LATIDOS DE HOSPITAL

Capítulo 1: Código rojo

Alfonso ya no sabe cuándo fue la última vez que comió algo saludable, fuera de la comida chatarra que compra en el kiosko de la esquina, o bebió agua, debido a las miles de horas de guardia, que apenas le dejan tiempo para su vida personal siendo residente de primer año (R1) de Cirugía General. Ni hablar de seguir jugando al volleyball como lo hacía hasta recibirse… apenas si corre unos 5 kilómetros algún día que no tiene guardias; pero es su vocación y está dispuesto a hacer lo que sea necesario con tal de convertirse en el mejor médico. Ser R1 implica pasar por un período intenso y desafiante, pero también muy formativo, ya que sienta las bases para su futura carrera sabiendo que es un año clave para adquirir la experiencia práctica.

Cuando Alfonso tenía 15 años, su abuela fue diagnosticada con artritis reumatoidea, lo que disparó su vocación de ser médico, sumado a su deseo de hacer su residencia en el Hospital Escuela José Francisco de San Martín. En este hospital público de la ciudad Capital de Corrientes, más conocido como “el Escuela”, se salvan vidas a diario, y es donde en el año 1976 se inició el sistema de Residencias Médicas por primera vez en la región Nordeste del territorio argentino. Aquí, médicos y residentes trabajan sin descanso a un ritmo frenético de la sala de Emergencias, dado que este hospital público posee una unidad de STROKE para el tratamiento de personas que hayan padecido un Accidente Cerebro Vascular (ACV). Las tensiones, las emociones, aceleran el pulso del personal donde médicos, enfermeros, kinesiólogos, bioquímicos y administrativos, viven cada vez más al límite.

En la sala de residentes, los vemos estudiando y escribiendo. Un grupo muestra un cuadro comparativo y el otro grupo diseña un diagrama de flujo, referido al ACV como la función específica de la Unidad y pensando qué modelo o paradigma se aplica a cada caso.

La Dra. Alicia Martínez tiene 59 años, y este año va a ser reconocida por sus 35 años de médico. Ella es la jefa del Servicio de Emergencias, donde comenzó a trabajar hace más de 30 años. Antes, Alicia fue residente y llegó a ser jefa de residentes y, terminada su capacitación, se incorporó al plantel de médicos del Hospital Escuela. Todos los martes a la noche se juntan a jugar un partido de cestoball con algunas médicas y kinesiólogas del Escuela que se suman.



De repente, el enfermero Eduardo Blanco, o “Blanco” como todos lo llaman, ingresa rápidamente a la sala de residentes visiblemente preocupado, donde se encuentra Alfonso revisando unas historias clínicas electrónicas con la Dra. Martínez. Blanco tiene 35 años y es Licenciado en Enfermería egresado de la UNNE, y aunque siempre quiso seguir la carrera de medicina, tenía un hijo que mantener por lo que, recién recibido, comenzó a trabajar ad honorem primero en el Caps del Barrio La olla, cerca de donde vive, hasta que tuvo la oportunidad de unirse, ya contratado, al

LATIDOS DE HOSPITAL

Capítulo 1: Código rojo

Servicio de emergencias del Escuela. Blanco camina diariamente unas 10 cuadras para poder tomar el colectivo que lo trae hasta el hospital. Está entrenada en caminar, ya que todos los días recorre varias veces los largos pasillos del Escuela entre la emergencia y las salas de internación donde visita a los pacientes.

-Enfermero Blanco: *¡Dra. Martínez! Paciente en código rojo, masculino de 45 años, quejándose de dolor en el pecho y dificultad para respirar.*

-Dra. Martínez: *(de pie de un salto) ¿Qué tan grave?*

-Enfermero Blanco: (mientras se prepara) *Tiene antecedentes de hipertensión. Está en camino y viene del barrio La olla, donde la salud de ahí no es "NORMAL".*

- Dra. Martínez a Alfonso: *¿Sabes por qué le dicen la olla? Porque el barrio está en un pozo y se inunda siempre, ¡imaginate ahora! Con las lluvias y los mosquitos cómo va a estar el barrio, es un caldo de cultivo para el dengue. Además, en el acceso al barrio, en un baldío, hay una montaña de basura. Cuando paso por allí, el mal olor me lo recuerda. ¿Y sabes qué pasa cuando todo se inunda? El agua se lleva los restos de alimentos, animales muertos, papeles, plásticos y lo que encuentre a su paso, contaminando las aguas subterráneas.*

- Alfonso: (nervioso) *¿Qué debemos hacer? quizás debemos ir al barrio para ver qué podemos hacer por esa gente, tal vez un poco de prevención y promoción de la salud.*



Material de la asignatura Medicina Hombre y Sociedad

Compilado por Dr. Juan Pablo Coulleri

Eje: Ambiente Año: 2021

Objetivos:

- Comprender las Definiciones de Ambiente, Ambiente Saludable y Contaminación ambiental.
- Identificar los distintos tipos de contaminantes.
- Reconocer los efectos de las acciones antrópicas sobre el ambiente.
- Conocer las políticas nacionales e internacionales para el cuidado del ambiente.

Contenidos

- Concepto de Ambiente, Ambiente Saludable y Contaminación.
- Historia de la Contaminación
- Lluvia ácida
- Legislación Ambiental
- Bibliografía

Ambiente, Ambiente Saludable, Contaminación, Legislación.

El ambiente y su importancia para los Seres Humanos

Como todos los seres vivos, los seres humanos dependen del ambiente que los rodea para satisfacer sus necesidades de salud y supervivencia, y aunque presentan resistencia a acontecimientos o condiciones ambientales nocivas, su salud es vulnerable a dichas condiciones.

Por lo tanto, cuando el ambiente deja de satisfacer las necesidades básicas y al mismo tiempo presenta numerosos riesgos, la calidad de vida y la salud de las personas se ven muy afectadas.

Ahora bien, para continuar debemos preguntarnos ¿Qué es el ambiente? El ambiente es un sistema conformado por elementos bióticos (organismos vivos) y abióticos (energía, suelo, aire, etc.) que integran la delgada capa de la tierra llamada biosfera. La biósfera se define como el espacio comprendido entre los 10 km por debajo del nivel del mar y los 8 km por encima del mismo; integra a la litosfera (suelo), la hidrosfera (agua) y la atmósfera (aire). Además, debemos considerar factores naturales, culturales y sociales interrelacionados entre sí que condicionan la vida del hombre y que a su vez son constantemente modificados y condicionados por éste.

La relación con el ambiente es la relación que se establece entre el individuo y el mundo que lo rodea. Puede ser limitado, en cuyo caso se habla de microambiente, o incluir regiones extensas, a lo que se llama macroambiente.

Entonces, consideramos ambiente a todo lo que nos rodea y las relaciones que establecemos con ese "todo que nos rodea" (Fig. 1), y este sistema debe satisfacer todas nuestras necesidades básicas sin que ello represente un riesgo para nuestra salud o calidad de vida, es decir, debe ser "saludable". Por consiguiente, podemos definir como "ambiente sano o saludable" a aquel ambiente en el que todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona que pudieran dañar a la salud de los habitantes actuales o futuros de un determinado lugar se encuentran en un mínimo aceptable (Organización Mundial de la Salud, 2016). Y, ¿cuánto es este mínimo aceptable? Depende de cada factor que consideremos, los cuales, a lo largo del eje ambiente de la asignatura medicina, hombre y sociedad vamos a ir tratando.

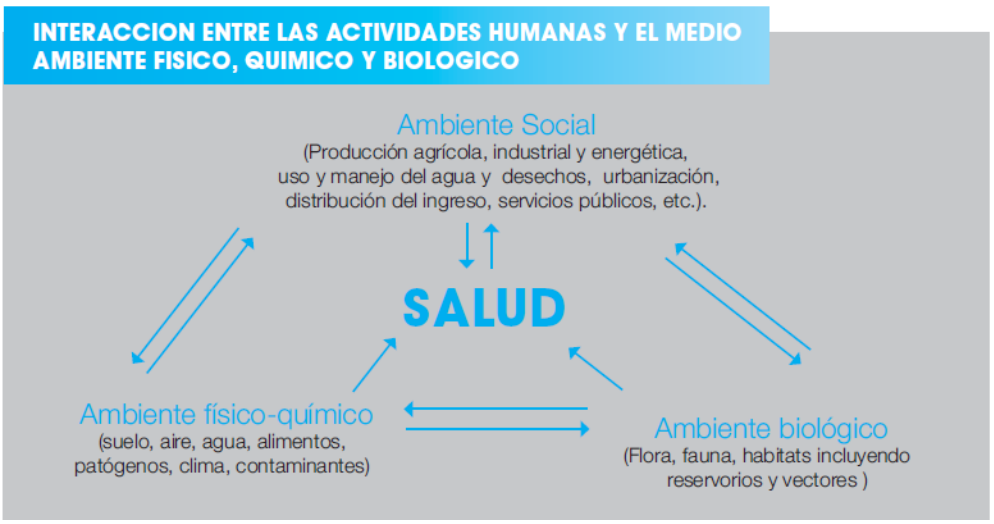


Fig. 1. Interacciones entre las actividades humanas y el medio físico, químico y biológico.
Fuente: Organización PANAMERICANA DE LA SALUD. Nuestro planeta, nuestra salud: informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS. OPS. 1993: 8.

Pero, **¿Qué importancia tienen los efectos del ambiente en la salud?** La OMS en 2006 estimó que en todo el mundo el 24% de la carga de morbilidad (años de vida sana perdidos) y aproximadamente el 23% de todas las defunciones (mortalidad prematura) eran atribuibles a factores ambientales. En los niños de 0 a 14 años, el porcentaje de muertes que podían atribuirse al ambiente era de hasta un 36%. Existen grandes diferencias entre regiones en la contribución del ambiente a las diversas enfermedades, principalmente debido a las diferencias en la exposición ambiental y el acceso a la atención sanitaria entre las diversas regiones. Por ejemplo, aunque el 25% de todas las muertes registradas en las regiones en desarrollo son atribuibles a causas ambientales, en las regiones desarrolladas sólo el 17% de las muertes se atribuían a estas causas (Fig. 2).

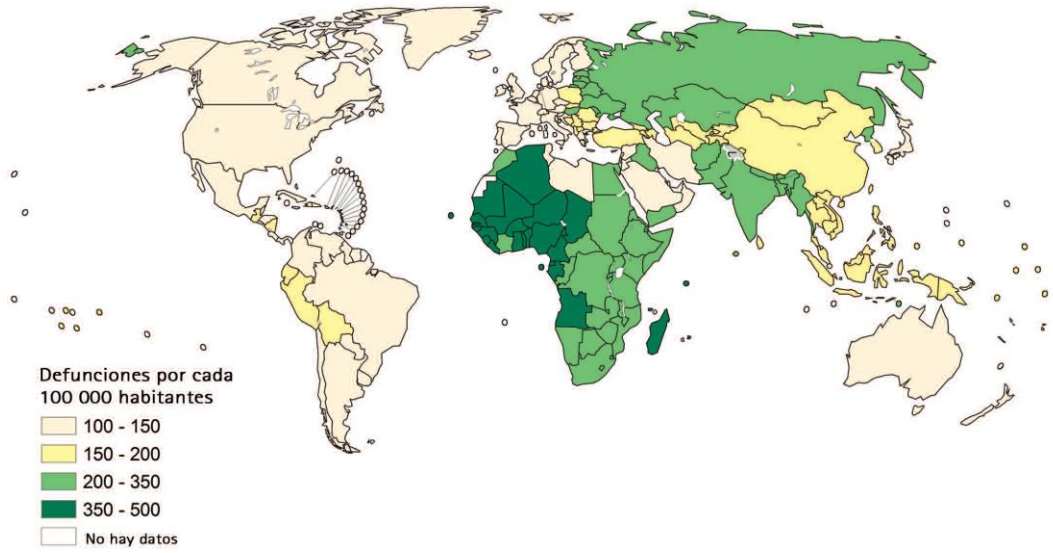


Fig. 2. Carga de morbilidad ambiental por subregiones de la OMS correspondiente al año 2002. Fuente: ambientes saludables y prevención de enfermedades, OMS, 2006

La mayor diferencia global entre las regiones se registra en la categoría de las enfermedades infecciosas. El número total de años de vida sana perdidos por habitante a consecuencia de factores ambientales es 15 veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados.

La prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones de las vías respiratorias inferiores relacionadas con el ambiente es entre 120 y 150 veces mayor en determinadas subregiones de países en desarrollo que en subregiones de países desarrollados. Como se explicó anteriormente éstas diferencias se deben a variaciones en la exposición a riesgos ambientales y en el acceso a la atención sanitaria.

Por su parte, en los países desarrollados hay una mayor carga de enfermedades cardiovasculares y cánceres atribuible a factores ambientales. Las cifras de años de vida sana perdidos por habitante a causa de enfermedades cardiovasculares es siete veces mayor que en las regiones en desarrollo, y las tasas de cáncer son cuatro veces mayores. La inactividad física es un factor de riesgo de diversas enfermedades no transmisibles, entre ellas la cardiopatía isquémica, los cánceres de mama, colon y recto, y la diabetes mellitus. Se ha calculado que en determinadas regiones desarrolladas, como América del Norte, los niveles de inactividad física podrían reducirse en un 31% mediante intervenciones ambientales, una utilización de la tierra en zonas urbanas y un transporte adecuados para peatones y ciclistas, e instalaciones y políticas de esparcimiento y del lugar de trabajo que favorezcan estilos de vida más activos.

Entre las enfermedades con la mayor carga absoluta atribuible a factores ambientales modificables se encuentran:

- La carga de morbilidad por diarrea está asociada en aproximadamente un 94% a factores de riesgo ambientales tales como el consumo de agua no potable y el saneamiento y la higiene insuficientes.
- Las infecciones de las vías respiratorias inferiores están asociadas a la contaminación del aire en locales cerrados, relacionada en gran medida con la utilización de combustible sólido en los hogares y posiblemente con la exposición pasiva al humo del tabaco, así como con la contaminación del aire exterior. En los países desarrollados, aproximadamente el 20% de estas infecciones son atribuibles a causas ambientales, y en los países en desarrollo ese porcentaje llega hasta un 42%.
- •Lesiones accidentales están las causadas por los peligros en el lugar de trabajo, la radiación y los accidentes industriales; el 44% de estos traumatismos son atribuibles a factores ambientales.

En la Fig. 3 puede apreciarse una lista de las 24 enfermedades con la mayor carga de

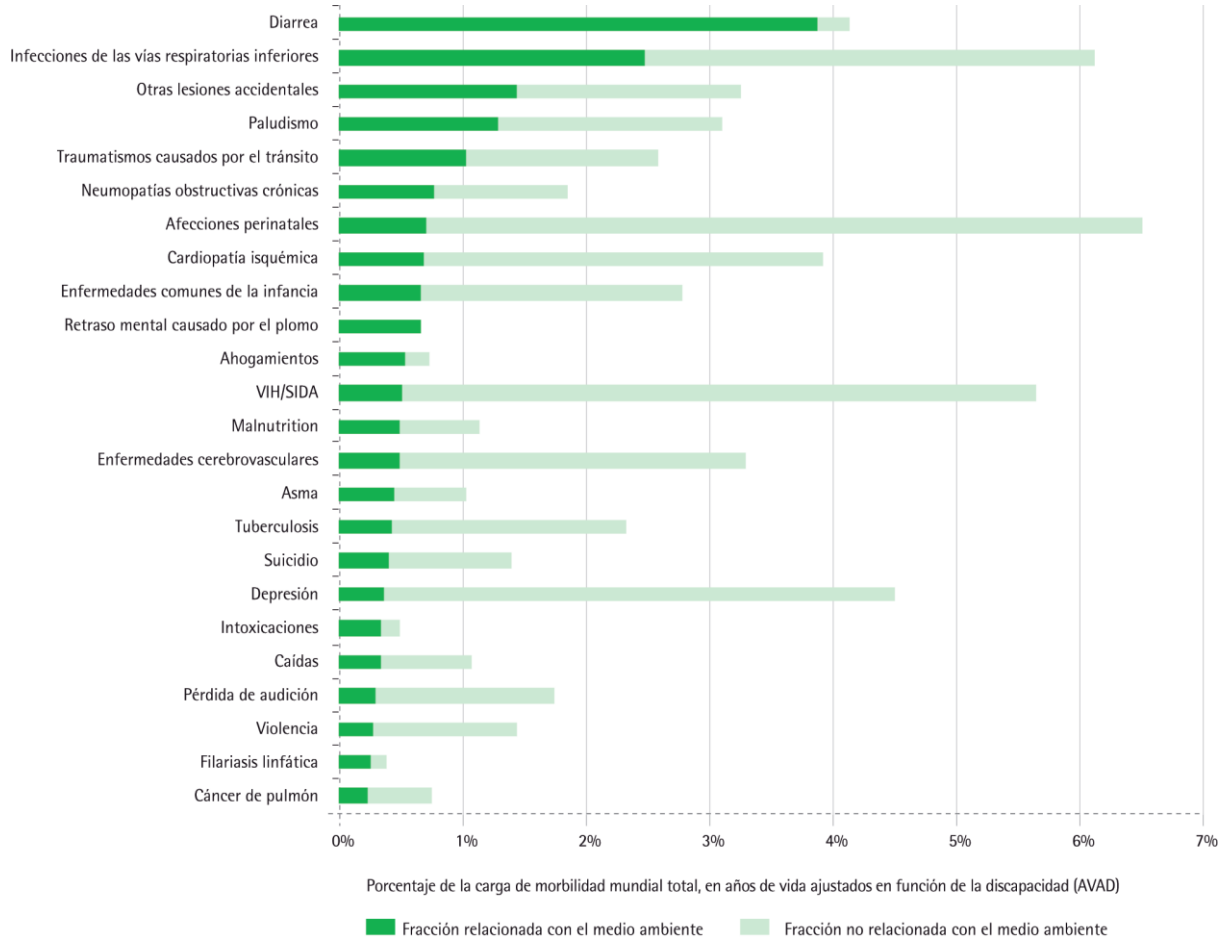


Fig. 3. Enfermedades con la mayor contribución causal del medio ambiente**.**
La barra verde oscura más la barra verde clara del diagrama representan la carga de morbilidad total. Retraso mental (causado por el plomo), tal como se define en la lista de enfermedades de la OMS correspondiente a 2002, accesible en Internet (www.who.int/evidence).
AVAD: una medida ponderada de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad.
Fuente: Ambientes saludables y prevención de enfermedades, OMS, 2006

morbilidad global atribuible al ambiente.

Y, **¿Cuál es la población que más sufre debido a los riesgos para la salud relacionados con el ambiente?** En todo el mundo, el número de años de vida sana perdidos por habitante debido a factores de riesgo ambientales es aproximadamente cinco veces mayor entre los niños de 0 a 5 años que en la población en general.

La diarrea, el paludismo y las infecciones respiratorias arrojan un gran porcentaje de morbilidad atribuible al ambiente, y también son algunas de las más mortíferas entre los niños menores de cinco años. En los países en desarrollo, el porcentaje de estas tres enfermedades atribuible al ambiente representa como promedio el 26% de todas las defunciones de niños menores de cinco años. Las enfermedades perinatales (por ejemplo, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal del recién nacido), la malnutrición proteino-energética y las lesiones accidentales, que son otros de los principales causantes de mortalidad entre los niños, también tienen un importante componente ambiental, en especial en los países en desarrollo.

Los niños de los países en desarrollo pierden, como promedio, ocho veces más años de vida sana por habitante que los de los países desarrollados, debido a enfermedades causadas por el ambiente.

En algunas regiones muy pobres del mundo sin embargo, la diferencia es mucho mayor; en ellas, el número de años de vida sana perdidos por habitante debido a infecciones de las vías respiratorias inferiores en la infancia es 800 veces mayor; el de traumatismos causados por el tránsito es 25 veces mayor, y el de enfermedades diarreicas 140 veces mayor. Estas estadísticas no reflejan los efectos a largo plazo de las exposiciones que se producen a una edad temprana pero no se manifiestan como enfermedad hasta años después.

Contaminación ambiental

Las actividades humanas actúan hoy en el mundo y ejercen presiones sobre el ambiente en forma de emisiones de contaminantes, agotamiento de los recursos, cambios del uso de la tierra y otras modificaciones. Estas presiones alteran la calidad del mismo. La degradación de la calidad del ambiente puede, a su vez, causar exposiciones nocivas para el hombre, con posibles efectos para su salud. Sin embargo, la magnitud de estas exposiciones depende no solo de su nivel, sino también de la proximidad de la población a la amenaza. Por consiguiente, incluso cantidades relativamente pequeñas de contaminantes pueden tener un gran impacto en la salud, si se liberan cerca de asentamientos humanos.

Ahora bien, **¿qué es la contaminación ambiental?** Se le llama contaminación ambiental a la presencia, introducción o acumulación de sustancias, organismos y formas de energía que no pertenecen a un ambiente o que sobrepasan los límites de éste, que en cualquiera de sus estados físicos y químicos al incorporarse o actuar en la atmósfera, suelos, o agua causan desequilibrios en la salud y daños reales en el mismo. Existen diferentes tipos de contaminación, siendo las más importantes aquellas que afectan a los recursos naturales básicos: aire, suelos y agua.

Algunas de las alteraciones ambientales más graves relacionadas con los fenómenos de contaminación son los escapes radiactivos, smog, efecto invernadero, lluvia ácida, destrucción de la capa de ozono, la eutrofización de las aguas o las mareas negras y finalmente el calentamiento global.

Por su parte, los contaminantes se pueden clasificar de acuerdo con su estado físico, el tipo, la rapidez con que se transforman en el medio ambiente y por el lugar donde se depositan.

Así, en relación con su estado, pueden ser sólidos, líquidos o gaseosos.

- Por su tipo son:

Físicos: Los contaminantes físicos son diferentes formas de energía que pueden producir alteraciones en el medio y afectar la salud de las personas. Básicamente, las formas de energía capaces de afectar la salud de las personas son las radiaciones, el ruido y las vibraciones (energía vibratoria) y la energía térmica (incremento de la temperatura ambiente).

