion, compromiso y accion. *Rev Panam Salud Publica.*, **44**(130). doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.130
- CEPAL, N. (2018). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. doi:http://www.cepal.org/es/publicaciones/40159-horizontes-2030-la-igualdad-centro-
- Chirino, C. (Julio-Diciembre de 2017). Revision Historica sobre la participacion comunitaria y sus distintas connotaciones. *CienciaMatria.*, **3**(45). doi:https://doi.org/10.35381/cm.v3i5.9
- Coque, S. (2017). *Diagnóstico situacional con enfoque epidemiológico del centro integral de salud del Hospital General Ambato*. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Ambato- Ecuador: UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES. doi:http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6905

- Coronel, J., & Marzo, N. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisam*, 21(7). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700018
- Coronel, J., & Marzo, N. (2017). La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. *Medisan*, 21(12). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n12/san162112.pdf>
- Cortès, M., & Vidal, T. (julio- Diciembre de 2021). Mapa Cooper-Activo: fortalecimiento de las redes comunitarias en Poblenou (Barcelona). *Revista Arquis*, 10(2). doi:<https://doi.org/10.15517/ra.v10i2.45713>
- Dandicourt, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000100007&script=sci_arttext&tlng=p
- De la Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (Enero de 2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal*, 5(1). doi:10.19230/jonnpr.3215
- Del Barco, A., & Ortega, M. (2020). Epidemiología y salud pública en la epidemia de la Covid 19. *Medicine*, 13(23), 1297-1304. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.011>
- Del Cioppo, J., & Bello, M. (2018). Indicadores de impacto social para evaluación de proyectos de vinculación con la colectividad. *Economicas CUC*, 39(1), 105-116. doi:<https://doi.org/10.17981/econcuc.39.1.2018.07>
- Del la Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (Enero de 2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal*, 5(1). doi:10.19230/jonnpr.3215
- Díez, J., Rocha, E., Munsbertg, G., Piexoto, J., Dos Santos, A., Fernando, S., & Schuler, L. (2018). Desarrollo de un sistema georreferenciado para la gestión, movilidad y monitoreo de atención primaria de la salud comunitaria. *Salud Colectiva*, 14(1), 121-137. doi: 10.18294/sc.2018.1210
- Fajardo, A. (ene-marzo de 2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia Mexico*, 64(1), 109-120. doi:<https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- Ferrer, Y., & Morejon, Y. (mayo de 2021). Gestión intersectorial, herramienta para la gestión de políticas públicas. Una experiencia cubana en la atención primaria de salud. *Panorama Cuba y Salud*, 16(2), 142-145.

Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2021/pcs212u.pdf>

- Filgueira, F., Galindo, L., Giamb Bruno, C., & Blofield, M. (2020). *América Latina ante la crisis del covid 19*. Naciones Unidas Santiago: CEPAL.
- Franco, A. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
- Frossard, B. (2018). *El Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) en la agenda de cooperación en salud delMercosur y la emergencia del virus del zika*. Ministerio de Salud de Brasil, Oficina de Asuntos internacionales de salud, Brasilia. Obtenido de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_politica_externa_20anos_espanhol.pdf#page=203
- Fuste, M., Pèrez, M., & Paz, L. (ene-junio de 2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Novedades en poblacion*(27), 1-9. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v14n27/rnp120118.pdf>
- Gafas, C., Roque, Y., & Bonilla, G. (Octubre de 2019). Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. (Elsevier, Ed.) *Educacion Medica*, 20(1), 136-142. doi:<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023>
- Gallego, J., Lineros, C., Nuin, B., & Sastre, M. (2018). En-red-andando: dialogando sobre salud comunitaria y redes. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 63-65. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.004>
- García, G., Nivaldo, L., Lutzow, M., & Valdes, J. (2020). Vigilancia Epidemiologica. *Access Medicina*. Obtenido de https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Capitulo-14_-Vigilancia-epidemiologica.pdf
- Giraldo, P., Betancur, A., & Joya, J. (2020). *Diseño de programa de vigilancia epidemiológica de riesgo cardiovascular en Emprestur*. trabajo de grado- especializacion, Antioquia, Medellin. doi:<https://repositorio.ecci.edu.co/handle/001/757>
- Gomez, J., & Ospina, L. (2018). *Formulación del programa de vigilancia epidemiológica para las líneas de producción de esmaltes y compactos de la empresa laboratorios cosméticos VOGUE S.A.S. localizada en Soacha*,