Químicos: Como contaminantes químicos se puede entender toda sustancia orgánica e inorgánica, natural o sintética que tiene probabilidades de lesionar la salud de las personas en alguna forma o causar otro efecto negativo en el ambiente.

Biológicos: son organismos con un determinado ciclo de vida que al penetrar en el hombre, determinan en él un efecto adverso para su salud, distinto en cada caso según su agente causal. También se consideran contaminantes biológicos a las sustancias y/o secreciones procedentes de estos seres vivos.

Psicológicos: Son los contaminantes relacionados con la percepción del ambiente geográfico y el paisaje, incluye aspectos tales como: el espacio personal, el territorio, la intimidad, el hacinamiento, los edificios, los muebles, la luminosidad, el color, y todo lo que afecte la estética o visualización de una zona.

Sociales: Son los contaminantes causados por las relaciones humanas, sobre todo laborales, que desencadenan tensiones emocionales, y llevan a la angustia, depresión y enfermedades. Algunos ejemplos son: la división del trabajo y la especialización en tareas simples y rutinarias, el salario, la promoción y el mando.

- Por la rapidez con que se transforman se agrupan en:

Contaminantes no degradables: Son aquellos contaminantes que no se descomponen por procesos naturales. Por ejemplo, son no degradables el plomo y el mercurio. La mejor forma de tratar los contaminantes no degradables (y los de degradación lenta) es evitar arrojarlos al medio ambiente o reciclarlos o reutilizarlos. Una vez que se encuentran contaminando el agua, el aire o el suelo, tratarlos, o eliminarlos es muy costoso y, a veces, imposible.



Contaminación por plomo, existente en las

Contaminantes de degradación lenta o persistente: Son aquellas sustancias que se introducen en el medio ambiente y que necesitan décadas o incluso siglos para degradarse. Ejemplos de contaminantes de degradación lenta o persistente son el DDT y la mayor parte de los plásticos.



Contaminantes degradables o no persistentes: Los contaminantes degradables o no persistentes se descomponen completamente o se reducen a niveles aceptables mediante procesos naturales físicos, químicos y biológicos.

Contaminantes biodegradables: Los contaminantes químicos complejos que se descomponen (metabolizan) en compuestos químicos más sencillos por la acción de organismos vivos (generalmente bacterias especializadas) se denominan contaminantes biodegradables.

Ejemplo de este tipo de contaminación son las aguas residuales humanas en un río, las que se degradan muy rápidamente por las bacterias, a no ser que los contaminantes se incorporen con mayor rapidez de lo que lleva el proceso de descomposición.

- Por último, al considerar el lugar donde se desechan, se clasifican en contaminantes de la atmósfera, del suelo, del agua y de los alimentos

Si bien la problemática ambiental ha tomado relevancia en las últimas décadas, lejos está de ser un problema reciente. Debemos tener en claro que **TODA** actividad humana que modifique la naturaleza provoca algún desecho. De hecho, desde su aparición hace aproximadamente 4.000.000 de años en África pueden apreciarse en los yacimientos arqueológicos restos de material de fabricación lítico, cueros y partes de plantas no comestibles.

Sin embargo, la poca densidad demográfica de los grupos de cazadores recolectores y la presión cinegética de bajo nivel que ejercían sobre los recursos, hacían que la contaminación generada por estos grupos fuera perfectamente digerida por los diferentes ecosistemas. Con el advenimiento de la sociedad moderna (basada en la generalizada actividad industrial y el uso de nuevas tecnologías operadas mediante combustibles fósiles) se introdujeron nuevos contaminantes y provocaron la aparición de nuevos riesgos para la salud humana y el ambiente.

La acumulación de contaminantes en las primeras etapas del desarrollo urbano estaba básicamente localizada a la misma urbe en ciernes. Este era el caso de las primeras ciudades del oriente próximo durante la revolución neolítica (11.000 a 9.000 años a.C), el paso de nómadas a sedentarios con el advenimiento de la agricultura (Fig. 4).

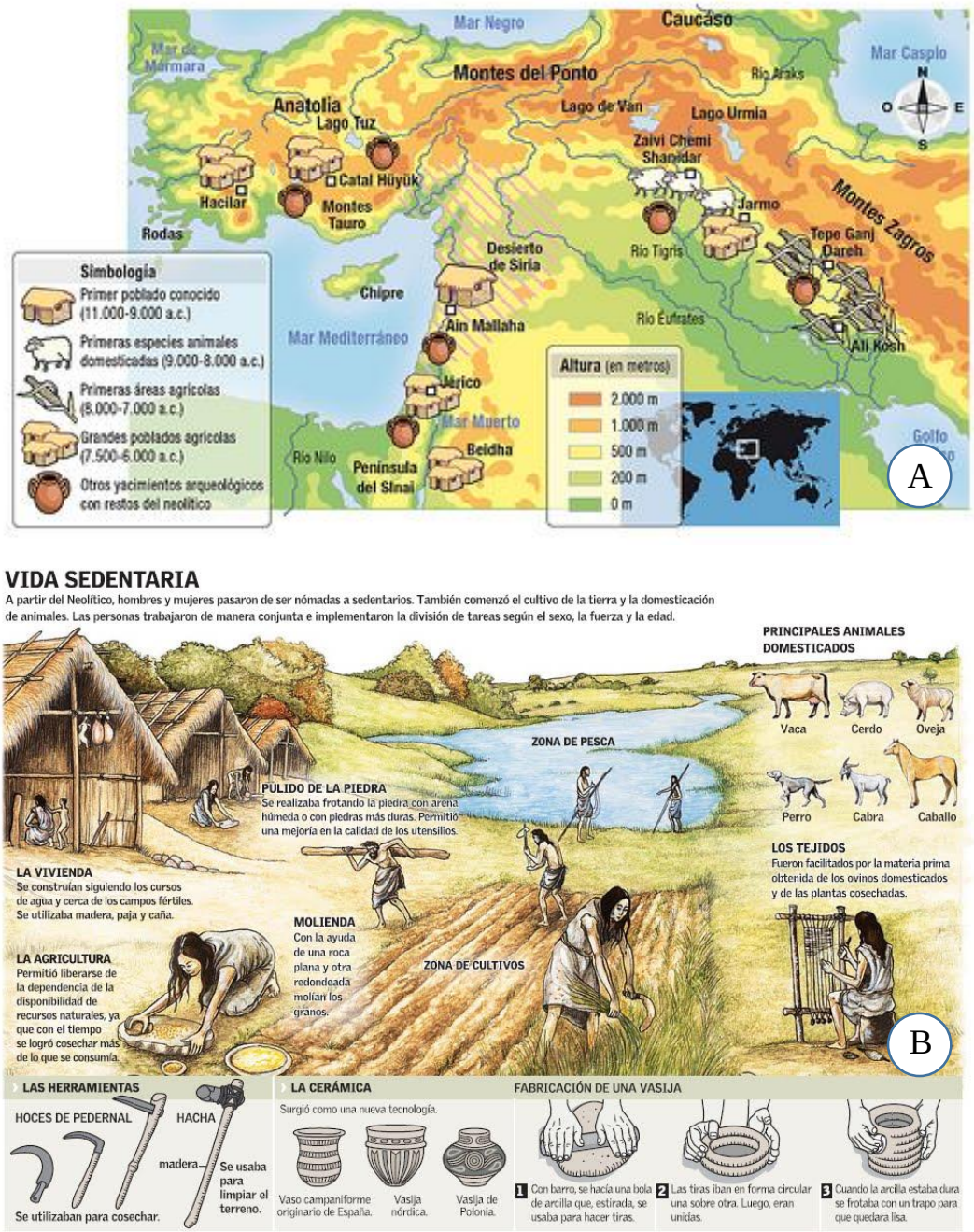


Fig. 4. A. Primeras ciudades del Neolítico. B. Modelo de asentamiento y actividades humanas que llevaron a la revolución Neolítica.

Estas ciudades estaban construidas sobre enormes montañas de basura, conformada por restos carbonizados de alimentos y las heces fosilizadas (coprolitos), así como los restos de plantas y animales, dan información invalorable sobre las técnicas agrícolas y las dietas de las sociedades antiguas.

Esta acumulación de basuras en las calles causa severos problemas de salud como las que pueden observarse en la Fig. 5

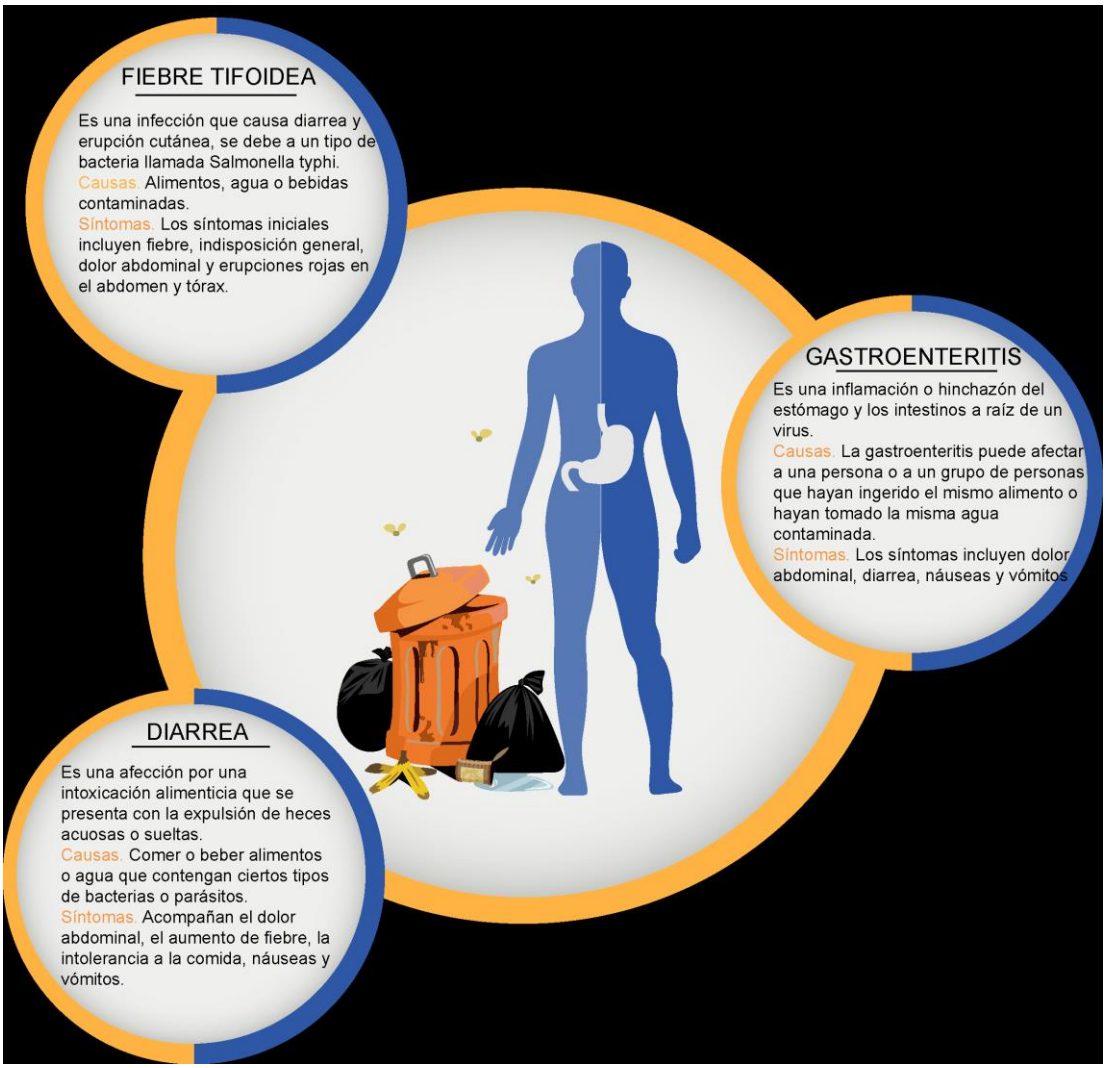


Fig. 5. Enfermedades transmitidas por la acumulación de basura en la vía pública.

Otros de los problemas de estas sociedades primitivas fue deshacerse de los excrementos y la orina humana y asegurarse un abastecimiento de agua potable que no estuviese contaminada por estos desechos. Dado que el abastecimiento de agua tiene dos problemas estrechamente relacionados: la necesidad de garantizar la cantidad y la calidad. Los grupos dedicados a la recolección y la caza buscaban el agua en los arroyos y en los manantiales, cuya ubicación a menudo condicionaba los lugares donde acampaban, y al desplazarse de forma bastante regular normalmente evitaban grandes problemas de contaminación. La formación de sociedades sedentarias convirtió en esencial la existencia de un suministro fiable de agua, y la mayoría de los asentamientos crecieron alrededor de un arroyo, de un manantial o de un pozo. En la

mayoría de los pequeños asentamientos rurales repartidos por todo el mundo, estas son las



Fig. 6. A) Asentamiento nómade, al borde de un espejo de agua. B) Ciudad Sumeria bordeada por el Río Éufrates.

únicas fuentes de abastecimiento

Miles de años más tarde (499-336 a.C.), algunos de los primeros acueductos para llevar agua a las ciudades desde fuera de ella se construyeron en Grecia. El sistema adoptado fue el de túneles subterráneos en Samos y en Atenas (Fig. 7. A). El sistema se extendió por todo el Mediterráneo antiguo desde España y el sur de Francia hasta Cartago y Alejandría. Hacia el 312 a.C., los romanos advirtieron que el río Tíber estaba demasiado contaminado para usarlo como agua potable y construyeron su primer acueducto. Hacia el siglo I de nuestra era, Roma dependía de nueve sistemas de este tipo, que tenían una extensión total de 423 kilómetros y suministraban toda el agua potable de la ciudad, abasteciendo además a 1.000 baños públicos (Fig. 7. B,C).

Este sistema de distribución de agua fue y es utilizado por las grandes ciudades desde el mediterráneo clásico hasta la actualidad, aunque en nuestros días también se incorporaron los sistemas de potabilización y depuración de las aguas transportadas, estos dos últimos procesos fueron inventados en Inglaterra en el año 1869.

La importancia de contar con agua limpia consiste tanto en la antigüedad como en la actualidad es evitar las enfermedades sanitarias tales como la ***Salmonelosis*** **(***Salmonella typhi*), ***Fiebre paratifoidea*** (*Salmonella paratyphi*), ***Disenteria*** (*Shigella dysenteriae*), ***Hepatitis vírica A***, ***Colera*** (*Vibrio cholerae*), ***Ancilostomasis*** (*Necastor americanus y Ancylostoma duodenale, Ancylostoma ceylanicum*), ***Amibiasis*** (*Entamoeba histolytica*), entre otras (Fig. 8).

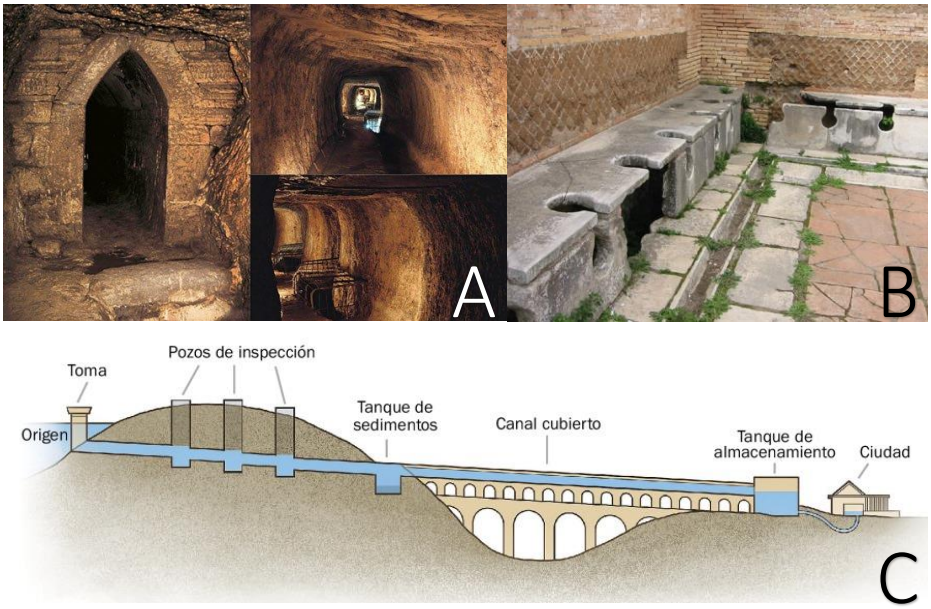


Fig. 7. A) Túneles acueductos Griegos; B) Baños públicos romanos; C) Sistemas de acueductos Romanos.

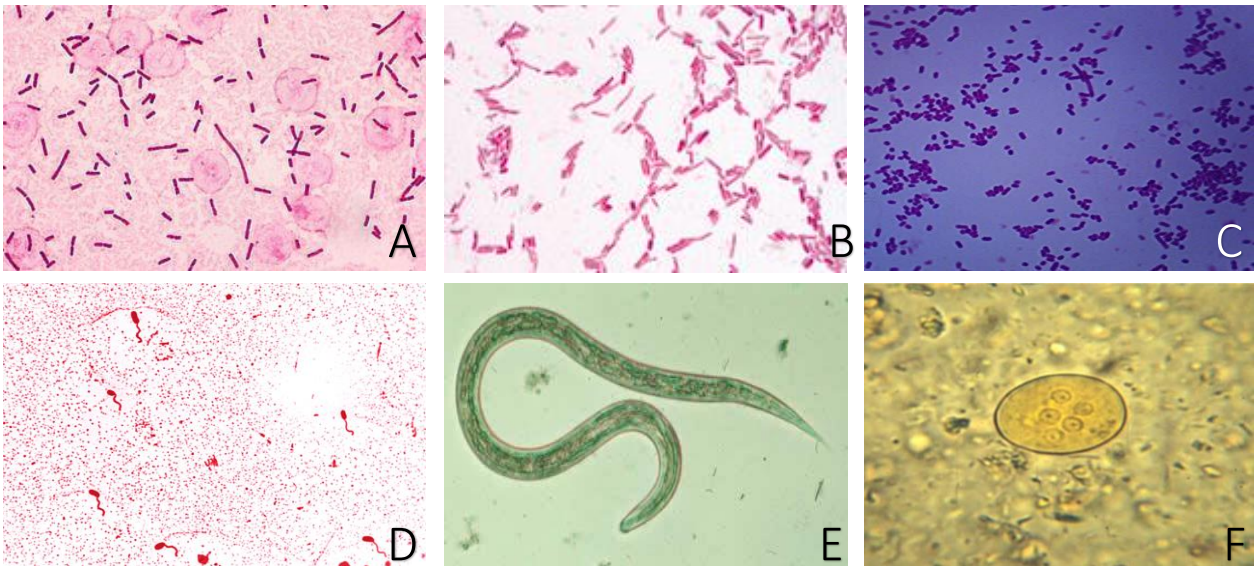
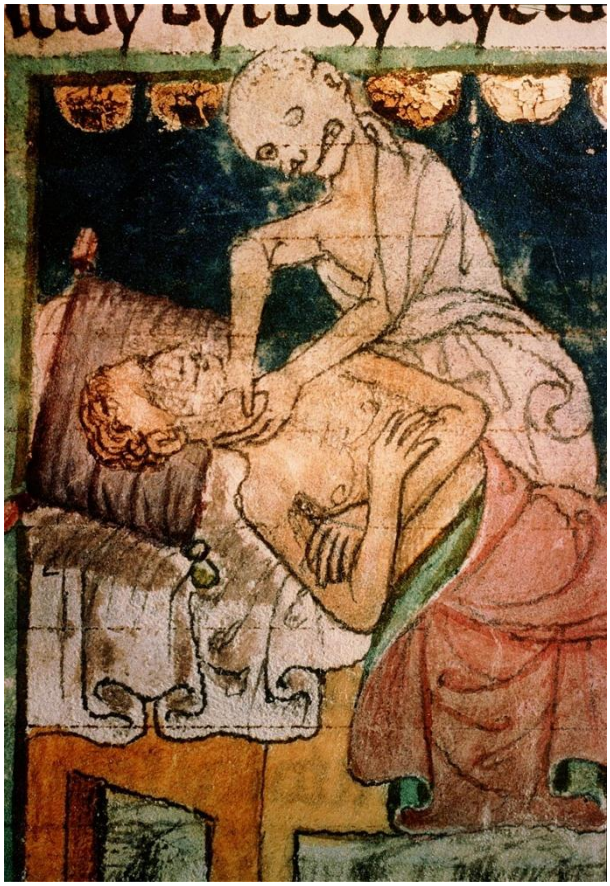


Fig. 8. Microorganismos que afectan la salud humana presentes en aguas contaminadas con excretas humanas. A) *Salmonella typhi*, B) *Salmonella paratyphi*, C) *Shigella dysenteriae*, D) *Vibrio cholerae*, E) *Ancylostoma duodenale*, F) *Entamoeba histolytica.*

Con el paso de los años y el desarrollo de las civilizaciones, el comercio comenzó a extenderse. Por lo tanto, si anteriormente el comercio se daba solo entre productores de una misma región, después se realizaba entre personas de una misma comarca. Desde las comarcas,

el comercio se extendió a las regiones, llegando al punto que terminó por convertirse en lo que actualmente se le conoce como comercio internacional. Pero, el intercambio comercial entre naciones no solo se trató de bienes comerciales, también fueron transportados (accidentalmente por supuesto) patógenos y vectores entre ciudades y regiones. Así, surgió la primera pandemia de la que se tenga registro, la Plaga de Justiniano.



Hoy en día se sabe que el agente etiológico de ésta pandemia fue la bacteria *Yersinia pestis* es decir la Peste Bubónica. Los contagios comenzaron en la región de Etiopia y Yemen en el año 538 d.C. y la enfermedad rápidamente fue propagada por las rutas comerciales romanas hasta el corazón mismo del Imperio Bizantino. Esta pandemia duró 8 años y se cobró la vida de aproximadamente 50 millones de personas. Los vectores de la enfermedad son la rata negra y la pulga, las primeras fueron transportadas en barcos desde África hasta Europa, y desde aquí al resto del mundo. Cuando la pulga se alimenta de una rata infectada, el insecto se convierte en vector, y al alimentarse de un ser humano, inocula la bacteria a estos produciendo la conocida enfermedad. Una misma pulga puede contagiar hasta 130 individuos.

Muchos investigadores señalan que la propagación de la epidemia, en esta época está relacionada con los cambios climáticos sucedidos durante los años 535 - 536. Estos cambios se centrarían en la disminución de la luz solar que entraría en la tierra debido al oscurecimiento del sol. Para los autores, las consecuencias de este fenómeno provocarían un auténtico caos que se traduciría en hambre, epidemias, migraciones e inestabilidad política de muchas regiones. Sería un fenómeno mundial que afectaría a África, Europa, Asía, Mesoamérica y Sudamérica. En cuanto a la epidemia los cambios climáticos provocarían excesivas lluvias seguidas de sequías que provocarían la expansión de los vectores que propagaban la epidemia. En el este de África hay gran cantidad de especies que pueden propagar la epidemia como ratones o gerbilinos. Los gérbilinos tienen un carácter muy territorial y se pueden desplazar varios kilómetros para habitar

otros lugares. Estos gérbidos pudieron ir infectando a otros roedores y así extender la enfermedad y finalmente la enfermedad a la rata negra.

Por lo menos tres brotes de esta pandemia fueron registradas en la historia en un lapso de tiempo de casi 200 años llegando a infectar a poblaciones de India y China donde se tornó endémica para estas regiones. Estos últimos son los orígenes de **La peste negra,** esta pandemia



La peste, según el autor árabe Ibn al-Wardi, pudo tener origen en el «País de la Oscuridad», el kanato de la Horda de Oro, en territorio del actual Uzbekistán. Desde los puertos a las zonas interiores, la terrible plaga procedente de Asia se extendió por toda Europa en poco tiempo, ayudada por las pésimas condiciones higiénicas, la mala alimentación y los elementales conocimientos médicos.

La escala de colores se refiere a la incidencia de la enfermedad. En rojo se encuentran las áreas más afectadas.

se cobró la vida de casi 200 millones de personas

La peste negra también fue causada por el bacilo *Y. pestis* La bacteria rondaba los hogares durante un período de entre 16 y 23 días antes de que se manifestaran los primeros síntomas de la enfermedad. Transcurrían entre tres y cinco días más hasta que se produjeran las primeras muertes, y tal vez una semana más hasta que la población no adquiría conciencia plena del problema en toda su dimensión. La enfermedad se manifestaba en las ingles, axilas o cuello, con la inflamación de alguno de los nódulos del sistema linfático acompañada de supuraciones y fiebres altas que provocaban en los enfermos escalofríos, rampas y delirio; el ganglio linfático inflamado recibía el nombre de bubón o carbunco, de donde proviene el término «peste bubónica».

La forma de la enfermedad más corriente era la peste bubónica primaria (Fig. 9 A), pero había otras variantes: la peste septicémica, en la cual el contagio pasaba a la sangre, lo que se manifestaba en forma de visibles manchas oscuras en la piel (Fig. 9 B) –de ahí el nombre de «muerte negra» que recibió la epidemia, y la peste neumónica, que afectaba el aparato respiratorio y provocaba una tos expectorante que podía dar lugar al contagio a través del aire.

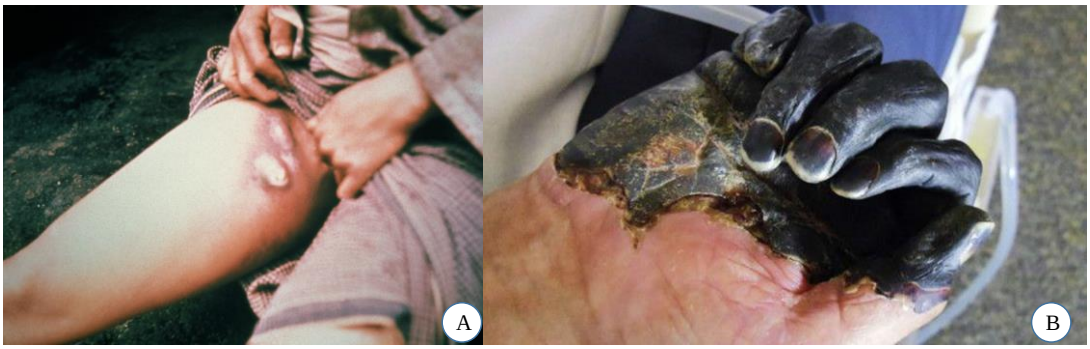


Fig. 9. A. Infección de *Y. pestis* en ganglio linfatico, Bubón en la ingle. B. Infección de *Y. pestis* septicémica, manchas oscuras en las manos y uñas.

La peste septicémica y la neumónica no dejaban supervivientes.

La peste negra de mediados del siglo XIV se extendió rápidamente por las regiones de la cuenca mediterránea y el resto de Europa en pocos años. El punto de partida se situó en la ciudad comercial de Caffa (actual Feodosia), en la península de Crimea, a orillas del mar Negro. En 1346, Caffa estaba asediada por el ejército mongol, en cuyas filas se manifestó la enfermedad. Se dijo que fueron los mongoles quienes extendieron el contagio a los sitiados arrojando sus muertos mediante catapultas al interior de los muros, pero es más probable que la bacteria penetrara a través de ratas infectadas con las pulgas a cuestas. En todo caso, cuando tuvieron conocimiento de la epidemia, los mercaderes genoveses que mantenían allí una colonia comercial huyeron despavoridos, llevando consigo los bacilos hacia los puntos de destino, en Italia, desde donde se difundió por el resto del continente.

Una de las grandes cuestiones que se plantean es la velocidad de propagación de la peste negra. Algunos historiadores proponen que la modalidad mayoritaria fue la peste neumónica o pulmonar, y que su transmisión a través del aire hizo que el contagio fuera muy rápido. Sin embargo, cuando se afectaban los pulmones y la sangre la muerte se producía de forma segura y en un plazo de horas, de un día como máximo, y a menudo antes de que se desarrollara la tos expectorante, que era el vehículo de transmisión. Por tanto, dada la rápida muerte de los

portadores de la enfermedad, el contagio por esta vía sólo podía producirse en un tiempo muy breve, y su expansión sería más lenta.

Los indicios sugieren que la plaga fue, ante todo, de peste bubónica primaria. La transmisión se produjo a través de barcos y personas que transportaban los fatídicos agentes, las ratas y las pulgas infectadas, entre las mercancías o en sus propios cuerpos, y de este modo propagaban la peste, sin darse cuenta, allí donde llegaban. Las grandes ciudades comerciales eran los principales focos de recepción. Desde ellas, la plaga se transmitía a los burgos y las villas cercanas, que, a su vez, irradiaban el mal hacia otros núcleos de población próximos y hacia el campo circundante. Al mismo tiempo, desde las grandes ciudades la epidemia se proyectaba hacia otros centros mercantiles y manufactureros situados a gran distancia en lo que se conoce como «saltos metastásicos», por los que la peste se propagaba a través de las rutas marítimas, fluviales y terrestres del comercio internacional, así como por los caminos de peregrinación.

Estas ciudades, a su vez, se convertían en nuevos epicentros de propagación a escala regional e internacional. La propagación por vía marítima podía alcanzar unos 40 kilómetros diarios, mientras que por vía terrestre oscilaba entre 0,5 y 2 kilómetros, con tendencia a aminorar la marcha en estaciones más frías o latitudes con temperaturas e índices de humedad más bajos. Ello explica que muy pocas regiones se libraran de la plaga; tal vez, sólo Islandia y Finlandia.

A pesar de que muchos contemporáneos huían al campo cuando se detectaba la peste en las ciudades (lo mejor, se decía, era huir pronto y volver tarde), en cierto modo las ciudades eran más seguras, dado que el contagio era más lento porque las pulgas tenían más víctimas a las que atacar. En efecto, se ha constatado que la progresión de las enfermedades infecciosas es más lenta cuanto mayor es la densidad de población, y que la fuga contribuía a propagar el mal sin apenas dejar zonas a salvo; y el campo no escapó de las garras de la epidemia. En cuanto al número de muertes causadas por la peste negra, los estudios recientes arrojan cifras espeluznantes. El índice de mortalidad pudo alcanzar el 60 por ciento en el conjunto de Europa, ya como consecuencia directa de la infección, ya por los efectos indirectos de la desorganización social provocada por la enfermedad, desde las muertes por hambre hasta el fallecimiento de niños y ancianos por abandono o falta de cuidados.

Además de los problemas referidos a la contaminación en la antigüedad no terminaban con la disponibilidad de agua o las infecciones provocadas por la falta de higiene o el movimiento de agentes entre poblaciones, las calles de las principales ciudades del mundo estuvieron contaminadas con deposiciones y orina de caballos. Los caminos se convertían en ríos de

estiércol líquido cuando llovía, y cuando el tiempo era seco o caluroso grandes cantidades de excremento seco flotaban en el aire como polvo.



Calles de Nueva York a principios de 1900, cubiertas de excrementos de caballo y basura, durante una huelga de recolectores

Las moscas atraídas a este ambiente también eran una gran molestia, y no sólo por el contacto sino porque son vectores de otras enfermedades. En 1830 se calculaba que los animales producían unos tres millones de toneladas de estiércol en las calles de los pueblos británicos, y la mayor parte de él no se vendía a los granjeros, sino que simplemente se amontonaba en pilas putrefactas y malolientes. El gran incremente del tráfico tirado por caballos durante el siglo XIX agravó considerablemente la situación, de tal forma que, hacia 1900, alrededor de diez millones de toneladas de desechos animales se depositaban cada año en las calles británicas. La mayoría de los caballos eran sometidos a un intenso trabajo, pocos duraban más de dos años y muchos morían en las calles. En 1900, Nueva York tenía que retirar cada año de sus calles 15.000 caballos muertos, y en 1912 Chicago tenía que ocuparse de 10.000 al año.

Los efectos del movimiento de personas y bienes a lo largo del globo como ya vimos es el responsable de la dispersión de agentes infecciosos. Aunque, debido al aislamiento de más de 5000 años del continente americano, los habitantes del mismo se vieron exentos de los efectos de la peste negra y de muchas enfermedades presentes en el viejo mundo (Asia, África y Europa) como la **Viruela**, enfermedad transmitida por el virus Variola mayor. Al llegar a América los conquistadores diseminaron la enfermedad por todo el nuevo mundo provocando la gran epidemia de viruela de 1520. Ésta devasto a la población de nuestro continente llevándose consigo la vida del 75% de la población nativa. Hoy en día se sabe que no fue solo la viruela la "aliada" de los conquistadores, ya que la población nativa también estuvo expuesta al sarampión, a la gripe y a la ya conocida peste negra.

Una vez diezmada la población nativa de América por los embates de las enfermedades importadas por los europeos y los tratos que estos propinaban a los mismos se hizo evidente la necesidad de mano de obra esclava en las colonias y sedes de los imperios europeos en América (Brasil por ejemplo). Por tanto las metrópolis y los nuevos estados que surgieron de la conquista recurrieron al tráfico de esclavos de origen africano. Esta nueva introducción al continente de un grupo étnico proveniente de otro lugar trajo consigo una nueva enfermedad al continente; **la fiebre amarilla.**

Ésta enfermedad era endémica en África, por lo tanto las poblaciones de ese continente habían desarrollado cierta inmunidad a ella presentando síntomas similares a los de la gripe, mientras que europeos y americanos sufren los síntomas que la caracteriza.

El período de incubación se sitúa entre los 3 y los 7 días. La duración de la enfermedad en caso de curación es de una a dos semanas. Tras el período de incubación, comienza bruscamente con fiebre elevada, escalofríos y cefalea. Pueden existir, además, mialgias, náuseas, vómitos y albuminuria. Tras este periodo inicial de 1 a 3 días, en el que pueden existir además epistaxis y gingivorragia, se produce un descenso febril (remisión). A continuación reaparece la fiebre, se instaura ictericia (100% de los casos) y puede aparecer insuficiencia hepática o renal con proteinuria (90%) y agravamiento de la diátesis hemorrágica, con epistaxis abundantes, gingivorragia, punteado hemorrágico en el paladar blando y hematemesis de sangre negra y coagulada (vómito negro, 20% de casos). Un signo clínico clásico es la existencia de bradicardia relativa a pesar de la fiebre elevada (signo de Faget). Al inicio existe leucopenia con neutropenia. Los restantes parámetros bioquímicos traducen sólo la existencia de fallo orgánico único o múltiple (generalmente hepático o renal) y deshidratación (alteraciones iónicas y del equilibrio acido-básico).

La enfermedad es producida por un *Flavivirus* y transmitida a los humanos por el mosquito *Aedes aegypti* es decir es una *Zoonosis* como la peste bubónica. Probablemente fue transmitida por primera vez a los humanos por otros primates en África oriental o central y como se ha narrado expandida por el tráfico de esclavos.

Nuestro país no estuvo exento de los estragos generados por esta enfermedad ya que en 1871 se desato el brote epidémico más grande de la misma. Desde principios del año 1870 se había tenido noticias en Buenos Aires de un recrudecimiento de la fiebre

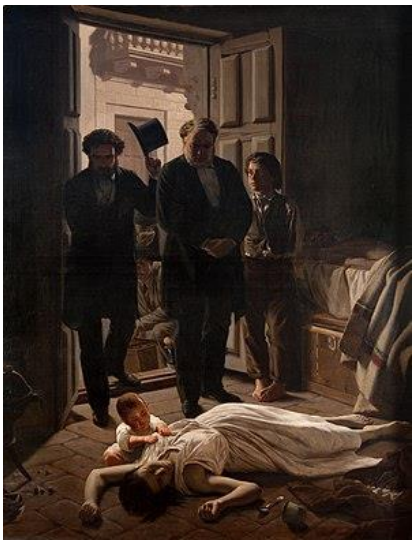
amarilla en Río de Janeiro. En el mes de febrero y nuevamente en marzo se logró evitar el desembarco de pasajeros infectados que llegaron en dos vapores desde esa ciudad. No obstante, el presidente Sarmiento vetó el proyecto de extender la cuarentena a todos los buques procedentes de esa ciudad y en una oportunidad ordenó autorizar el desembarco de los pasajeros de dos buques provenientes de Río de Janeiro y la prisión del médico del puerto de Buenos Aires por haberlo impedido.

A fines de ese año se declaró una epidemia de fiebre amarilla en Asunción del Paraguay, donde la población vivía en un estado de pobreza extrema. La Guerra de la Triple Alianza había finalizado recientemente con la derrota de Paraguay y los diarios locales atribuyeron la epidemia a la llegada de algunas decenas de soldados paraguayos prisioneros que habían sido repatriados desde el Brasil. La población, debilitada por el hambre, tenía pocas posibilidades de resistir la epidemia y se llegaron a registrar veinticinco muertes por día, no existiendo registros del total de víctimas.

Dos hechos facilitaron la entrada de la epidemia a la Argentina: por un lado, tras la muerte de quince de sus hombres, el general Julio de Vedia evacuó centenares de soldados desde Villa Occidental, situada frente a Asunción, a la ciudad de Corrientes, y así la enfermedad llegó a territorio argentino. Por otro lado, algunos diarios consideraron que no se trataba de fiebre amarilla, y que el número de muertes diarios no era alarmante, lo que contribuyó a que no se tomara recaudo alguno para prevenir su traslado a la capital argentina.

Durante la guerra, la ciudad de Corrientes había sido el centro de comunicación y abastecimiento de las tropas aliadas, incluidas las brasileñas, de modo que no es seguro que la enfermedad haya llegado desde el Paraguay. En esta ciudad de 11 000 habitantes, murieron de fiebre amarilla alrededor de 2 000 personas entre diciembre de 1870 y junio del año siguiente, encontrándose entre ellos el Doctor José Ramón Vidal, en cumplimiento de su deber combatiendo la epidemia. Otras poblaciones de la provincia de Corrientes sufrieron el castigo de la enfermedad, como San Luis del Palmar, Bella Vista y San Roque, que sumaron unas quinientas víctimas más. Al llegar a Buenos Aires la Epidemia causo estragos significativos en la ciudad, fue un desastre que mató aproximadamente al 8% de los porteños: en una urbe donde normalmente el número de

fallecimientos diarios no llegaba a 20, hubo días en los que murieron más de 500 personas, y se pudo contabilizar un total aproximado de 14 000 muertos por esa causa,



Juan Manuel Blanes Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires (1871). Museo Nacional de Artes Visuales.

Algunas de las principales causas de la propagación de esta enfermedad, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, fueron:[8]

- la provisión insuficiente de agua potable;
- la contaminación de las napas de agua por los desechos humanos;
- el clima cálido y húmedo en el verano;
- el hacinamiento en que vivían, sin que se tomaran medidas sanitarias para ellos, especialmente en la epidemia de 1871, los inmigrantes europeos de bajo nivel higiénico que ingresaban en forma incesante a la zona más sureña de la ciudad;
- los saladeros que contaminaban el Riachuelo -límite sur de la ciudad-, el relleno de terrenos bajos con residuos y los riachos -denominados «zanjones»- que recorrían la urbe infectados por lo que la población arrojaba en ellos.

La plaga de 1871 hizo tomar conciencia a las autoridades de la urgente necesidad de mejorar las condiciones de higiene de la ciudad, de establecer una red de distribución de agua potable y de construir cloacas y desagües

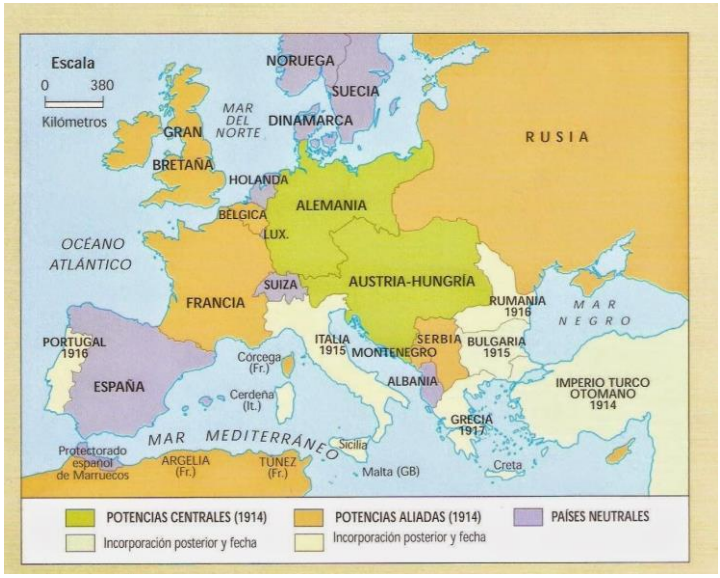
Aparte del olor y de los montones de basura, de excremento humano y animal de las calles, y las enfermedades que aquejaban a las poblaciones de las grandes urbes otra de las características distintivas de la mayoría de estas era el manto de humo que pendía sobre ellas. Al igual que ocurre con el agua, el aire puro es una necesidad básica, pero no es algo para cuya conservación se hayan



organizado la mayoría de las sociedades aun cuando la fuente contaminante es obvia.

La primera evidencia de contaminación generalizada del aire con el paso de la madera al carbón como combustible en los siglos XVI y XVII lo que provocó los primeros problemas de contaminación de gran envergadura, particularmente en Londres. La ciudad se podía distinguir de lejos por la enorme nube de humo que colgaba sobre ella, y fue en este momento cuando las zonas del oeste de la ciudad se convirtieron en el barrio más de moda, porque el viento predominante del oeste normalmente se llevaba las nubes de humo. En 1661 los problemas de contaminación generalizada y los efectos adversos sobre la salud ya eran apreciables, y, no fue sino hasta 1956 que en Londres se dictó la ley de aire puro y recién en 1970 la calidad del aire respirable en esta ciudad comenzó a mejorar.

Aunque a principios del siglo XX el mundo vivía una aparente estabilidad, las pretensiones hegemónicas de las grandes potencias mundiales necesitaban una excusa para llevar adelante sus intenciones de dominar parte del mundo. El asesinato del Archiduque Francisco Fernando heredero de la corona del Imperio Austrohúngaro por parte de un nacionalista serbio fue lo que los imperios estaban esperando para desencadenar el conflicto bélico más grande que la historia registraba, había estallado la Primera Guerra Mundial, y con ella la primer pandemia GLOBAL, la **Gripe Española.**



Mapa de Europa al inicio de la I Guerra Mundial

La gripe la causan varios virus muy parecidos entre sí, pero sólo una cepa (el tipo A) está relacionada con las epidemias mortales. A pesar de conocerse como gripe española, los primeros casos se registraron en Estados Unidos durante el último año de la Primera Guerra Mundial. En marzo de 1918, el país llevaba once meses en guerra contra Alemania y las potencias centrales, y su exiguo ejército se había convertido en un enorme contingente que acabaría sumando más de dos millones de efectivos enviados a Europa. Los primeros casos se dieron en uno de los muchos centros de instrucción que se pusieron en marcha en un país que se movilizaba para la guerra**.**

El 4 de marzo, un soldado se presentó en la enfermería de Fort Riley, en el estado de Kansas, aquejado de fiebre. En cuestión de horas, cientos de reclutas cayeron enfermos con síntomas similares, y a lo largo de las semanas siguientes enfermarían muchos más, extendiendo el virus más allá de las paredes de Fort Riley. En abril, el contingente estadounidense desembarcó en Europa portando el virus consigo. Acababa de llegar la primera oleada de la epidemia.



Un hombre y una mujer protegen su boca y su nariz con máscaras en las calles de Londres. Las medidas de prevención tuvieron escaso éxito. Foto: Mary Evans.