- Cundinamarca.** Bogota: Universidad Distrital Francisco Jose de Caldas. doi:http://hdl.handle.net/11349/14607
- Guevara, M., & Marruffo, M. (abril-junio de 2021). La promocion de la salud en el contexto de la pandemia de Covid-19. *espacio abierto*, 30(2), 66-86. doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.4965996
- Gutierrez, A. (2017). La evaluación de programas e intervenciones sanitarias en el marco de los programas presupuestales de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 34(3), 363-4. doi:doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.3139
- Hurtado, E., Losardo, R., & Bianchi, R. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18,25. Obtenido de https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2147/Rev-1-2021_pag-18-25_Losardo.pdf
- laquinta, Fiorella, & Cousillas, A. (2019). Enfoque ecosistémico para la salud: prácticas y aportes desde el área de Toxicología de la Facultad de Química. *Trama*, 9(9), 93-94. Obtenido de http://www.auas.org.uy/trama/index.php/Trama/article/view/176
- Jauregui, A., Lazarte, D., & Lazarte, L. (2018). *Características de red de apoyo social, perdidas y generacion de nuevos vinculos en adultos mayores que viven en residencias y en hogares particulares*. Facultad de psicologia. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar de Plata. Obtenido de http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/695
- Jimenez, L. (2018). La política nacional de medicamentos en el contexto de América Latina. *Rev Cubana Salud Pública*, 44(2), 398-421. Obtenido de https://www.scielo.org/article/rcsp/2018.v44n2/398-421/
- Lima, M. (2017). Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *iên-cia & Saúde Coletiva*, 22(7), 2097-2108. doi:DOI: 10.1590/1413-81232017227.02742017
- LLanos, L., Arenas, D., Valcarcel, B., & Huepaya, O. (oct-dic de 2020). Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. *Rev Med Hered*(31), 266-273. doi:DOI: https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861
- Lopez, R. (Septiembre- Diciembre de 2018). El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*, 36(3), 18-30. doi:https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03

- Luebert, G. (2022). *Análisis de coherencia de los instrumentos de planificación elaborados en el marco de la gestión del Parque de la Naturaleza Humedal Río Maipo con los enfoques ecosistémicos y de género en el desarrollo*. Departamento de Trabajo Social. Santiago Chile: Universidad Alberto Hurtado. doi:<https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/26597>
- Macana, T., Quintero, M., Acuña, J., & Jimenez, W. (2020). Aplicaciones móviles de salud con respaldo en publicaciones científicas, para la mejora en el ejercicio de la optometría y la oftalmología. *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, 17(2), 1-21. doi:<https://doi.org/10.19052/sv.vol17.iss2.6>
- Macias, M. (2020). COVID- 19: La respuesta social a la pandemia. *Humanidades Medicas*, 20(1), 1-4. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v20n1/1727-8120-hmc-20-01-1.pdf>
- Martinez, J., Gallardo, C., Aguilo, A., Granados, C., Lopez, J., & Arroyo, H. (2018). La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. (E. España, Ed.) *Gac. Sant*, 36(1), 86-91. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
- Melgen, L., & Garcia, C. (2017). Análisis de la eficiencia del gasto sanitario de los países de América Latina y el Caribe. *Salud Publica de Mexico*, 59(5), 583-591. doi:<https://doi.org/10.21149/7816>
- Mira, J., Carrillo, I., Navarro, I., Guilaber, M., Vitaller, J., Perez, V., & Aguado, H. (2018). La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(1). doi:<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0172>
- Molina, A. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. (U. d. Antiocha, Ed.) *Cad. Saúde Pública*, 34(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00075117>
- Monroy, G., Pietro, O., Ramirez, P., Rivera, M., & Ortega, J. (2019). El derecho a la salud y su impacto sanitario en Sudamérica. 2014-2015. *Rev. Fac. Med.*, 67(3), 229-38. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.63585>