La cepa mataba a sus víctimas con una rapidez sin precedentes. En Estados Unidos abundaban las informaciones sobre gente que se levantaba de la cama enferma y moría de camino al trabajo. Los síntomas eran espantosos: los pacientes desarrollaban fiebre e insuficiencia respiratoria; la falta de oxígeno causaba un tono azulado en el rostro; las hemorragias encharcaban de sangre los pulmones y provocaban vómitos y sangrado nasal, de modo que los enfermos se ahogaban con sus propios fluidos. Como tantas otras, la cepa afectó a los más jóvenes y a los más viejos, pero también a adultos sanos de entre 20 y 40 años.

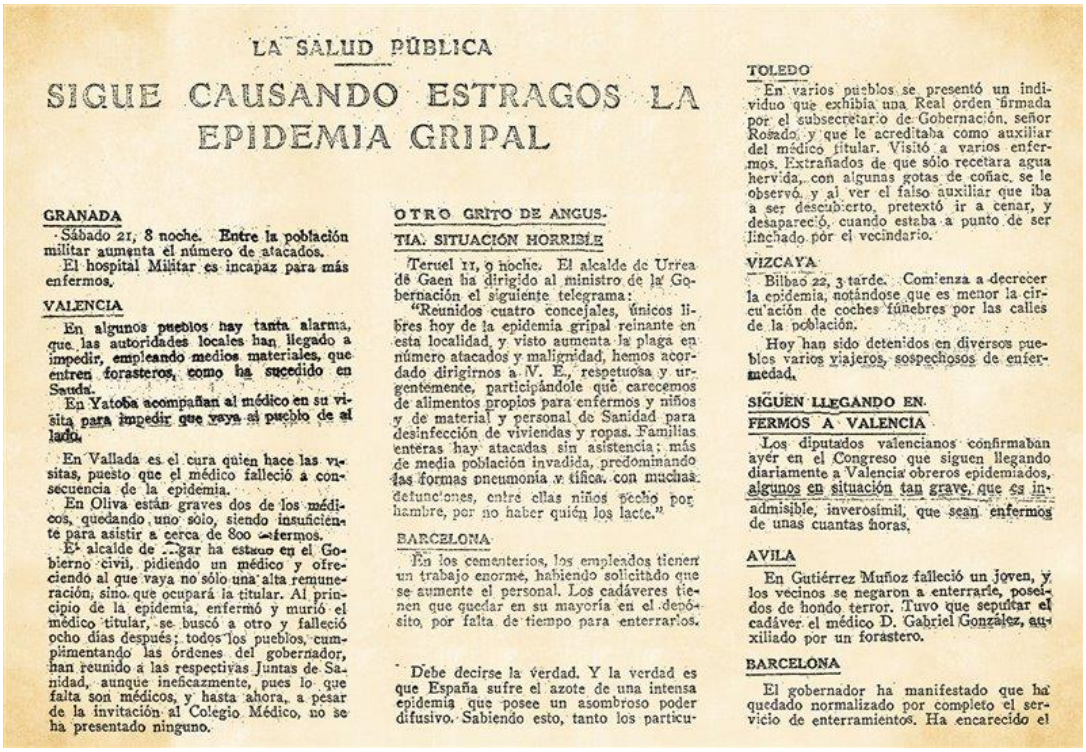
El principal factor de la expansión fue, sin duda, la primera guerra mundial, que ya estaba en su última fase. Aunque los epidemiólogos todavía debaten sobre el origen exacto del virus –existe cierto consenso en que fue el resultado de la mutación de una cepa aviar originaria de China–, lo que está claro es que el virus se globalizó gracias al masivo y rápido movimiento de militares por todo el mundo.

El drama de la guerra también sirvió para ocultar las elevadísimas tasas de mortalidad causadas por el nuevo virus. En los primeros momentos, la enfermedad todavía no se conocía bien y las muertes solían achacarse a la neumonía. La estricta censura militar en tiempo de guerra impedía que la prensa europea y estadounidense pudiera informar de los brotes. Sólo en la neutral España podían los medios hablar libremente de lo que estaba sucediendo, y de ahí que a la epidemia se la acabase llamando gripe española. Cabe señalar que en el caso español, el virus llegó probablemente a través de los temporeros que fueron a trabajar a Francia, ya que España no participaba en la contienda.

En el resto del continente, las abarrotadas trincheras y campamentos de la primera guerra mundial se convirtieron en el hábitat ideal para la epidemia. La infección iba desplazándose con los soldados. La oleada de primavera remitió al cabo de unas semanas, pero aquello sólo fue un alivio pasajero. Tras el verano de 1918, la epidemia ya estaba lista para pasar a su fase más mortífera. Las trece semanas que van de septiembre a diciembre de 1918 constituyen el período más intenso, con el mayor número de víctimas mortales.

La segunda oleada golpeó primero en las instalaciones militares y se extendió después a la población civil. En octubre llegó a su punto álgido: funerarias y enterradores no daban abasto, y la celebración de funerales individuales resultaba imposible. Buena parte de los fallecidos acabaron en fosas comunes.

En España, el sistema de salud se vio desbordado; muchos médicos murieron y fue difícil reemplazarlos. Los ataúdes escaseaban. El alcalde de Barcelona solicitó ayuda al ejército para transportar y enterrar a los muertos, ya que el Ayuntamiento no daba abasto. En España, el año 1918 fue el primero del siglo XX con un crecimiento vegetativo (nacimientos menos muertes) negativo, y el único junto con 1939.



LA SALUD PÚBLICA

SIGUE CAUSANDO ESTRAGOS LA EPIDEMIA GRIPAL

GRANADA

Sábado 21, 8 noche. Entre la población militar aumenta el número de atacados.

El hospital Militar es incapaz para más enfermos.

VALENCIA

En algunos pueblos hay tanta alarma, que las autoridades locales han llegado a impedir, empleando medios materiales, que entren forasteros, como ha sucedido en Sauda.

En Yatova acompañan al médico en su visita para impedir que vaya al pueblo de al lado.

En Vallada es el cura quien hace las visitas, puesto que el médico falleció a consecuencia de la epidemia.

En Oliva están graves dos de los médicos, quedando uno sólo, siendo insuficiente para asistir a cerca de 800 enfermos.

El alcalde de ...gar ha estado en el Gobierno civil, pidiendo un médico y ofreciendo al que vaya no sólo una alta remuneración, sino que ocupará la titular. Al principio de la epidemia, enfermó y murió el médico titular, se buscó a otro y falleció ocho días después; todos los pueblos, cumplimentando las órdenes del gobernador, han reunido a las respectivas Juntas de Sanidad, aunque ineficazmente, pues lo que falta son médicos, y hasta ahora, a pesar de la invitación al Colegio Médico, no se ha presentado ninguno.

OTRO GRITO DE ANGUSTIA. SITUACIÓN HORRIBLE

Teruel 11, 9 noche. El alcalde de Urrea de Gaen ha dirigido al ministro de la Gobernación el siguiente telegrama:

"Reunidos cuatro concejales, únicos libres hoy de la epidemia gripal reinante en esta localidad, y visto aumenta la plaga en número atacados y malignidad, hemos acordado dirigirnos a V. E., respetuosa y urgentemente, participándole que carecemos de alimentos propios para enfermos y niños y de material y personal de Sanidad para desinfección de viviendas y ropas. Familias enteras hay atacadas sin asistencia; más de media población invadida, predominando las formas pneumonía y tífica, con muchas defunciones, entre ellas niños muchos por hambre, por no haber quién los lacte."

BARCELONA

En los cementerios, los empleados tienen un trabajo enorme, habiendo solicitado que se aumente el personal. Los cadáveres tienen que quedar en su mayoría en el depósito, por falta de tiempo para enterrarlos.

Debe decirse la verdad. Y la verdad es que España sufre el azote de una intensa epidemia que posee un asombroso poder difusivo. Sabiendo esto, tanto los particu-

TOLEDO

En varios pueblos se presentó un individuo que exhibía una Real orden firmada por el subsecretario de Gobernación, señor Rosado, y que le acreditaba como auxiliar del médico titular. Visitó a varios enfermos. Extrañados de que sólo recetara agua hervida, con algunas gotas de coñac, se le observó, y al ver el falso auxiliar que iba a ser descubierto, pretextó ir a cenar, y desapareció, cuando estaba a punto de ser linchado por el vecindario.

VIZCAYA

Bilbao 22, 3 tarde. Comienza a decrecer la epidemia, notándose que es menor la circulación de coches fúnebres por las calles de la población.

Hoy han sido detenidos en diversos pueblos varios viajeros, sospechosos de enfermedad.

SIGUEN LLEGANDO ENFERMOS A VALENCIA

Los diputados valencianos confirmaban ayer en el Congreso que siguen llegando diariamente a Valencia obreros epidemiados, algunos en situación tan grave, que es inadmisible, inverosímil, que sean enfermos de unas cuantas horas.

AVILA

En Gutiérrez Muñoz falleció un joven, y los vecinos se negaron a enterrarle, poseídos de hondo terror. Tuvo que sepultar el cadáver el médico D. Gabriel González, auxiliado por un forastero.

BARCELONA

El gobernador ha manifestado que ha quedado normalizado por completo el servicio de enterramientos. Ha encarecido el

España se mantuvo neutral en la guerra y sus medios no sufrieron la férrea censura de los países beligerantes. Estos recortes del ABC de otoño de 1918 dan cuenta de los estragos producidos por la segunda oleada de la epidemia. Foto: ABC.

Tras una pausa en la expansión de la enfermedad a finales de 1918, en enero del siguiente año comenzó la tercera y última fase. Por entonces la pandemia ya había perdido mucha fuerza. La dureza del otoño del año anterior no se repitió, de modo que la tasa de mortalidad se desplomó.

La pandemia no dejó intacta prácticamente ninguna región del mundo: sólo en la India las víctimas mortales alcanzaron entre 12 y 17 millones. En Gran Bretaña murieron 228.000 personas. En Estados Unidos fueron aproximadamente medio millón. Ni la apartada isla de Samoa, en el Pacífico sur, se libró del contagio: perdió el 23,6 por ciento de su población. En España, estudios recientes elevan la cifra de muertes a 260.000, 70.000 más que las estimadas oficialmente. Es difícil disponer de datos exactos sobre la cantidad de muertes, pero la tasa global de mortalidad se sitúa entre el 10 y el 20 por ciento de los infectados.

Los científicos consideran que cada cincuenta años se produce una pandemia de gripe –que debe distinguirse de las epidemias estacionales–. En 1957 se produjo en Asia oriental un nuevo brote que se difundió por todo el globo y causó, hasta mediados de 1958, entre uno y dos millones de muertes. En 1968 un nuevo tipo de gripe se declaró en Hong Kong y produjo entre

uno y cuatro millones de víctimas. Estos y otros episodios muestran que, un siglo después de la madre de todas las pandemias, el riesgo subsiste en nuestro mundo superpoblado e interconectado.

Como estamos leyendo, durante los últimos doscientos años la contaminación se ha tratado como acompañante inevitable de la industrialización, y sobre todo, como parte del precio a pagar por los beneficios derivados de los bienes producidos por la industria, también de la riqueza que ésta genera. Cada uno en su nivel, los países industrializados tomaron medidas para limitar los peores efectos y comenzaron a fijar estándares. EI objetivo, no obstante, no era lograr un aire limpio y un agua pura, sino fijar niveles máximos permitidos para ciertos contaminantes, y con multas a los infractores (por lo general bastante bajas). El objetivo último era mantener los riesgos medioambientales y los riesgos para la salud en niveles "aceptables".

Sin embargo, a mediados del siglo xx se empezaba a advertir que la contaminación no era sólo un problema nacional, sino internacional. De hecho, algunas de las medidas adoptadas para limitar la contaminación nacional resultaron ser medios sumamente eficaces para exportar el problema. Las visiones ingenuamente optimistas de que los contaminantes se dispersasen con el viento o las olas rápidamente quedaron sin soporte, al utilizar todos los Estados nacionales el mismo método. Un buen ejemplo del desarrollo de un problema internacional de contaminación es la historia de la lluvia ácida, que está directamente relacionada con procesos industriales básicos como la quema de combustibles fósiles y la producción de metales.

La quema de combustibles fósiles y la fundición de minerales sulfurosos de hierro son las fuentes principales del dióxido sulfúrico. La quema de combustible fósil también oxida el nitrógeno para producir óxidos de nitrógeno. Cuando estos óxidos escapan a la atmósfera se transforman, mediante una compleja red de procesos, en ácidos sulfúricos y nítricos, lo que provoca la caída de precipitaciones anormalmente ácidas. La producción global de dióxido sulfúrico aumentó de unos 10 millones de toneladas anuales en 1860 a 50 millones de toneladas en 1910 y a más de 150 millones de toneladas al año hacia la década de los setenta. Casi la mitad de estas emisiones proceden de los veinticuatro países occidentales industrializados que son miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Sólo Estados Unidos y Canadá han sido responsables de una cuarta parte de la producción mundial de este contaminante concreto.

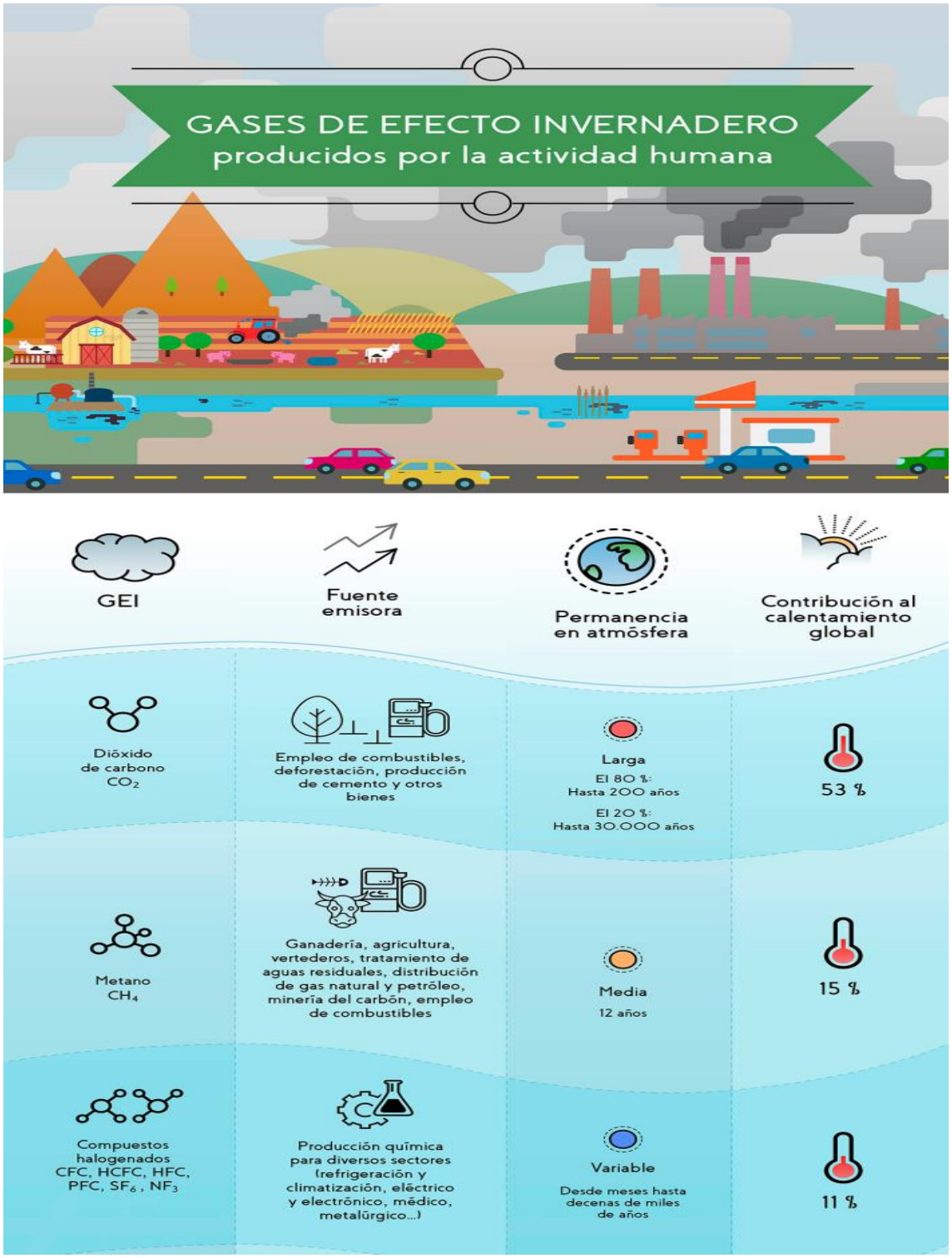


Hasta los años ochenta, unos 130 años después de detectarse por primera vez el problema de la lluvia ácida, no se tomó ninguna medida para intentar reducir las emisiones de dióxido sulfúrico. El principio de detener la contaminación transnacional se aceptó en una Conferencia sobre el Medio Ambiente de las Naciones Unidas en 1972, en un informe de la OCDE de 1977 y en un tratado internacional firmado en 1979, pero no se ratificó hasta 1985. No se emprendió ninguna acción eficaz hasta 1984, con la formación del "Club del 30%", integrado por parte de algunos de los países industrializados que accedieron a efectuar un recorte de 30% para 1993 sobre su nivel de emisiones de dióxido sulfúrico en 1980.

Aunque estos recortes pudieron aliviar un problema regional, en términos globales su impacto fue marginal, debido a la creciente industrialización de países como China e India, que basan su estrategia de desarrollo sobre la producción de energía en base a combustibles fósiles (centralmente, el carbón). Estas cuestiones han sido la materia principal de discusión en las últimas conferencias sobre Cambio Climático finales de la década de 1990 (Tokio, 1997; Buenos Aires, 1998 y Berlín, 1999). Ante la intransigencia de EE.UU. en reducir sus niveles de emisión, se está estructurando aceleradamente un mercado mundial de "permisos de contaminación", basado en la idea de que los países que no contaminan la atmósfera (por carecer de desarrollo industrial) venden su "cuota de emisión de contaminantes" a aquellos que, históricamente, han generado la actual polución atmosférica.

Las emisiones de los gases antes nombrados, además del aporte a la contaminación ambiental también cumplen la función de gases de efecto invernadero cuya función es la de

retener la radiación infrarroja terrestre, la temperatura del planeta sería de entre 15 y 18°C bajo cero. La vida humana no podría desarrollarse en las condiciones en que la conocemos actualmente. Estos gases, sobre todo el metano y el dióxido de carbono, mantienen la temperatura alrededor de los 15°C. Los gases de efecto invernadero en exceso, producen el calentamiento global, el cual se estima es de 0.5°C por año.

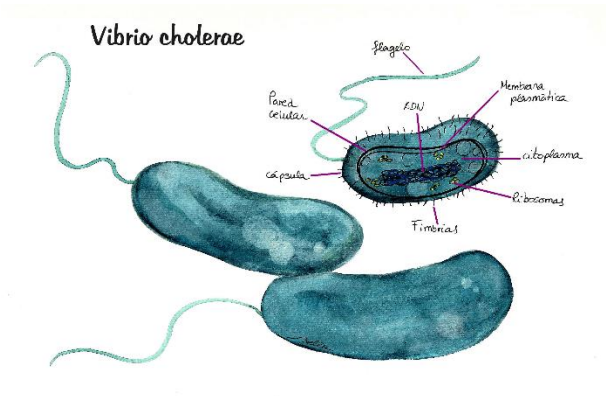




GEI	Fuente emisora	Permanencia en atmósfera	Contribución al calentamiento global
Ozono troposférico O_3	Reacción entre los gases CO, HC, NOx y COV, emitidos en el empleo de combustibles	Corta	11 %
Óxido nitroso N_2O	Uso de fertilizantes, empleo de combustibles, producción química, tratamiento de aguas residuales	Larga 114 años	5 %

Además, los contaminantes en aerosol también son causantes de la destrucción o reducción de la capa de ozono. Una pérdida de espesor de la capa de ozono permite que llegue a la superficie de la Tierra una mayor radiación ultravioleta, produciéndose sobre ella efectos nocivos sobre la salud humana y sobre la vida vegetal y animal. Los cálculos más precisos sugieren que por cada 1% de reducción del ozono el número de cánceres de piel no malignos aumenta un 4%, los cánceres malignos en un 1% y las cataratas en los ojos una cifra similar. Algunas plantas como la soja, uno de los principales cultivos del mundo, se dañan muy fácilmente con la radiación ultravioleta, al igual que el fitoplancton de los centímetros superiores de los océanos, que forma la base de las cadenas alimenticias oceánicas.

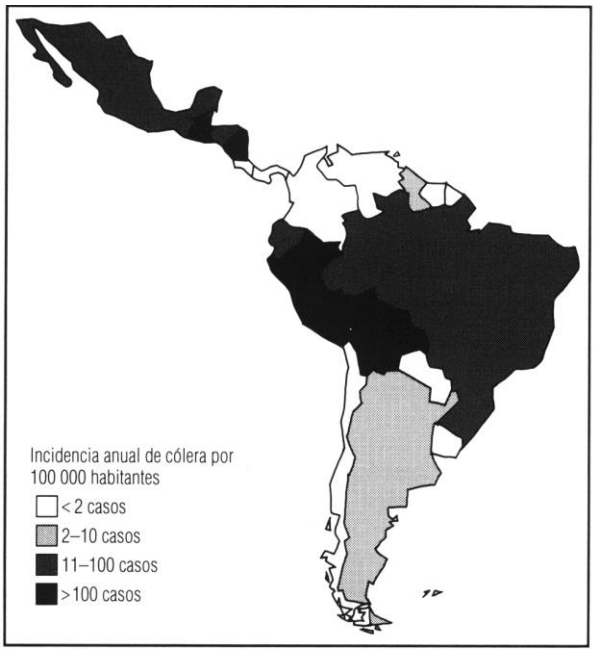
Vamos avanzando en el tiempo y con el avance de la tecnología y el aumento de la expectativa de vida nuevos desafíos surgen, aunque con enemigos conocidos. El cólera es una enfermedad originada en Asia, en el delta del Ganges (Bangladesh e India). En 1817 surgió una epidemia que duró 6 años, provocó alta mortalidad en la India y se diseminó a través de varios países europeos; fue llamada la "Primera Pandemia". Hoy el mundo está cursando la séptima pandemia de cólera, la cual se inició en 1961 en Sulawi (Islas Célebes, Indonesia). El cólera se transmite por ruta fecal-oral, fundamentalmente por la ingestión de agua y alimentos contaminados. La bacteria causa enfermedad clínica por la acción de una enterotoxina que promueve la secreción de agua y electrolitos hacia la luz del intestino delgado; la enfermedad alcanza su máxima gravedad en 24 horas, pudiendo llegar a perderse hasta 1 litro de líquido por hora. La pérdida de grandes cantidades de líquido y sales puede causar una deshidratación grave y provocar la muerte. La letalidad en los casos no tratados oscila entre 30% y 50%, mientras que en los tratados adecuadamente con rehidratación es menor de 1%.



El continente americano estuvo libre del cólera durante los primeros 30 años de la actual pandemia, hasta que **el 23 de enero de 1991** se notificaron los primeros casos en Chancay (Perú), en la costa del océano Pacífico cerca de Lima y, casi simultáneamente, en Chimbote, 400 km al norte de Chancay. El agente aislado de las heces de los pacientes afectados correspondió al *V. cholerae*, serovariedad O1, biotipo *El Tor*, serotipo *Inaba*. Estudios genéticos demostraron que la cepa responsable estaba relacionada a las encontradas en África en las décadas de 1970 y 1990.

Varios factores confluyeron para que el bacilo se expandiera rápidamente por este país y posteriormente todo el subcontinente Latinoamericano. Entre estos factores se encontraban las condiciones socioeconómicas de Perú previos a 1991, en este país en esos años solo el 55% de la población urbana contaba con agua potable, en muchos casos el agua estaba contaminada, sin cloración adecuada, los barrios marginales crecían en forma acelerada sin la correspondiente infraestructura sanitaria, y las aguas servidas eran arrojadas al mar sin tratamiento a través de colectores ubicados cerca de la población costera, en áreas donde se extraían pescados y mariscos que frecuentemente se consumían crudos. Más aún, la población presentaba factores biológicos predisponentes para desarrollar la enfermedad, tales como la elevada frecuencia de gastritis por *Helicobacter pylori*, que causa hipocloridia.

También se presentaron condiciones ambientales favorables para el desarrollo de la epidemia, en particular el aumento en la temperatura de las aguas debido al fenómeno de El Niño, lo cual provocó una proliferación de fitoplancton y crustáceos marinos que son reservorios naturales de los vibrios.



Incidencia de casos de cólera notificada en 1993 en América del Sur, Centroamérica y México, por país

En los primeros tres años de la epidemia, el cólera alcanzó a casi todos los países de América Latina, con excepción de Uruguay y las islas del Caribe. La epidemia fue luego declinando progresivamente hasta 1998, cuando se registró un aumento significativo de casos y defunciones presumiblemente por dos fenómenos ambientales que afectaron a la región ese año: la reaparición del fenómeno de El Niño —durante el cual los casos de cólera aumentaron, especialmente en Ecuador y Perú y el huracán Mitch, que afectó principalmente a Guatemala, Honduras y Nicaragua, con daños a la infraestructura sanitaria y la reubicación de refugiados en albergues precarios. En octubre de 2010 la epidemia de cólera reemergió en Haití, el país más pobre de América Latina, devastado entonces por el terremoto que en enero de ese año asoló al país dejando un saldo de 250 000 muertos, 300 000 heridos y 1,3 millones de personas sin hogar, quienes fueron

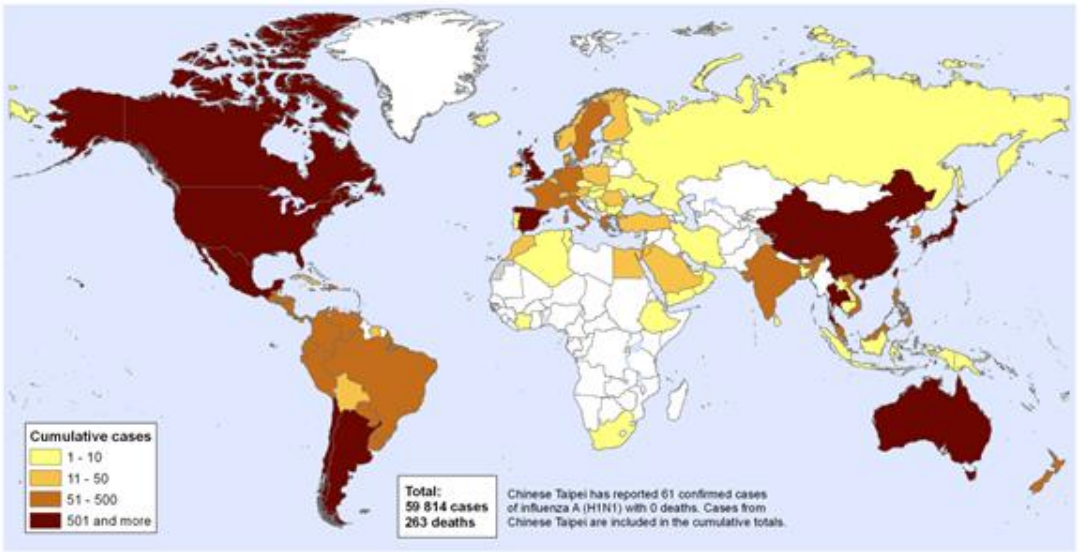
desplazadas a campamentos con precarias instalaciones sanitarias, dándose así las condiciones propicias para el desarrollo de un brote epidémico. La epidemia de cólera de Haití se inició en el departamento de Artibonite, expandiéndose rápidamente al resto del país y, en noviembre del mismo año, llegó a la vecina República Dominicana, un país con mayor desarrollo y mejor preparado que Haití para hacer frente a emergencias de salud. La cepa que está afectando a la Isla de la Española no es la misma que provocó la epidemia iniciada en 1991 en América Latina, sino que fue identificada como *V. cholerae* O1, biotipo *El Tor*, serotipo Ogawa. Estudios genéticos vinculan esta cepa con la del sur de Asia, que se caracteriza por presentar una mayor virulencia y resistencia a antibióticos. Es decir esta epidemia de cólera duraría 10 años en América Latina.

El año 2009 nos encontró con el declive de la epidemia de cólera sin embargo dos nuevos flagelos afectarán a América Latina, Argentina y al Mundo. En primer lugar la nueva enfermedad surge como resultado de los procesos de producción agropecuaria actuales, estos llevan a que en algunos lugares se encuentren presentes cerdos, aves, vacas y humanos en un mismo ambiente, este acumulo no solo es de las especies antes citadas sino también de los microorganismos que en ella habitan.

Rara vez los virus y bacterias que afectan a algunos de las especies tienen efectos nocivos para la otra, sin embargo el virus de la Influenza es uno de los cuales puede transgredir las fronteras específicas. El virus de la gripe H1N1, A (H1N1) pmd09, inicialmente denominado virus de la gripe porcina H1N1, es una combinación de los virus de la gripe porcina, aviar y humana y se transmite fácilmente de una persona a otra. La infección no se contagia a través de la ingestión de carne de cerdo y rara vez lo hace por el contacto con cerdos infectados.

Los primeros casos de esta influenza se detectaron el 11 de abril de 2009 en el estado mexicano de Veracruz. Al mes se extendió por varios estados de este país, Estados Unidos y Canadá, para exportarse desde aquí a otros países de pacientes que habían viajado a México y Estados Unidos. Se constataron unos pocos casos de contagios indirectos, de personas que no estuvieron en dicha región, que se dieron en España, Alemania, Corea del Sur y Reino Unido. En marzo y abril de 2009, se detectaron más de 1000 casos sospechosos de gripe porcina en humanos de México y del Suroeste de Estados Unidos.

Dos meses después del inicio de la infección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como "pandemia en curso". Para poder clasificar una enfermedad a dicho nivel, debe verse involucrada la aparición de brotes comunitarios (ocasionados localmente sin la presencia de una persona infectada proveniente de la región del brote inicial). Sin embargo, ese nivel de alerta no define la gravedad de la enfermedad producida por el virus, sino su extensión geográfica.



Mapa de casos de Gripe A H1N1 al 26 de Junio de 2009.
Fuente: Organización Mundial de la Salud.

En Argentina el 7 de mayo se confirmó el primer contagio de un hombre procedente de la Ciudad de México que había ingresado al país sin síntomas el 24 de abril. El segundo caso fue detectado el 22 de mayo. Hacia finales del mes de mayo se inició el contagio comunitario en algunas escuelas del norte de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires, principal zona afectada por la epidemia. El 27 de abril, el sistema de salud argentino fue declarado en estado de alerta, cuando aún no se había registrado ningún caso en el país.

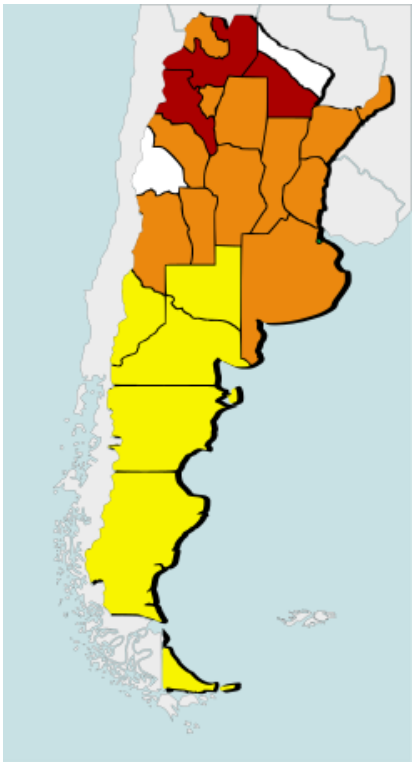


Mapa de Casos y Mortalidad de Gripe H1N1 en Argentina.

El 18 de septiembre de 2010 la OMS anunció el fin de la pandemia, 1 año después y luego de haberle dado la vuelta al mundo. La pandemia tuvo una mortalidad baja, en contraste con

su amplia distribución (11-21 % de la población mundial infectada), dejando tras de sí entre 150.000 y 575.000 víctimas.

Aunque parecería terrible la pandemia de la gripe porcina, en enero de 2009 también llegaba a nuestro país desde la vecina Bolivia, primero a las provincias de Salta y Jujuy y luego expandiéndose al resto del país. Estamos hablando del Dengue, esta es una infección viral causada por el virus del dengue, perteneciente al género flavivirus y transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, tanto el mosquito como la enfermedad son originarios de África, y llegaron al hemisferio Occidental al principio de las exploraciones y la colonización de América.



Mapa de Casos de Dengue Epidemia 2009. Casos de muerte Con casos confirmados Con casos sospechosos Sin reportes

Las personas infectadas con dengue, sintomáticas y asintomáticas, son los portadores y multiplicadores principales del virus, y los mosquitos se infectan al picarlas. Si bien la etimología del término "dengue" no está del todo clara, se cree que podría provenir de "dinga" o "dyenga" que, en voz suajili, idioma del este de África, significa "ataque repentino parecido a un calambre o estremecimiento provocado por un espíritu malo", lo que describe el sufrimiento del paciente con un fuerte dolor de huesos.

En América se conoció a fines del siglo XVIII; produjo epidemias extensas en el Caribe y ciudades costeras del sudeste de los Estados Unidos en el siglo XIX, hasta convertirse en un problema mundial en el siglo XX. A partir de la década del 50 hubo una progresión de la enfermedad desde el Caribe al resto de los países del continente.

El cuadro clínico de esta enfermedad y la presentación de las diversas manifestaciones y complicaciones, varía de un paciente a otro. Típicamente, los individuos infectados por el virus del dengue son asintomáticos (80%). Después de un período de incubación de entre cuatro y diez días, aparece un cuadro viral caracterizado por fiebre de más de 38°C, dolores de cabeza, dolor retroocular y dolor intenso en las articulaciones (artralgia) y músculos (mialgia), por eso se le ha llamado «fiebre quebrantahuesos», inflamación de los ganglios linfáticos y erupciones en la piel

puntiformes de color rojo brillante, llamada petequia, que suelen aparecer en las extremidades inferiores y el tórax de los pacientes, desde donde se extiende para abarcar la mayor parte del cuerpo.



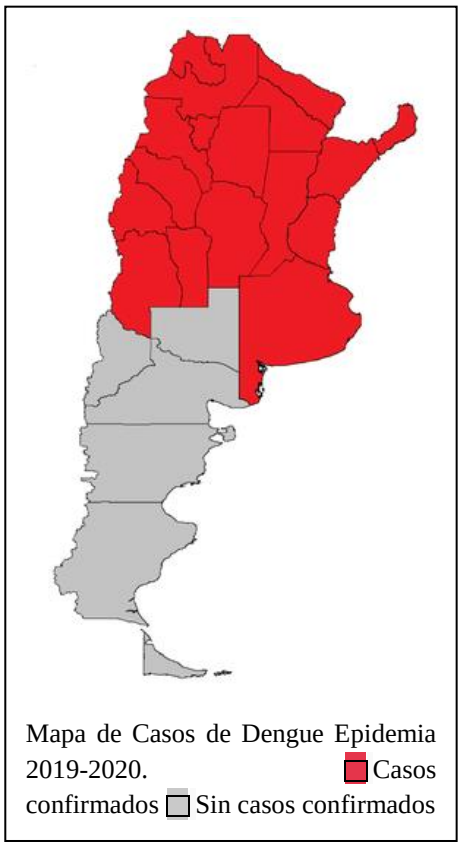
La epidemia reportó un total de 26.923 casos autóctonos confirmados, tres casos de fiebre hemorrágica por dengue (FHD) y cinco muertes por esta enfermedad, afectando principalmente a las provincias de Chaco, Catamarca, Salta, Jujuy, Santa Fe y Tucumán. Entre las causas de la epidemia se describe el incremento de la población de mosquitos debido al aumento de la temperatura y de las lluvias, la urbanización desordenada, la desigualdad social y la ineficacia política y sanitaria.

Posteriormente, se dieron dos brotes más de esta enfermedad, en cual se registraron 41.207 casos (MSal) cuyas causas fueron:

- La ausencia de trabajo mancomunado entre los gobiernos locales y áreas fronterizas con regiones afectadas por la enfermedad.
- La falta de un abordaje de emergencia con el objeto de solucionar cuestiones de infraestructura, energía, vivienda, etc.
- La subestimación de la enfermedad por parte de las autoridades sanitarias.
- Suspensión de programas de lucha contra el dengue.
- Desabastecimiento por parte del Ministerio de Salud de la Nación a las provincias de medicamentos y equipos de fumigación.

- Durante el verano varias oficinas no trabajaron en ningún lineamiento, ya que los funcionarios responsables recién asumidos tomaron vacaciones y no establecieron prioridades, ni ordenaron el trabajo a seguir.
- Despido de cientos de trabajadores en áreas claves para la lucha contra el dengue.

Y, finalmente el brote epidémico 2019-2020 que de acuerdo al Boletín Epidemiológico N° 514 del Ministerio de Salud de la Nación, al 16 de Septiembre de 2020 lleva contabilizados 59.360 de dengue. Aunque este último brote tiene tintes pandémicos ya que ya que se extendió a toda Latinoamérica, África y el Sudeste Asiático afectando a más de 4 millones de personas. Este gran incremento en el número de padecientes de dengue se debe en parte a las mismas causas que el brote de 2016, pero más que nada a la subestimación que se hizo de esta enfermedad y a la importancia que tomo la pandemia del SARS-CoV 2 o nuevo coronavirus, que causa la enfermedad COVID 19, iniciada en Diciembre de 2019 en la Ciudad china de Wuhan y que tiene en vilo (al momento de escribir este material, noviembre de 2020) a todo el mundo.



Mapa de Casos de Dengue Epidemia 2019-2020. Casos confirmados Sin casos confirmados

Los coronavirus son una serie de virus llamados así por su forma, ya que tienen una especie de corona (como la de un reloj) alrededor del virión, del 'núcleo' del virus. Estos organismos conviven con el ser humano desde siempre, y hay muchos tipos de ellos, tanto animales como humanos, y, que en el pasado han generado epidemias recientes (Fig. 10).

Sin embargo, el primer análisis comparativo de esta nueva enfermedad determinó que el 2019-nCov (nombre provisional del virus que finalmente fue denominado SARS-CoV-2), era "suficientemente distinto" de los otros dos betacoronavirus de gravedad detectados en humanos, el SARS y el MERS, para ser considerado como una nueva enfermedad: la Covid-19.

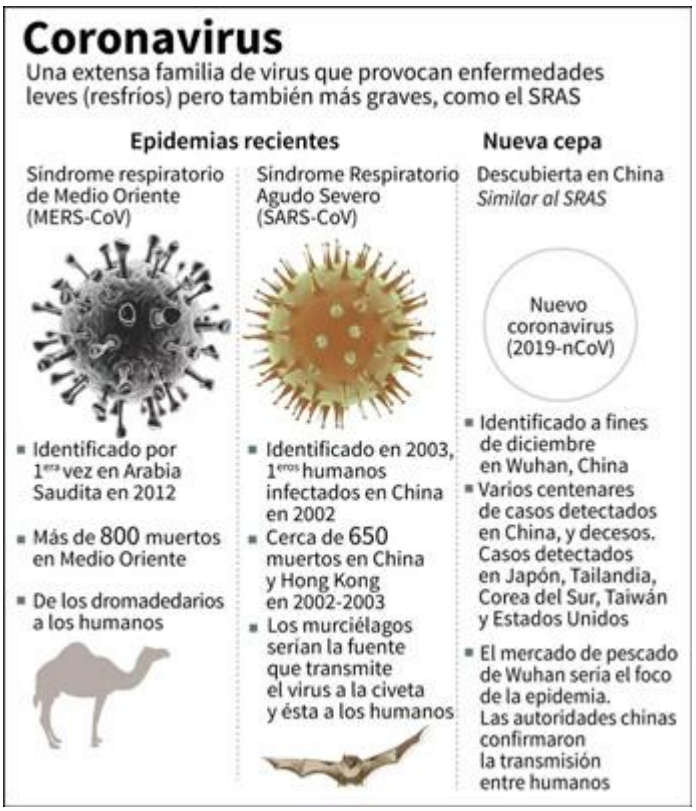


Fig. 10. Familias de Coronavirus y epidemias recientes

El "2019-nCoV estaba estrechamente relacionado (con una identidad del 88 por ciento) con dos coronavirus similares al síndrome respiratorio agudo severo derivado del murciélago (SARS), bat-SL-CoVZC45 y bat-SL-CoVZXC21, recolectados en 2018 en Zhoushan, este de China , pero estaban más distantes de SARS-CoV (aproximadamente 79 por ciento) y MERS-CoV (aproximadamente 50 por ciento).

El análisis filogenético de estos genomas de 2019-nCoV y de otros coronavirus se utilizó para determinar la historia evolutiva del virus y ayudar a inferir su probable origen, el cual sugiere que los murciélagos podrían ser el huésped original de este virus, un animal vendido en el mercado de mariscos en Wuhan podría representar un huésped intermedio que facilita la aparición del virus en humanos. No obstante, también se ha barajado la posibilidad de que fuera el pangolín el huésped intermedio que facilitó la mutación del coronavirus. Es decir, que la COVID-19 se trata en un principio de una Zoonosis.

Al momento de la escritura de este material (noviembre del 2020) la pandemia de COVID-19 ya ha afectado a 52.289.705 personas en todo el mundo, y se ha cobrado 1.286.926 vidas. En tanto en la Argentina se registran 1.273.356 infectados de los cuales 34.531 han perdido la vida por esta enfermedad.

Como todos hemos vivido todos la COVID-19 ha afectado nuestras vidas cotidianas debido primero al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio primero dictado el 20 de Marzo del 2020 en todo el país (Cuarentena) ya que, aunque en su origen fue una zoonosis, luego la transmisión es de persona a persona, ya que el virus se puede propagar a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada a través de la boca o la nariz al toser,

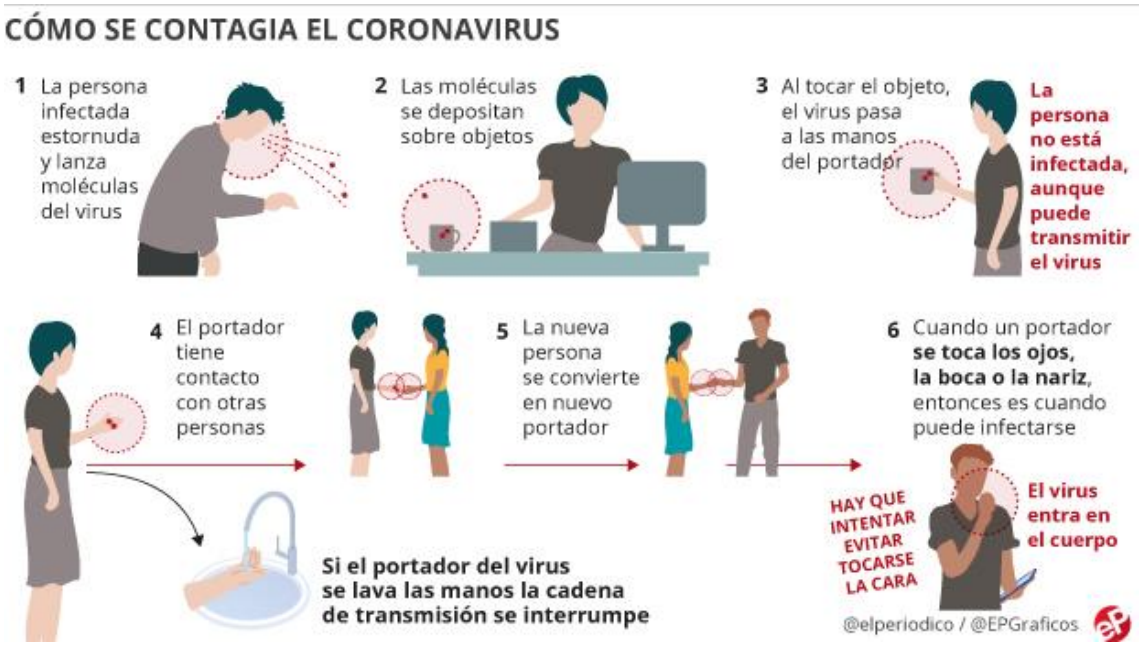
estornudar, hablar, cantar o resoplar. Esas partículas líquidas tienen diferentes tamaños, desde las más grandes ‘gotículas respiratorias’ hasta las más pequeñas, llamadas ‘aerosoles’.