- Morales, M., & Diaz, D. (julio-diciembre de 2020). Bienestar psicológico en adolescentes en situación de vulnerabilidad: impacto de redes de apoyo social. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 7(14). Obtenido de <http://www.cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/225/442>
- Mujica, O., & Moreno, C. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica.*, 19(43). doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
- Naranjo, A., Arango, A., & Cruz, F. (2021). Herramientas tecnológicas para el control y seguimiento de pacientes con enfermedades respiratorias y soporte de oxígeno. *Acimed*, 32(2). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=107528>
- Narea, V., Fonseca, R., Rodriguez, K., & Armijo, C. (febrero de 2020). Análisis Situacional Integral de Salud en la comunidad El Fortín, Guayaquil. 2016. *Pro Sciences*, 4(31), 1-10. doi:<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol4iss31.2020>
- Nieves, C., Perez, M., Heras, J., Guitierrez, G., Diaz, J., & Ruiz, J. (octubre de 2018). Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 17-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.004>
- Nogueira, J., Goncalves, D., & Akerman, M. (2021). Políticas públicas adoptadas en la pandemia de la COVID-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la Promoción de la Salud para no volver al mundo que existía. *Global Health Promotion*, 28(1), 117-126. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975920977837>
- Osuna, D. (2019). *La participación de los actores sociales en el seguimiento y monitoreo de las políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional*. Nutricion Humana. Bogota: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69542>
- Paredes, N. (2020). La epidemiología crítica y el despojo de tierras y territorios: una reflexión teórica. *Revista Ciencia Salud*, 18, 1-21. doi:<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8994>
- Pastor, E. (2021). Compromisos, dilemas y desafíos del Trabajo Social con dimensión colectiva en tiempos de pandemia. *Revista de Trabajo Social e intervención social*, 32, 1-14. doi:<https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.11397>

- Pelaez, O., & Mas, P. (abril-junio de 2020). Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. *Revista Cubana de Salud Publica*, 46(2). Obtenido de <https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2358/es/>
- Perez, F., & Aaron, E. (2020). Redes Comunitarias y de soporte social como recurso para el cuidado y mantenimiento de la salud. (M. F. Colombia, Ed.) *Revista Salud y Sociedad UPTC*, 5(69), 33-43. Obtenido de <file:///C:/Users/Nilibeth/Downloads/663-198-PB.pdf>
- Poblet, C., & Gonzalez, A. (marzo de 2021). Herramientas para una orientación comunitaria de la atención primaria: el mejor sustrato para la prescripción social. *Formacion Medica Continuada*, 28(1), 21-32. doi:<https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.004>
- Puertas, E., Sotelo, J., & Ramos, G. (2020). Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 44(124). doi:<https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2020.124>
- Quintero, E., De la Mella, S., & Gomez, L. (Junio de 2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electronica*, 21(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30432017000200003
- Ravelo, R., Martin, A., Andres, M., Campos, P., Azpeitia, M., & Villarino, R. (2018). Implementacion local de la Estrategia de promocion de salud y prevencion, en el sistema nacional de salud. *Gaceta Sanitaria*, 32, 52-58. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.010>
- Reiner, L., Cruz, B., & Orozco, C. (enero-marzo de 2019). La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. *Edumecentro*, 11(1), 218-233. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v11n1/2077-2874-edu-11-01-218.pdf>
- Rillo, A. (2018). Actitudes Culturales y Salud. *Convergencia*, 12(13), 89-106. Obtenido de <https://convergencia.uaemex.mx/article/view/9607/7992>
- Rivas, M. (2018). Promoción de la salud como política. Un enfoque salutogénico del desarrollo. *Cuadernos de la escuela de salud publica*, 6(95). Obtenido de <https://asociacionvenezolanadesociologia.org/wp-content/uploads/2021/11/Promocion-de-la-salud-como-politica.pdf>
- Rivillas, J., Murad, R., Sanchez, S., Rivera, D., Calderon, M., Castaño, L., & Royo, M. (2020). Respuesta social a las medidas del gobierno para controlar

el nuevo coronavirus durante la etapa temprana en Colombia, 8-20 de abril de 2020. *Profamilia*, 1-17. doi:https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.13140%2FRG.2.2.24752.10249?_sg%5B0%5D=-WJwa2eXbQDWS0cEHBjBOflVellY30XwKqJQrEww-fAdjIQm8WHLNPpsvWPn4_lyKPOtx3SzBwuetDhQ9gVGDWEOiRg.YWGRu37M82bPftLqht4DksFzf8WOq3I05qavTiV_LnslACliLjCk9-tVT-NoCSH