Otras personas pueden contraer la COVID-19 cuando el virus entra por la boca, la nariz o los ojos, algo que puede ocurrir con mayor probabilidad si las personas están en contacto directo o cercano (menos de 1 metro de distancia) con una persona infectada.

Los datos actuales sugieren que el virus se propaga principalmente por medio de gotículas respiratorias entre personas que estén en contacto cercano.

La transmisión por aerosoles puede producirse en entornos específicos, sobre todo en espacios interiores, abarrotados y mal ventilados en los que personas infectadas pasan mucho tiempo con otras, por ejemplo restaurantes, prácticas de coro, clases de gimnasia, clubes nocturnos, oficinas y/o lugares de culto. Se están realizando más estudios para comprender mejor las condiciones en las que se produce la transmisión por aerosoles fuera de los centros médicos en los que se realizan procedimientos médicos específicos llamados procedimientos generadores de aerosoles.

El virus también se puede propagar cuando personas infectadas estornudan o tosen sobre superficies u objetos tales como mesas, picaportes o pasamanos, o tocan esas superficies. Otras personas se pueden infectar al tocar esas superficies contaminadas y luego tocarse los ojos, la nariz o la boca sin antes haberse lavado las manos.





Mapa de infecciones de COVID-10 al 12/11/2020. Fuente: An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Dong *et al.* 2020

La OMS identifica los siguientes síntomas para la COVID-19: fiebre, tos seca y cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunos pacientes son dolores y molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto u olfato y erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Algunas de las personas infectadas solo presentan síntomas levísimos.

La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Mientras que 1 de cada 5 personas que contraen la COVID‑19 acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardiacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID‑19 y caer gravemente enferma. Y, los cuadros más graves llevan a una Neumonía y finalmente la muerte.

Como hemos visto a lo largo de la historia varios eventos producidos por la acción del hombre desencadenan estragos irreparables en el mundo, desde el simple comercio entre naciones hasta la brutalidad de la guerra. Ello ha llevado a que en cierta medida las naciones dicten normativas para protegerse de los efectos adversos que las acciones del hombre pueden generar en el ambiente y la salud de sus pobladores.

.

LEGISLACIÓN AMBIENTAL

En nuestro país las normas ambientales son relativamente recientes, ya que recién en el año 1993 se sanciona la ley 24.295 que hace parte a nuestra Nación de los objetivos de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático adoptada en 1992 cuyos principales objetivos son la estabilización de las concentraciones de gases de efecto invernadero en la atmósfera a un nivel que impida interferencias antropógenas peligrosas en el sistema climático. Ese nivel debería lograrse en un plazo suficiente para permitir que los ecosistemas se adapten naturalmente al cambio climático, asegurar que la producción de alimentos no se vea amenazada y permitir que el desarrollo económico prosiga de manera sostenible.

Posteriormente se incorpora al ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano como un derecho en la modificación de la Constitución Nacional de 1994, en el artículo 41 de la misma, el cual versa:

Art. 41. Constitución Nacional Argentina: Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley.

Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales.

Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales.

Se prohíbe el ingreso al territorio nacional de residuos actual o potencialmente peligrosos, y de los radiactivos".

Como podemos leer el artículo tiene 4 párrafos, cada uno con significado distinto. El párrafo 1 establece el derecho que antes citamos y además índica la obligatoriedad de preservar el ambiente y en caso de contaminarlo o corromperlo, recomponerlo según lo establezca la ley. Al momento de sancionarse este artículo no existía ninguna ley, ya que para dar cumplimiento a este párrafo se sancionó en el año 2002 la ley 25.675 comúnmente llamada Ley general del ambiente cuyo artículo 2 establece los objetivos de la misma, los cuales son:

- Asegurar la preservación, conservación, recuperación y mejoramiento de la calidad de los recursos ambientales, tanto naturales como culturales, en la realización de las diferentes actividades vinculadas con los seres humanos (antrópicas);

- Promover el mejoramiento de la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, en forma prioritaria;

- Fomentar la participación social en los procesos de toma de decisión;

- Promover el uso racional y sustentable de los recursos naturales;

- Mantener el equilibrio y dinámica de los sistemas ecológicos;

- Asegurar la conservación de la diversidad biológica;

- Prevenir los efectos nocivos o peligrosos que las actividades antrópicas generan sobre el ambiente para posibilitar la sustentabilidad ecológica, económica y social del desarrollo;

- Promover cambios en los valores y conductas sociales que posibiliten el desarrollo sustentable, a través de una educación ambiental;

- Organizar e integrar la información ambiental y asegurar el libre acceso de la población a la misma;

- Establecer un sistema de coordinación entre diferentes jurisdicciones, para implementar políticas ambientales nacionales y regionales;

- Establecer procedimientos y mecanismos adecuados para la minimización de riesgos ambientales, para la prevención y mitigación de emergencias ambientales y para la recomposición de los daños causados por la contaminación ambiental.

En el segundo y tercer párrafo del artículo 41 se establece la obligación de los estados a garantizar los derechos establecidos en el primer párrafo. Primero integrando a la normativa nacional a varios convenios y protocolos que fueran suscriptos por la Argentina en años anteriores, los mismos tienen estatus constitucional los cuales son:

- Ley 25.389 que incorpora las acciones y definiciones del Protocolo de Montreal establecido en 1987 y que establece que los países firmantes se comprometen a la reducción de los niveles de consumo y producción de clorofluorocarbonos (CFC) según el nivel de desarrollo de sus economías. Es decir trata sobre las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono.

- La Ley 25.438 la cual aprueba el Protocolo de Kyoto y lo incorpora a la legislación nacional con estatus constitucional. Este protocolo tiene como objetivo principal disminuir los gases de efecto invernadero, principalmente el Dióxido de Carbono para evitar el calentamiento global. Además, establece el mercado de Bonos de Carbono las cuales las economías avanzadas pueden vender a países en vías de desarrollo para que estos últimos no emitan gases de efecto invernadero en función de que las primeras sí puedan hacerlo.

Queda en evidencia que a nivel global ninguno de estos dos convenios tuvo mucha efectividad ya que el calentamiento global es un hecho y la capa de ozono se sigue agotando.

Posteriormente en nuestro país se dictan las leyes:

- Ley 25.612: En el cual se establecen los presupuestos mínimos de protección ambiental sobre la gestión integral de residuos de origen industrial y de actividades de servicio, que sean generados en todo el territorio nacional y derivados de procesos industriales o de actividades de servicios. Cuyos objetivos son: a) Garantizar la preservación ambiental, la protección de los recursos naturales, la calidad de vida de la población, la conservación de la biodiversidad, y el equilibrio de los ecosistemas; b) Minimizar los riesgos potenciales de los residuos en todas las etapas de la gestión integral; c) Reducir la cantidad de los residuos que se generan; d) Promover la utilización y transferencia de tecnologías limpias y adecuadas para la preservación ambiental y el desarrollo sustentable; y e) Promover la cesación de los vertidos riesgosos para el ambiente.
- Ley 25.670: La cual establece los presupuestos mínimos de protección ambiental para la gestión de los PCBs, en todo el territorio de la Nación en los términos del artículo 41 de la Constitución Nacional. Y cuyos objetivos son: a) Fiscalizar las operaciones asociadas a los PCBs; b) La descontaminación o eliminación de aparatos que contengan PCBs; c) La eliminación de PCBs usados; d) La prohibición de ingreso al país de PCBs; e) La prohibición de producción y comercialización de los PCBs.

  “Los PCBs o Bifenilos Policlorados son una familia de sustancias químicas orgánicas cloradas de alta toxicidad y persistencia en el Medio Ambiente. Ya que son muy resistentes a la degradación química, fotoquímica y bioquímica. Además los PCBs son bioacumulables siendo identificados en el suelo, agua y

en los tejidos vivos de diversas especies de animales. Por lo que tienen el potencial de ser transferidos a través de la cadena trófica. Al igual que otras sustancias químicas tóxicas como las Dioxinas y Furanos, los PCBs forman parte de los Compuestos Orgánicos Persistentes, por lo que internacionalmente están regulados por el Convenio de Estocolmo. Este Convenio ha establecido que antes del 2025 los países deben implementar acciones concretas para reducir la exposición y eliminar los PCBs."

- Ley 25.688: Establece los presupuestos mínimos ambientales para la preservación de las aguas, su aprovechamiento y uso racional.
- Ley 25.831: Ésta crea el Régimen de libre acceso a la Información Pública Ambiental que garantiza el derecho de acceso a la información ambiental que se encontrare en poder del Estado, tanto en el ámbito nacional como provincial, municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como así también de entes autárquicos y empresas prestadoras de servicios públicos, sean públicas, privadas o mixtas.
- Ley 25.916: Ley que protege al ambiente de los residuos domiciliarios a través de una gestión integral de los mismos, desde su generación hasta su disposición final.
- Ley 26.331: Presupuestos mínimos de protección ambiental de los bosques nativos, los objetivos de esta ley son: a) Promover la conservación mediante el Ordenamiento Territorial de los Bosques Nativos y la regulación de la expansión de la frontera agropecuaria y de cualquier otro cambio de uso del suelo; b) Implementar las medidas necesarias para regular y controlar la disminución de la superficie de bosques nativos existentes, tendiendo a lograr una superficie perdurable en el tiempo; c) Mejorar y mantener los procesos ecológicos y culturales en los bosques nativos que beneficien a la sociedad; d) Hacer prevalecer los principios precautorio y preventivo, manteniendo bosques nativos cuyos beneficios ambientales o los daños ambientales que su ausencia generase, aún no puedan demostrarse con las técnicas disponibles en la actualidad; e) Fomentar las actividades de enriquecimiento, conservación, restauración mejoramiento y manejo sostenible de los bosques nativos.
- Ley 26.639: Ley de Protección de Glaciares y ambientes periglaciares, el objetivo de esta norma es la de preservar los glaciares y ambientes periglaciares como reservas estratégicas de recursos hídricos para el consumo humano; para la agricultura y como proveedores de agua para la recarga de cuencas

hidrográficas; para la protección de la biodiversidad; como fuente de información científica y como atractivo turístico constituyendo a los glaciares como bienes de carácter público. Además, prohíbe la liberación de elementos contaminantes y la exploración minera e hidrocarburífera en los glaciares y periglaciares; y ordena realizar un inventario de glaciares completo cada cinco años.

- Ley 27.520: Establece los presupuestos mínimos de protección ambiental para garantizar acciones, instrumentos y estrategias adecuadas de Adaptación y Mitigación al Cambio Climático en todo el territorio nacional en los términos del artículo 41 de la Constitución Nacional. Son sus objetivos: a) Establecer las estrategias, medidas, políticas e instrumentos relativos al estudio del impacto, la vulnerabilidad y las actividades de adaptación al Cambio Climático que puedan garantizar el desarrollo humano y de los ecosistemas; b) Asistir y promover el desarrollo de estrategias de mitigación y reducción de gases de efecto invernadero en el país; c) Reducir la vulnerabilidad humana y de los sistemas naturales ante el Cambio Climático, protegerlos de sus efectos adversos y aprovechar sus beneficios.

Además, nuestro país está suscrito a la Convención de Basilea; el Convenio sobre la Diversidad Biológica; Protocolo al Tratado Antártico sobre Protección del Medio Ambiente; Convención sobre Humedales de Importancia Internacional.

Y, finalmente, quizás el más conocido (no como norma legal), es el Decreto 297/2020 el cual estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio desde el 20/03/2020 hasta el lunes 09/11/2020 con el objeto de minimizar el impacto del SARS CoV 2 y la enfermedad que este virus produce (COVID-19) en la población argentina.

BIBLIOGRAFÍA

Carvajal A, Oletta J. Cólera: Una amenaza para la región. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Noticias epidemiológicas No. 25; 2010. Disponible en: http://bvs.per.paho.org/texcom/colera/ACarvajal.pdf

Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Lancet Inf Dis. 20(5):533-534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1

Echeverri, B. 1993. *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*. CIS-Siglo XXI, Madrid.

Farreras C, Rozman F. Vol II: Medicina Interna. 13.a ed. Madrid: Elsevier; 1998.

Gabastou J, Pesantes C, Escalante S, Narváez Y, Vela E, García D, et al. Características de la epidemia de cólera de 1998 en Ecuador, durante el fenómeno de "El Niño". Rev Panam de Salud Publica. 2002;12(3):157–64.

Lam C, Octavia S, Reeves P, Wang L, Lan R. Evolution of Seventh Cholera Pandemic and Origin of 1991 Epidemic, Latin America. Emerg Infect Dis. 2010;16(7):1130–2.

Maguiña C, Seas C, Galán E, Santana J. Historia del cólera en el Perú en 1991. Acta Med Per. 2010;27(3):212–7.

Odum, E. & Warret, G.W. 2006. Fundamentos de Ecología, 5° ed. Editorial Thomson Learning Iberoamérica. México, 614 pp.

O´Neill, R. & Kahn, J.R. 2000. *Homo economus* as a Keystone Species. Bioscences, 5(4): 333-337

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2000. La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Publication Cientifica No. 572, OMS. Estados Unidos, 305 pp.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Centroamérica sin cólera. Lecciones del trabajo conjunto y desafíos para la construcción de salud con equidad en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2003.

Prüss-Üstün, A & Corvalán, C. 2006. Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Organización Mundial de la Salud. Paris, 18 pp.

Restrepo, H. & Málaga, H. 2001. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Editorial Panamericana. Colombia, 291 pp.

Salinas P. Cólera: Una revisión actualizada. Parte 1: Introducción, historia, definición, diagnóstico. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Venezuela. 1993: 1(4).

Sarlingo, M. 1998. Proyecto ecología política, interdisciplinariedad y cambio social. Departamento de Antropología Social. FACSO-UNICEN. Argentina, 60 pp.

Tovar V, Bustamante P. Historia del cólera en el mundo y México. Ciencia Ergo Sum. 2000;7 (2):178–84.

Walton D, Ivers L. Responding to Cholera in Post-Earthquake Haiti. N Engl J Med. 2011; 364(1):3–5.

Ambiente y Salud Pública

- Reconocer los efectos del ambiente y sus cambios sobre la salud humana
- Identificar los factores ambientales determinantes de la salud.
- Comprender las implicancias de la epidemiología ambiental y las dimensiones que se deben considerar para su estudio.
- Evaluar los riesgos en enfermedades

Ecología y Salud.
Factores Ambientales determinantes de la Salud
Reconocimiento de Peligros y Riesgos Ambientales de Salud
Epidemiología Ambiental
Bibliografía

> *"En toda sociedad la salud debe definirse según las condiciones ecológicas predominantes, es decir, de acuerdo con las variables culturales y ambientales que afectan a la población. Esto significa que, en lugar de establecer normas universales de salud, deberíamos definir un nivel de salud satisfactorio acorde con las condiciones dadas, y después encontrar la manera de alcanzar dicho nivel."*
>
> Dr. Carlos Monge

El elemento ecológico en las metas de salud

Existe la tendencia generalizada a considerar la salud, en cualquiera de sus definiciones, como un logro cuyas metas están definidas y tienen un valor universal. Por ejemplo, el lenguaje médico internacional occidental define a una persona sana como aquella que presenta, entre otras características, un nivel de hemoglobina de 1.5 g por 100 ml de sangre, cuyas heces no tienen parásitos y cuya flora intestinal no excede los límites que aparecen en un libro de texto internacional.

A nivel psicológico, se espera también que este hombre llamado sano, tenga un sentido del humor occidental, que no tenga aspecto deprimido, etc. Esta definición olímpica de la salud automáticamente sitúa a la mayoría de los pobladores del mundo como enfermos. Así, resulta lógico que esta concepción de salud vaya acompañada de un inmenso esfuerzo por alcanzar los llamados niveles "satisfactorios" de salud, con absoluta independencia del ambiente, género de vida, realidad socioeconómica, etapa histórica de desarrollo, etc.

En contraposición a este concepto universal de salud, la salud debe definirse en términos de una realidad ecológica: tanto biótica como cultural. Así como el biólogo está

acostumbrado a considerar nichos ecológicos y sabe que el éxito de una especie está en íntima relación con su nicho, así también el profesional de la salud debe tener un concepto claro del nicho ecológico humano y debe definir el estado de salud satisfactorio en función del total de variables, incluidas las variables culturales, presentes en determinado nicho. Los más optimistas tratarán de "mejorar" el nicho hasta hacerlo semejante al ideal que generalmente aparece en el libro de texto. Desgraciadamente, el nicho ideal no está definido ni es permanente y las posibilidades de cambio son mínimas en la mayoría de los países del mundo; además, los libros de texto se escriben generalmente en las grandes ciudades cuyos inconvenientes ecológicos son por todos conocidos.

En relación a las definiciones expuestas en la Clase 1 si consideramos al hombre como especie capaz de interferir en el ambiente modificándolo podemos definir al ambiente en cuanto a los procesos salud-enfermedad como:

> **"El conjunto de factores naturales, culturales, tecnológicos, sociales o de cualquier otro tipo, interrelacionados entre sí, que condicionan la vida del hombre y de todos los seres vivos, a la vez que, constantemente, son modificados por la especie humana."**

Por lo tanto, podemos decir que el hombre experimenta el ambiente como un conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas que difieren según el lugar geográfico, la infraestructura, la estación del año, el momento del día y la actividad que realiza. Según los efectos que producen sobre la salud, algunas veces estas condiciones pueden considerarse **peligros o riesgos**.

Es importante aclarar los **términos "riesgo" y "peligro" desde el punto de vista ambiental**, los cuales se definen de la siguiente manera:

> ***Riesgo* es la probabilidad cuantitativa de que se produzca algún efecto en la salud de una persona, luego de haber sido expuesta una determinada cantidad de tiempo a un peligro.**

> ***Peligro* es un factor de exposición que puede afectar a la salud adversamente y expresa el potencial de un agente ambiental para dañar la**

salud de ciertos individuos según determinadas variables: nivel de exposición, condiciones socioeconómicas, etc.

Según estas definiciones, trabajaremos sobre el enfoque que sitúa al riesgo como un peligro para la salud de la población, la cual está potencialmente expuesta a accidentes ambientales, desechos nucleares, residuos químicos tóxicos, etc.

Los **peligros ambientales** pueden dividirse en:

- **Peligros tradicionales**, ligados con la pobreza y el bajo desarrollo.
- **Peligros modernos**, resultantes del desarrollo rápido y un consumo no sustentable de los recursos naturales que no tiene en cuenta la salud de la población y los recursos del medio ambiente.

EJEMPLOS DE PELIGROS TRADICIONALES PARA LA SALUD CONTRA PELIGROS MODERNOS

PELIGROS TRADICIONALES *Relacionados con la pobreza y el desarrollo insuficiente*	PELIGROS MODERNOS *Ligados a un "desarrollo rapido" (que no tiene en cuenta a la salud y el medio ambiente) y a un "consumo insostenible" de los recursos naturales.*
• falta de acceso al agua potable	• contaminación del agua por los núcleos de población, la industria y la agricultura intensiva.
• saneamiento básico insuficiente en el hogar y en la comunidad	• contaminación del aire urbano por las emisiones de los motores de vehículos, las centrales energéticas de carbón y la industria
• contaminación de los alimentos por microorganismos patógenos	• acumulación de residuos sólidos y peligrosos.
• contaminación del aire interior por el uso de carbón o combustibles de biomasa para cocina y calefacción.	• riesgos químicos y por radiación debidos a la introducción de tecnologías industriales y agrícolas.
• sistemas insuficientes y/o inadecuados de disposición de residuos sólidos.	• riesgos de enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes.
• riesgos de accidentes laborales en la agricultura e industrias domésticas	• deforestación, degradación del suelo y otros cambios ecológicos importantes en los niveles locales y regionales.
• catástrofes naturales, como las inundaciones, los terremotos o las sequías.	• cambio climático, agotamiento de la capa de ozono de la estratosfera y contaminación transfronteriza.
• vectores de enfermedades, especialmente insectos y roedores. • Viviendas y refugios insalubres • Agentes infecciosos • Deficiencias dietarias	• Humo de tabaco • Alcohol • Peligros por transporte • Riesgos ocupacionales • Dieta desbalanceada

Fuente: Yassí, *et al* (2002) Salud ambiental básica. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.

Los peligros ambientales tradicionales suelen manifestarse en forma de enfermedad con rapidez relativa. Por el contrario, muchos de los peligros modernos sólo manifiestan sus efectos sobre la salud después de un largo tiempo. A continuación se presenta una tabla con algunos ejemplos de peligros tradicionales y modernos.

Una vez más se puede observar que la relación entre salud y ambiente es muy compleja, pues cada uno de los peligros tradicionales y modernos se asocia a distintos aspectos del desarrollo social y económico. Aunque la exposición a un contaminante u otro tipo de peligro ambiental puede ser la causa inmediata de una enfermedad, **las fuerzas motrices y las presiones provocadas por la degradación del entorno son los factores más importantes en el control de riesgos**.

TIPOS DE PELIGROS Y RIESGOS AMBIENTALES: FORMAS DE ABORDAJE

Los **peligros ambientales** que tienen un efecto directo sobre la salud humana pueden surgir tanto de **fuentes naturales como antropogénicas** (causadas por el hombre). Estos peligros pueden ser: **biológicos, químicos y físicos**.

La salud también puede verse afectada por:

- **Peligros biomecánicos**: daños en el trabajo, en la agricultura, el hogar, en la práctica deportiva y producida por vehículos automotores.
- **Peligros psicosociales:** estrés, cambios en el estilo de vida, discriminación en el lugar de trabajo, cambios sociales, marginación, desempleo, maltrato, presión psicológica, etc.

Hay varias maneras de enfocar el **estudio de los peligros del ambiente para la salud**.

Una es **examinando la naturaleza del peligro.** En este caso, se observa la clasificación anterior, es decir, si el peligro es biológico, químico, físico, mecánico o psicosocial. Se puede profundizar este tipo de estudio, investigando **subtipos dentro de cada una de estas categorías**. Por ejemplo, entre los peligros biológicos pueden distinguirse virus, bacterias, parásitos, etc.

Otra forma de estudio de los peligros ambientales consiste en el **seguimiento o trazado de rutas de exposición**: aire, agua, suelo. Estas rutas también pueden subdividirse, por ejemplo, agua subterránea, agua superficial, etc.

Una tercera perspectiva de estudio puede ser según **el ámbito en el que ocurren los peligros**. Por ejemplo: el hogar, el trabajo, la escuela o las comunidades. En el siguiente cuadro se presentan algunos peligros biológicos, químicos y físicos clasificados según las rutas de exposición y los factores relacionados.

Los peligros también pueden ser considerados en **el contexto del lugar o según actividades en los cuales se generan**. Este enfoque considera a los peligros ambientales como problemas de la comunidad y del desarrollo económico.

PELIGROS BIOLÓGICOS, QUÍMICOS Y FÍSICOS POR RUTAS DE EXPOSICIÓN			
	BIOLÓGICOS	**QUÍMICOS**	**FÍSICOS**
AIRE			
Agente/Fuente	Microorganismos	Humo, polvo, partículas	Radiaciones, ruido
Factores vectoriales	Exhalaciones, tos	Aire contaminado	Clima
Rutas	Inhalación, contacto	Ingestión, contacto	Exposiciones no resguardadas
AGUA			
Agente/Fuente	Microorganismos, materia orgánica en descomposición	Descargas, vertederos, lixiviados	Radiación
Factores vectoriales	Insectos, roedores, caracoles; excreta de animales; cadena alimentaria	Alimentos y agua contaminados	Accidentes; contaminación del agua y alimentos
Rutas	Mordeduras, ingestión, contacto	Ingestión, contacto	Ingestión, contacto
TIERRA			
Agente/Fuente	Organismos del suelo	Sólidos, líquidos	Radiación
Factores vectoriales	Materia orgánica en descomposición, que puede convertirse en fuente de vectores	Contaminación de alimento y agua; alimentos	Accidentes; contaminantes del agua y alimentos
Rutas	Contacto, picadas	Ingestión, contacto	Contacto, ingestión

PELIGROS BIOLÓGICOS

Los peligros biológicos incluyen todas las formas de vida y productos no vivientes que ellas producen, que pueden causar efectos adversos a la salud. Entre éstos se encuentran: plantas, insectos, roedores y otros animales, hongos, bacterias, virus y una amplia variedad de toxinas y alérgenos. Si bien todos son importantes, en los siguientes párrafos haremos hincapié en los **microorganismos y parásitos que afectan la salud** y en aquellos factores biológicos que tienen un papel en el ciclo de vida de estos organismos.

Las **principales rutas de exposición** para los peligros biológicos son:

- El **aire**. La difusión de microorganismos a través del aire ocurre principalmente con las enfermedades respiratorias y con frecuencia se debe a las pequeñas gotas que se expulsan cuando se tose o estornuda.
- El **agua.** El problema biológico más grande es la difusión de bacterias que se encuentran en la materia fecal de una persona y se transmiten a otra a través del agua. Cuando el suministro de agua potable para una comunidad está contaminado con heces de una persona enferma, gran número de personas que beben esta agua pueden enfermarse y difundir la enfermedad. Un ejemplo es la pandemia de cólera que se inició en 1991 en el Perú.
- Los **alimentos**. Éstos son un medio importante para el desarrollo de bacterias si no son manejados higiénicamente. El almacenamiento del alimento a temperatura ambiente puede conducir a un crecimiento peligroso de bacterias. A temperaturas por debajo de 4°C o superiores a 60°C, este crecimiento generalmente es más lento.
- El **suelo**. En este caso, el principal peligro biológico son los helmintos o lombrices eliminados por una persona infectada que defeca sobre el suelo. Las infecciones por lombrices intestinales son muy comunes en áreas pobres de países en desarrollo, particularmente entre niños. También el uso de aguas residuales para irrigación puede causar infecciones entre los campesinos que cultivan la tierra, a menos que sean tomadas precauciones especiales.

PELIGROS QUÍMICOS

En los últimos cien años se han sintetizado aproximadamente diez millones de compuestos químicos. Alrededor del 1% de estos compuestos se produce para el mercado y se usa directamente, por ejemplo: los plaguicidas y fertilizantes. La mayoría de los compuestos químicos sintetizados son compuestos intermedios utilizados en la manufactura de productos para uso humano. Prácticamente no existe un sector de la actividad humana que no utilice productos químicos, los cuales han generado muchos beneficios a la sociedad, como los medicamentos para la salud humana y los fertilizantes para la producción de alimentos.

Todas las sustancias químicas son, en algún grado, tóxicas.

El peligro químico es una función que surge de relacionar la severidad de la toxicidad con la magnitud de la exposición.

Una sustancia altamente tóxica puede dañar a un organismo, aun cuando estén presentes pequeñas concentraciones en él.

Una sustancia de baja toxicidad no producirá un efecto, a menos que la concentración en el organismo sea suficientemente alta.

Para que un compuesto químico se considere un riesgo debe existir exposición real o potencial a éste.

Para identificar y categorizar el peligro de las sustancias químicas es necesario saber cómo identificar los peligros químicos en diferentes ámbitos y ambientes y conocer:

1. Las propiedades físicas y químicas.
2. Las posibles vías de entrada.
3. La distribución y el metabolismo.
4. Los efectos que tienen en los sistemas corporales.

PELIGROS FÍSICOS

Los peligros físicos pueden provenir de fuentes naturales o de condiciones creadas por el hombre. Son formas de energía potencialmente nocivas que pueden resultar en el peligro de adquirir un daño de forma inmediata o gradual, cuando se transfieren en cantidades suficientes a personas expuestas.

Los tipos de energía que pueden involucrar peligros físicos son variados:

- **Ondas sonoras**: petardos, explosiones, música de rock amplificada, trueno severo, juego o deportes concurridos, tractor, subterráneo, motocicleta, etc.

- **Radiación**: radiación cósmica, rayos gamma, radón, fuentes de radiación asociadas a actividades humanas como plantas de procesamiento de combustibles, medicina, teléfonos celulares, etc.
- **Energía luminosa**: tubos fluorescentes, etc.
- **Energía térmica**: calefacción, altas temperaturas, olas de calor.
- **Energía eléctrica**: aparatos eléctricos en general.

El ruido, la radiación (incluyendo la luz) y la temperatura son los ejemplos más comunes de peligros físicos. Ellos pueden ocasionar efectos en la salud en situaciones naturales de exposición. Se puede considerar como ejemplos las cataratas producidas por la radiación ultravioleta del sol y las muertes de personas por olas de calor. Las situaciones de exposición de mayor importancia son las creadas por el hombre: el ruido y las radiaciones ionizantes.

PELIGROS MECÁNICOS

Los peligros mecánicos son producidos por la transferencia de energía del movimiento: mecánica o cinética. Ejemplos de este tipo de peligros son los accidentes de trabajo por uso de maquinaria en mal estado o equipos de seguridad inadecuados y los accidentes de tráfico.

En los individuos expuestos, la transferencia de energía mecánica puede ocasionarles una lesión inmediata o generarla gradualmente. La mayoría de las lesiones son predecibles y pueden prevenirse y ser estudiadas mediante el empleo de métodos epidemiológicos, al igual que cualquier enfermedad o efecto sobre la salud.

Para **la prevención de estas lesiones es importante considerar las actitudes culturales y los factores socioeconómicos**. Por ejemplo, si las muertes por lesiones son consideradas culturalmente como determinadas por el destino, o si el comportamiento riesgoso es considerado como valentía, habrá que trabajar con la comunidad para obtener una respuesta positiva frente a intervenciones preventivas.

Respecto a la **incidencia de los factores socioeconómicos**, la carga de lesiones es mayor en las áreas más pobres y menos desarrolladas. Si bien un buen número de este tipo de lesiones y accidentes ocurre en los ambientes de trabajo, es mucho mayor el número de lesiones que ocurre fuera de éstos.

PELIGROS PSICOSOCIALES

Para abordar a los peligros psicosociales es necesario ampliar nuestra mirada sobre peligros y riesgos y analizar este tema **incluyendo también el enfoque que considera al riesgo como una consecuencia de los estilos de vida de las personas**.

Esta perspectiva considera al riesgo como un concepto socio cultural cargado de significado.

La exposición a los peligros psicosociales está relacionada con el modo de vida propio de cada grupo poblacional, su historia, su condición social, su realidad cotidiana. Estos modos de vida expresan los patrones de trabajo, de consumo, de comportamientos y de inserción social, que marcan las diferencias entre los grupos poblacionales.

Existe una conexión íntima entre los modos de vida y los procesos de salud-enfermedad. Los estilos de vida de las personas, entre otros factores, determinan los niveles de exposición a los peligros psicosociales. En algunos casos, esta exposición es permanente en tanto está intrínsecamente ligada a los procesos de reproducción del modo de vida de una comunidad.

Actualmente (2005), en los países en desarrollo se viven situaciones de exclusión social, marginación, aislamiento y falta de oportunidades para el desarrollo de las personas. Nuestra sociedad se encuentra en un proceso de transición en el cual los valores, las tradiciones y creencias que servían de guía ya no se sostienen ni dan respuesta a la problemática actual, generando incertidumbre, ansiedad y estrés.

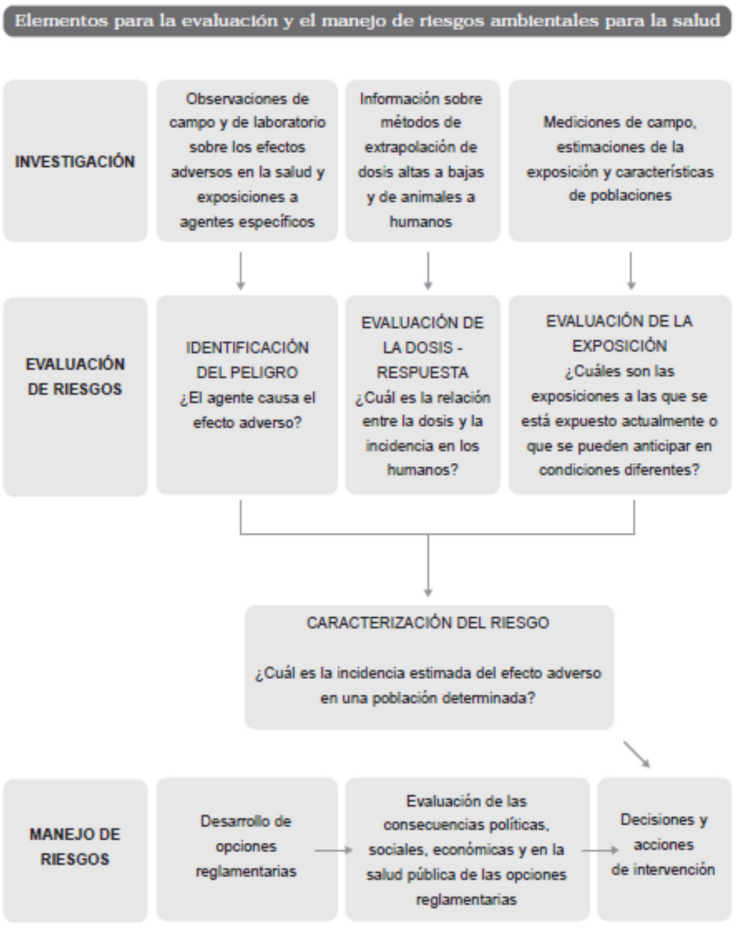
Frente a este panorama, es posible considerar a los siguientes aspectos como peligros psicosociales:

- **Dificultad de integración y adaptación.**
- **Desocupación y falta de posibilidades de acceso a un puesto de trabajo.**
- **Ambientes laborales sobreexigentes que estimulan competitividad.**
- **Presiones del mercado.**
- **Medios de comunicación que difunden modelos que atentan contra la salud física y psíquica de las personas.**
- **Modelos de relación y comunicación que no tienen en cuenta las necesidades humanas.**
- **Falta de posibilidades para el logro de metas y el desarrollo personal.**

Si una persona está expuesta constantemente a factores ambientales de estrés y no desarrolla estrategias adecuadas de adaptación y transformación del medio, es muy probable que ocurran efectos adversos sobre su salud.

El impacto preciso sobre cada riesgo individual es difícil de establecer, debido a la acción simultánea de numerosos factores de estrés generalmente presentes y que son indistinguibles de los efectos causados por los factores socioeconómicos. En este caso, también es importante tener en cuenta que cualquier otro tipo de riesgo potencial del ambiente para la salud (incineradores, desechos, industria química, desastres naturales, etc.) pueden inducir respuestas de estrés psicosocial.

A modo de síntesis de este tema, le presentamos un cuadro en el que se incluyen todos los elementos que deben considerarse en la evaluación y el manejo de riesgos ambientales para la salud.



Fuente: WEITZENFELD, H. *Manual básico sobre evaluación del impacto en el ambiente y la salud de acciones proyectadas*. Organización Panamericana de la Salud. 1996: 11-12.

Bibliografía

- Gordis, L. 2014. Epidemiología. Quinta edición. Elsevier, *España* pp 179-242.

- Herkovits, J., 1995. Bioensayos para estudios ecotoxicológicos y de seguridad química. Ingeniería Sanitaria y Ambiental N 19

- Kelmendi de Ustaran, J., 1992. Epidemiología. EUDEBA S. E.M.

- Monge, C. 1978. Ecología y Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 84: 38-41

- Loyola L.A., Conesa, G. & Castro, R. 2005. Módulo 3. Salud y Ambiente. Ministerio de Salud de la Nación.

- Weitzenfeld, H. 1996. Manual básico sobre evaluación del impacto en el ambiente y la salud de acciones proyectadas. Organización Panamericana de la Salud.

- Yassi, H. y cols. 2002. Salud ambiental básica. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.

EL DETERIORO AMBIENTAL ¿ES UNA ENFERMEDAD DESATENDIDA?

Lic. Manuel Osvaldo Arbino[1], Dra. Elena Beatriz Oscherov[2]

Palabras claves: Salud ambiental - Enfermedades olvidadas - Contaminación

RESUMEN

El ambiente es un sistema vivo y complejo, expuesto a modificaciones y agresiones. El objetivo de este trabajo es valorizar al ambiente como una entidad capaz de enfermar y por lo tanto ser transmisor de patógenos al hombre y los animales. Se habla de "Enfermedades desatendidas u olvidadas", a aquellas enfermedades, como las parasitosis, Mal de Chagas-Mazza o Leishmaniosis, que afectan principalmente a poblaciones de escasos recursos en todo el mundo, que persisten mientras haya pobreza y desatendidas principalmente porque los afectados tienen escasa o nula influencia en las prioridades de la salud pública. Consideramos que en nuestra región, el deterioro ambiental es una de principales enfermedades desatendidas y por lo tanto deberían definirse en forma urgente políticas que prioricen la salud ambiental como una de las principales estrategias para búsqueda y el mantenimiento de la salud humana.

Si consideramos al ambiente como un sistema vivo y complejo, expuesto a modificaciones y agresiones, podemos suponer que puede deteriorarse y si no está agotada su capacidad de resiliencia, puede recuperarse. El objetivo de este trabajo es valorizar al ambiente como una entidad capaz de enfermar y por lo tanto ser transmisor de patógenos al hombre y sus animales. Es entonces necesario definir que entendemos por salud, por ambiente y por salud ambiental.

Salud, ambiente y salud ambiental

En una etapa primitiva del pensamiento humano, el concepto de salud se relacionó con la magia. El pensamiento mágico fue la principal herramienta para explicar las alteraciones del funcionamiento del cuerpo. Podemos calificar al concepto de salud en esta primera etapa como concepto mágico, ya que, en este nivel del desarrollo del conocimiento humano, el hombre acudió a la magia para explicar la realidad de su entorno y dominar los fenómenos de la naturaleza para su beneficio y seguridad. Este concepto aún persiste en nuestros días en algunas creencias populares, como por ejemplo "el mal de ojos" u "ojeada" según la cual una persona es capaz de producir mal con solo mirar.

Mediante el pensamiento mágico, el hombre considera que esos estados de alteración o "enfermedad", de causa no recono-

[1] Biología de los Invertebrados. Departamento de Biología. FACENA. UNNE. e-mail: osvaarb@gmail.com Tel: 0379 4457950, Interno 402

[2] Biología de los Artrópodos y Proyecto Salud Ambiental:Salud Humana. Programa UNNE Salud. Departamento de Biología. FACENA. UNNE. e-mail: eboscherov@yahoo.com.ar Tel: 0379 4457950, Interno 419

cible, provienen de la acción de otras fuerzas de la naturaleza cuyos espíritus compiten con él, agrediéndolo y causándole daño; por esto necesita crear mecanismos que le permitan contrarrestar esas fuerzas malignas o invocar, en su apoyo, otras que le sean favorables; lo hace generalmente mediante procedimientos también mágicos que en cada cultura adoptan símbolos y rituales propios y específicos. Basta mirar las ofertas en los medios gráficos que van desde la lectura del Tarot a brujería blanca y negra y la existencia de curanderos, para aceptar que esta concepción está muy arraigada en la sociedad.

Con el desarrollo de las religiones surge el concepto de la enfermedad como un castigo o un producto de la influencia de espíritus demoníacos, que debe ser contrarrestado mediante prácticas religiosas. Así, a lo largo de la historia, el cuidado de los enfermos y en especial de los mentales, estuvo a cargo de los sacerdotes. La concepción religiosa sobre la enfermedad persiste en la sociedad actual y es así que existen los "manos santas", "sanadores" y centros de sanación tanto legítimos como ficticios.

Con el avance de la ciencia se relacionó las alteraciones físicas con las orgánicas y la salud pasó a definirse como la ausencia de la enfermedad. Esta corriente del pensamiento médico, tiene gran influencia en la sociedad y continúa imponiendo una ideología de la salud basada en el manejo de la enfermedad y no en la medicina preventiva y la importancia sociológica respecto del quehacer en salud, desarticulando la medicina de un análisis integral.

La ciencia ha permitido profundizar en el conocimiento de la enfermedad, desentrañando sus causas aparentes y conformando un enorme acervo de conocimiento etiológico y terapéutico que, de alguna manera, ha conducido al sistema médico a la tendencia exagerada por la curación a ultranza, con un abandono casi inconsciente por el hombre y su contexto familiar, psicológico y social, en el cual está necesariamente inmerso sea cual sea su condición de enfermo, convaleciente o sano.

En el presente siglo se ha dado un interesante impulso a la discusión sobre el concepto de salud y se ha avanzado en la conformación de una teoría más integral que busca trascender el abordaje meramente biológico de la enfermedad para entender la salud humana, sin tener que partir de su contrario, la enfermedad o la afección, para definirla.

Como una concepción superadora, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como el perfecto bienestar físico, mental y social de un individuo. Y en la Carta de Ottawa se sostiene que "para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas".

Desde el punto de vista de la Ecología la "salud es el equilibrio que se da entre el agente, el huésped y el medio ambiente". Estos tres factores integran la "Triada Ecológica".

El hombre es el huésped en esta definición, concebido como el individuo ubicado en un ambiente sujeto a las acciones de los diferentes agentes y, por eso, susceptible de

sufrir enfermedad. El huésped cuenta con muchos factores que lo hacen susceptible o resistente a sufrir enfermedades; los principales son: La edad, la raza, el sexo, el estado inmunológico y los procesos metabólicos; todos estos factores no actúan aisladamente sino interrelacionados. El agente es el elemento que puede causar lesiones y enfermedad; en la naturaleza encontramos agentes físicos, químicos y biológicos.

El ambiente es el conjunto de todas las condiciones externas e influencias a las cuales un sistema está sometido. Para el hombre, el ambiente incluye al familiar, el escolar, el cultural, el laboral, el recreativo, el deportivo y el geográfico. El ambiente familiar puede afectar psicológicamente o físicamente la salud por el comportamiento de los miembros de la familia, sus creencias y sus mitos. En el ambiente escolar existen muchos factores que junto con los familiares, pueden lesionar la integridad física y mental. En el medio laboral hay una gran cantidad de riesgos que llevan a las personas a sufrir accidentes o a padecer enfermedades profesionales.

Además, accidentes e incidentes en el medio laboral pueden afectar el medio externo adyacente, como ocurren con desastres asociados con la industria, que causan grandes daños en el ambiente y en el ecosistema. La fuga de gas con dioxina en Seveso en 1976; el incendio y descarga de aguas contaminadas al Rhin, provenientes de una bodega de Basilea en 1986; y recientemente el derrame de cianuro de la mina Veladero en San Juan, Argentina tal como se desprende de un informe del Instituto del Medio Ambiente de la UNCuyo (2015) o la ruptura de dos represas que contenían desechos tóxicos de una empresa minera en el sureste de Brasil, en la región central de Minas Gerais (noviembre de 2015), son algunos ejemplos.

Son también factores de alto riesgo los desastres naturales como las tormentas y los huracanes, las avalanchas derivadas de las crecientes de algunos ríos (en octubre de 2015, parte de un cerro de unos 100 metros de altura colapsó y arrasó con la humilde localidad de Santa Catarina Pinula, 15 kilómetros al sur de Ciudad de Guatemala) o terremotos en las zonas volcánicas (sismo en 8,4 grados en Chile en Septiembre de 2015). Pero además del peligro que implica los desplazamientos de la corteza terrestre, las erupciones volcánicas con la consecuente lluvia de cenizas es la que abarca una mayor superficie y afecta a un mayor número de personas y bienes materiales.

La **salud ambiental** ha sido definida por la OMS como la rama de la salud pública que se ocupa de las formas de vida, las sustancias, las fuerzas y las condiciones del entorno del hombre, que pueden ejercer influencia sobre su salud y bienestar. Este concepto de salud ambiental está íntimamente ligado a los de medio ambiente, ecología y riesgo. Se entiende por riesgo la probabilidad de daño, enfermedad o muerte bajo circunstancias específicas.