Rizo-Beaza, M., Velandia, M., Noreña, A., & Cortes, E. (2018). La epidemiología como fundamento del diseño curricular de enfermería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. *Ciencia e innovación en Salud*, 1-14. doi:<https://doi.org/10.17081/innosa.58>

Rodríguez, R. (diciembre de 2021). Agentes comunitarios en salud: Reflexiones sobre sus practicas y aportes en la promocion de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 31-38. Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/34306/36717>

Rodríguez, R. (diciembre de 2021). Agentes comunitarios en salud: Reflexiones sobre sus practicas y aportes en la promocion de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 31-38. doi:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34306>

Roselli, D. (2020). Epidemiología de las pandemias. *Medicina*, 42(2), 168-174. doi:<https://doi.org/10.56050/01205498.1511>

Sidawi, T., & Garau, J. (2021). Mortalidad de Covid-19. Tendencias en la evolucion de la pandemia. *Dialnet*, 36(1), 42,49. doi:doi: 10.3306/MEDICI-NABALEAR.36.01.42

Sobrinho, C., Hernan, M., & Cofino, R. (2018). De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? *Gac. Sanit*, 32(1), 5-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>

Sobrinho, C., Hernan, M., & Cofiño, R. (octubre de 2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta sanitaria*, 32(1), 5-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>

Suarez, O., Fernandez, A., Vallina, H., Aldasoro, E., & Cofiño, R. (2018). Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. *Gaceta Sanitaria*, 32(6), 579-581. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.008>

- Suárez, O., Martínez, A., García, B., & Palacio, S. (2018). Claves para el éxito de la participación comunitaria: diálogos sobre participación en el ámbito local. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 48-51. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.003>
- Suarez, O., Martinez, A., Garcia, B., & Palacio, S. (2018). Claves para el exito de participacion comunitaria: dialogos sobre la participacion en el ambito local. Informe Sepas 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(1). doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.003>
- Teran, G., Mora, E., Gutierrez, M., Maldonado, S., Delgado, W., & Fernandez, A. (2017). Gestión de la innovación en los servicios de salud pública. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédica*, 36(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300016
- Tirado, A. (2021). El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. *Ciencias Biomedicas*, 10(1), 55-60. doi:<https://doi.org/10.32997/rcb-2021-3236>
- Tirado, A. (2021). El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. (U. d. Cartagena, Ed.) *Ciencias Biomedicas*, 10(1), 55-60. doi:<https://doi.org/10.32997/rcb-2021-3236>
- Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9(9), 50-59. doi:<http://hdl.handle.net/20.500.12729/324>
- Villarreal, J. (2020). Sinergia educación, prevención, promoción de salud comunitaria desde el paradigma de la sociocultura. *Hacia la promocion de la salud*, 25(2), 39-53. doi:<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.7>
- Vinces, M., & Campos, N. (Noviembre de 2019). Determinantes sociales de la salud. Políticas Públicas. *Dominio de las ciencias*, 5(4), 477-508. doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v5i1.1056>
- Yarasca, L. (2022). *Plan de intervención para la vigilancia epidemiológica en Covid-19 en la red asistencial Ica, 2020 - 2021*. Callao, Peru: Universidad Nacional del Callao. doi:http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6647/TA_2DAESP_YARASCA_FCS_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zuñiga, M. (2020). La comunidad del siglo XXI. Un marco interpretativo desde la perspectiva del trabajo social. *Cuadernos de trabajo social*, 33(1), 197-207. doi:<http://dx.doi.org/10.5209/cuts.64416>

Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 Ago [citado 2023 Ago 06] ; 10(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es.

García Pérez Carmen, Alfonso Aguilar Pedro. Vigilancia epidemiológica en salud. AMC [Internet]. 2013 Dic [citado 2023 Ago 06] ; 17(6): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000600013&lng=es.

EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA: UN ENFOQUE A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDEMO-EPIDEMICAS



Publicado en Ecuador
Enero 2026

Edición realizada desde el mes de noviembre del 2025 hasta
enero del año 2026, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 30, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.