En la Constitución Nacional se reconoce la idea de ambiente saludable al establecer que un ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano es un derecho (Artículos 41 al 43).

¿Por qué enferma el ambiente?

El deterioro de la salud ambiental se produce por acción antrópica, principalmente en los centros urbanos, pero también en los ambientes naturales por la utilización de agroquímicos, explotaciones de minerales, etc. En las ciudades el principal agente de contaminación son los residuos acumu-

lados en la vía pública, baldíos y lugares de esparcimiento, cuyo efecto nocivo va desde permitir el desarrollo de roedores e insectos vectores de patógenos hasta la dispersión de tóxicos, producción de olores desagradables y contaminación visual. Pero también contribuye el descuido de los patios y jardines en las viviendas, en donde se acumulan materia orgánica y recipientes en desuso.

La basura es un grave problema que se acrecienta día a día, tanto para comunidades pequeñas, como para las grandes ciudades, pero en éstas el problema es mayor debido al continuo aumento de la población urbana, especialmente por la migración hacia ellas, de habitantes de poblados chicos o comunidades rurales en busca de una mejor calidad de vida, primordialmente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo y que da como resultado una urbanización sin planificación. También las actividades humanas modernas y el desmesurado consumismo acrecientan en forma exponencial la cantidad de basura que se genera.

La palabra basura proviene del latín **versūra*, derivado de *verrĕre*, que significa "barrer". Por esto se puede decir que el significado original fue "lo que se ha barrido". Podemos considerar como basura a los desechos producto de la actividad humana, que carecen de valor o utilidad directa o indirecta para el hombre. Actualmente, se usa ese término solo para denominar aquella fracción de **residuos** que no son aprovechables y que por lo tanto debería ser tratada y dispuesta para evitar problemas sanitarios o ambientales.

Se denomina **contaminación ambiental** a la presencia en el ambiente de cualquier agente (físico, químico o biológico) o bien de una combinación de varios agentes, en lugares, formas y concentraciones tales que sean o puedan ser nocivos para la salud, la seguridad o para el bienestar de la población, o bien, que puedan ser perjudiciales para la vida vegetal o animal, o impidan el uso normal de las propiedades y lugares de recreación y goce de los mismos. Los tipos de contaminación más importantes son los que afectan a los recursos naturales básicos: el aire, los suelos y el agua. Algunas de las alteraciones medioambientales más graves e indudablemente relacionadas con los fenómenos de contaminación son los escapes radiactivos, el smog, el efecto invernadero, la lluvia ácida, la destrucción de la capa de ozono, la eutrofización de las aguas o las mareas negras; pero hay otras consecuencias menos evidentes y generalmente a largo plazo que pueden afectar la salud humana y animal, como las enfermedades y alteraciones genéticas graves.

Entre las enfermedades que pueden ser causadas en forma directa o indirecta por la contaminación ambiental, están las infecciones respiratorias e intestinales, las afecciones cutáneas, otitis media aguda, conjuntivitis, neumonías y bronconeumonías, gripe, disenterías, cólera, hepatitis, dengue clásico y dengue hemorrágico e intoxicación por plaguicidas.

En las ciudades y pueblos, una fuente importante de contaminación es la materia fecal de los perros. Son tres los factores principales que inciden: 1) el aumento constante de las poblaciones de perros abandonados en la vía pública. 2) familias con una cantidad de perros que no pueden mantener y dejan libres en las calles para que busquen su alimento y 3) en los últimos años, la actividad de los "pasea-perros", personas que realizan su labor en la mayoría de los casos, irresponsablemente, sin reco-

ger las heces que los animales eliminan.

Los edificios de viviendas colectivas favorecen una mayor concentración de la población y de sus animales domésticos. A las mascotas se les permite el acceso a las aceras y áreas de recreación y muy pocas personas tiene la cultura de recoger las excretas producidas por sus perros. A su vez, en los barrios periféricos, los niños de corta edad pueden defecar en el suelo, facilitando así la propagación de los enteroparásitos, los que ingresan a nuevos hospedadores mediante la contaminación de agua y alimentos (transmisión feco-oral).

Existen diferentes tipos de parásitos, entre los que se cuentan los geohelmintos. Estos organismos se denominan así porque parte de su ciclo (huevos y/o larvas) viven en el suelo. Como ejemplo se pueden citar a los parásitos humanos: *Ascaris lumbricoides, Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus* y a los del perro: *Ancylostoma caninum* y *Toxocara canis*. Estos parásitos viven en el intestino de sus hospedadores (enteroparásitos) y sus huevos salen al exterior con las heces, contaminado así el suelo.

La materia fecal de los animales, especialmente la de los perros, son considerados contaminantes biológicos por contener en muchos casos las fases de transmisión de parásitos, que pueden ser zoonóticos. Para que se vuelvan infestantes deben madurar durante un tiempo variable según la especie y las condiciones climáticas, de ahí que la falta de responsabilidad en el manejo de las excretas posibilita que se cierre el ciclo biológico de dichos parásitos.

Si bien los determinantes del deterioro ambiental son complejos, en la ciudad de Corrientes, y posiblemente lo mismo ocurra en diferentes ciudades y pueblos de Argentina, se pudieron identificar dos causas principales del deterioro ambiental: por un lado el sistema de recolección municipal de residuos, que solo se efectúa en determinadas calles y en forma discontinua (contraviniendo las mismas disposiciones municipales), esta situación provoca que los vecinos se sientan justificados por arrojar en las esquina o sitios baldíos los desperdicios domiciliarios, sin respetar horarios y mínimas normas de convivencia. Por otra parte, no se plantean acciones comunitarias para mantener la limpieza del entorno ya que no se asume como un problema que debe ser resuelto no solamente por los organismos públicos, si no por los mismos habitantes.

De todos modos, en los últimos años, algunos sectores de la sociedad han comenzado con la reutilización y el procesamiento de la basura a nivel casero, ciertos municipios han encarado proyectos serios de separación, tratamiento y reciclaje de residuos urbanos y en la actividad privada algunas empresas realizan importantes inversiones para el reciclado de papeles, metales o desechos orgánicos de los productos que procesan. Otras actividades, como los emprendimientos de turismo ecológico encarados por algunas comunas y privados o el Tecnotren, ideado por un trabajador ferroviario jubilado, que circula por vías abandonadas en la provincia de Entre Ríos son pequeñas muestras de cómo podemos participar en la búsqueda de un ambiente sano.

Otro factor positivo que hay que considerar es que amplios sectores de la población están tomando conciencia del peligro que lleva convivir con la basura, así como los sectores más vulnerables comienzan a reclamar que el Estado les garantice vivir en un ambiente saludable, lo que implica

no solamente un sistema de recolección de residuos sistematizado, sino también la provisión de agua potable, el adecuado tratamiento de las excretas, el entubado de desagües pluviales o su mantenimiento y la exigencia a los propietarios de mantener los sitios baldíos desmalezados y limpios.

Pero si bien estas acciones, aisladas, muchas veces voluntariosas, permiten vislumbrar un mayor compromiso de la sociedad en la búsqueda de un ambiente más vivible, todavía en Argentina, el control sobre las grandes Industrias que vierten al ambiente enormes cantidades de desechos contaminantes al aire, al suelo o el agua, es escaso o nulo.

En la literatura y en Jornadas Científicas se habla de las "Enfermedades desatendidas u olvidadas", relacionando con este concepto a aquellas enfermedades, como la enfermedad de Chagas-Mazza o la leishmaniosis mucocutánea o el dengue, que afectan principalmente a poblaciones de escasos recursos, que viven en barrios o zonas marginales urbanas o rurales de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, en entornos de extrema pobreza. Enfermedades que van a persistir mientras haya pobreza; enfermedades que en otros lugares del mundo han desaparecido en forma gradual, paralelamente con la mejora del nivel de vida y la higiene personal y del entorno. Otra de las causas por la que son enfermedades desatendidas, es porque la mayor parte de las personas afectadas por estas enfermedades, por su condición socioeconómica, tienen escasa o nula influencia en las prioridades de la salud pública.

La falta de compromiso, tanto individual como colectivo, el hecho de que la educación ambiental no es considerada como prioridad y que no se cumple la legislación vigente, lleva a concluir que el ambiente enfermo es una de las enfermedades más desatendidas de nuestra región y por lo tanto deberían definirse en forma urgente políticas que prioricen la salud ambiental como una de las principales

BIBLIOGRAFÍA

Alfonso C R. Componentes de la salud ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología Cuba.

Manrique Abril F. G. 2015. Una aproximación al concepto salud enfermedad. http//www.un.docentes.unal.edu.co. (Consultado el 30 de septiembre, 2015)

OMS. 1946. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2. 100 pp.

OPS.1987. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. www.busde.paho.org. (Consultado el 20 de agosto, 2015)

Milano Alicia. M. F.; E. B. Oscherov. 2002. Contaminación por parásitos caninos de importancia zoonótica en playas de la Ciudad de Corrientes. Parasitología Latinoamericana. 57 (3 –4): 119 -123

Milano, A. M. F., Oscherov E. B. 2005. Contaminación de aceras con enteroparásitos caninos en Corrientes, Argentina. Parasitología Latinoamericana. 60 (1-2): 82-85

Ordóñez G. A. 2000.Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 7(3), 137-147

SALUD Y ENFERMEDAD

CONCEPCIONES, PARADIGMAS y MODELOS

Eje: SISTEMAS Y EQUIPOS DE SALUD
Versión digital disponible en el campus virtual de la Facultad de Medicina –UNNE

Mgter. Bca. Cardozo, Samantha;
Prof. D´Angelo, Silvia
Bco. Rodríguez, Emiliano;
Méd. Giménez, José F;
Bco. Duré, Guillermo

APARTADO	CONTENIDO	PÁGINA
1	¿Qué es la Salud?	1
2	Paradigmas en Salud	2
3	Concepciones de salud	
4	Diferencias entre el modelo biomédico y el biopsicosocial	6
5	¿Qué es la enfermedad? Concepciones y vivencias	7
6	Clasificación de las enfermedades	9
7	Proceso salud—enfermedad	10
8	Bibliografía	24

"Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana"[1]

Ramón Carrillo (1906-1956)
(Médico sanitarista, neurocirujano, neurobiólogo y político argentino, primer Ministro de Salud Pública de la República Argentina)



1. ¿Qué es la Salud?

Casi todas las personas tenemos una idea de lo que es la salud; sin embargo, quizás no todos la concebimos de manera similar. Si preguntamos a un familiar, a un amigo, a un adulto mayor, a una persona de campo o a un trabajador de la ciudad, talvez, cada uno nos responda según sus creencias y su sentido de bienestar. Es decir que, quizás, encontraremos tantas respuestas diversas, como diverso es el mundo.



ACTIVIDAD 1

Pregunte a tres personas de su entorno:

1) **¿Qué es salud?**
2) **¿Qué es enfermedad?**

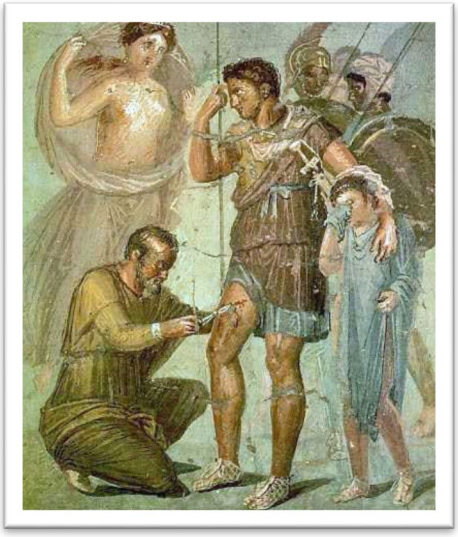
Escriba las respuestas obtenidas, pues trabajará con ellas.

Definir por consenso aquello a lo que nos referimos cuando hablamos de salud es fundamental para el equipo de salud, ya que esto ayudará a comprender su alcance y abordar su cuidado de desde una perspectiva adecuada y oportuna.

Como futuro médico es importante que advierta la diversidad de concepciones que tienen las personas respecto a SALUD y ENFERMEDAD, a fin de poder comprender mejor sus necesidades al respecto, cómo cuida y conserva la primera; y cómo reacciona ante la segunda.

Se reconoce que el concepto de salud fue evolucionando de acuerdo a las concepciones de salud y enfermedad y los paradigmas vigentes en ese momento, las que dieron forma a diferentes definiciones.

Inicialmente, el término "salud" proviene del latín "salus", que a su vez deriva de la raíz indoeuropea *sol-, que significa "entero" o "intacto". En la época romana, "salus" se relacionaba con la idea de bienestar, integridad y prosperidad, tanto a nivel físico como moral.



La palabra "salud" en el sentido de estado de bienestar físico y mental, se remonta al latín clásico y ha sido utilizada a lo largo de la historia para describir el estado de equilibrio y armonía del cuerpo y la mente. Su origen etimológico refleja la concepción de la salud como un estado de integridad y plenitud. (Corominas, J., & Pascual, J. A. (1980). Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. Madrid: Gredos.)

Uno de los conceptos más aceptados y de mayor consenso hasta el momento, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como:

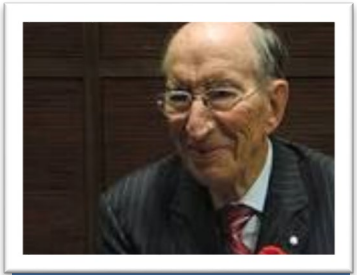
"La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948)

Esta definición amplía la noción de salud más allá de la mera ausencia de enfermedad, incorporando aspectos de bienestar físico, mental y social. Sin embargo, esta definición ha sido objeto de críticas por su idealismo y su falta de aplicabilidad práctica (Bircher, 2005).

Como veremos más adelante, algunos enfoques más contemporáneos consideran a la salud como un **proceso dinámico** influenciado por múltiples determinantes sociales, biológicos y ambientales, lo que requiere un enfoque integral y participativo para su comprensión y promoción (Lalonde, 1974).



La salud es considerada en todas las culturas un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de las personas, como de la sociedad misma. Sin embargo, no todos entendemos lo mismo a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto particular sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico y a las diferentes culturas"[2].



¿QUIÉN FUE LALONDE?

El Honorable Marc Lalonde de Canadá (1935) es un abogado, político y ministro de gabinete canadiense jubilado que se desempeñó como Ministro de Salud y Bienestar. Escribió políticas públicas que influyeron en el hemisferio durante décadas. En 1974, el Sr. Lalonde publicó "Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses", un documento que se conoció como "El Informe Lalonde". El informe tuvo un efecto transformador en la forma en que el mundo piensa sobre la salud. Sigue siendo uno de los documentos fundamentales de la promoción de la salud. Esboza un marco conceptual para una comprensión holística de la salud como resultado de la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización del cuidado de la salud.

1.2 El surgimiento de la OMS y su "nuevo" concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) surgió el 7 de abril de 1948, como resultado de los esfuerzos colectivos de la comunidad internacional para abordar cuestiones de salud a nivel mundial. Fue establecida como una agencia especializada de las Naciones Unidas con el objetivo de promover la salud, controlar enfermedades y mejorar las condiciones sanitarias en todo el mundo. La OMS es responsable de proporcionar liderazgo en asuntos de salud global, establecer normas sanitarias, brindar asistencia técnica a los países y coordinar respuestas a emergencias y crisis sanitarias.

Contenido ampliatorio: Ver historia de la OMS aquí:
https://prezi.com/vmor92q4re-v/historia-de-la-oms/

1.3 El concepto de salud y la posguerra (2da guerra mundial)



La posguerra tuvo un impacto significativo en el cambio del concepto de salud propuesto por la OMS en 1948. Después de la Segunda Guerra Mundial, se reconoció la necesidad de abordar no solo las enfermedades físicas, sino también las secuelas mentales y sociales de la guerra. Esto llevó a un cambio en la percepción de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, lo que refleja la comprensión de las complejas interacciones entre la salud física, la salud mental y el entorno social de las personas. Este cambio refleja la evolución del pensamiento en salud pública y la

necesidad de un enfoque más holístico para abordar las necesidades de la población en el contexto de la posguerra.

1.4 Ventajas y limitaciones del concepto de salud propuesto por la OMS

A pesar del tiempo transcurrido, tal definición es relevante por su institucionalidad, dado que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, máximo organismo en materia de salud, mundialmente reconocido y uno de los principales actores en la materia[9].



Ventajas de la definición de la OMS

Si bien es poco realista imaginar que toda una población pueda alcanzar un **completo estado de bienestar**, esta definición sirve de guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social[9] "Se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino

también social.

La salud se considera, así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurran diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí. En tal sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad..."[6]

La definición considera al hombre como una unidad bio-psico-social en constante interacción con el medio ambiente físico-biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura el nivel de salud. Por ejemplo, un hombre en nuestro medio, tendrá necesidades biológicas, tal como la de ingerir agua; psicológicas, como la de sentirse amado; y sociales como la de tener un trabajo. La imposibilidad de cubrir estas necesidades, podrá ocasionarle grandes desequilibrios, verbigracia: la falta de disponibilidad de agua conducirá a deshidratación; la carencia de afecto a problemas de escasa autoestima; y el desempleo a depresión, angustia, etc.[10].

Limitaciones de la definición de la OMS

Al definir la salud como el estado completo de bienestar, la considera como algo fijo, estático. La salud no puede ser considerada como un "estado", como tampoco lo es la enfermedad, dista mucho de ser estática, por el contrario, según concepciones actuales, la salud se considera parte de un proceso en continua variación entre un estado de mayor salud o de mayor enfermedad. Este cambio persistente estaría influenciado por la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad y los hábitos, entre otros factores que determinan su curso.

Por otra parte, el bienestar es un aspecto subjetivo, difícil de identificar y cuantificar. Cada ser humano siente y reacciona de diferente manera a diversos estímulos o vivencias. Esto es especialmente notable en personas con neurodivergencia o trastorno del espectro autista.

2. Paradigmas, concepciones y modelos de salud

La redefinición de la salud propuesta por la OMS en 1948 contribuyó significativamente a un cambio de paradigma en la conceptualización de la salud. Este cambio promovió un enfoque más holístico de la salud, reconociendo la interconexión entre el bienestar físico, mental y social. Como resultado, se amplió la comprensión de la salud más allá de la mera ausencia de enfermedad, fomentando la adopción de estrategias integrales que abordan tanto los aspectos físicos como los mentales y sociales del bienestar humano. Este cambio de paradigma ha influido en la formulación de políticas de salud, la prestación de servicios de salud y la investigación en el campo de la medicina y la salud pública.

Los conceptos de paradigma, concepciones y modelos de salud están interrelacionados, pero tienen significados distintos.

Paradigma: es un conjunto de creencias, valores y supuestos que guían la investigación y la práctica en un campo específico. En el contexto de la salud, un paradigma puede influir en cómo se entiende la enfermedad, la salud y el bienestar, así como en las estrategias para abordar estos aspectos.

Concepciones de salud: se refieren a las ideas y creencias sobre lo que significa estar sano o enfermo. Estas concepciones pueden variar culturalmente y a lo largo del tiempo, y están influenciadas por factores sociales, económicos y políticos. Por ejemplo, algunas culturas pueden tener concepciones holísticas de la salud que consideran el bienestar físico, mental y espiritual, mientras que otras pueden enfocarse principalmente en aspectos físicos.

Modelos de salud: son representaciones teóricas o conceptuales que intentan explicar cómo funciona la salud y la enfermedad. Estos modelos pueden incluir factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en la salud. Por ejemplo, el modelo biopsicosocial considera la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad.

En síntesis, los paradigmas influyen en las concepciones y modelos de salud al proporcionar el marco teórico y conceptual a partir del cual se desarrollan y se entienden estas

ideas. Es importante tener en cuenta que estos conceptos son interdependientes y se influyen mutuamente en la comprensión y abordaje de la salud.

2.1 DIFERENTES PARADIGMAS DE SALUD

El concepto de salud, como proceso vital del hombre, y el de enfermedad, han variado según los paradigmas o conceptualizaciones epistemológicas vigentes en el momento de su pronunciación, dado que las representaciones y prácticas de salud se desarrollan y ubican en un tiempo y espacio estrechamente vinculados con la realidad económica, política, social y cultural de la comunidad.[3] Veremos algunos de ellos:

Paradigma mítico mágico: Desde la antigüedad, los pueblos primitivos, consideraban la salud como una bendición divina, en tanto la enfermedad era el castigo para el hombre que había faltado a Dios. Este hombre pecador era poseído por espíritus malignos, que el chamán o sacerdote sacaba del cuerpo mediante diferentes rituales, curando la enfermedad.

Paradigma naturalista: Surge con Hipócrates, en Grecia (siglo V a. C.), quien concebía la salud como un equilibrio del hombre con la naturaleza. Desde esta concepción teórica se postulaba que la enfermedad era producida por un desequilibrio, ya sea por exceso o por defecto, como consecuencia de la interacción de las causas externas (alimentación, el clima, agua, etc.) con las causas internas (la condición individual de la persona).

Paradigma biologicista: El invento del microscopio, en el siglo XVII, permitió avanzar sobre la microanatomía y la microbiología, dando origen, en la segunda mitad del siglo XIX a la "teoría microbiana", que promovió la idea de la unicausalidad, que postulaba que toda enfermedad se debía a un agente biológico externo y cada enfermedad tenía una causa única, específica y suficiente.

El **MODELO UNICAUSAL** proponía siempre la existencia de una relación entre un agente (parásitos, cambios de temperatura, etc.) y un huésped (el hombre).



Tuvo como ventaja el permitir la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo, en tanto que su desventaja fue la de no explicar porque el mismo agente no producía *siempre enfermedad. Los principales representantes fueron Louis Pasteur y Robert Koch.*

Paradigma positivista: Auguste Comte, filósofo y matemático francés, es comúnmente considerado el iniciador del positivismo, filosofía de mayor significación a partir de la segunda mitad del siglo XIX que marcó la vida científica, histórica, política, educativa y jurídica de la época. La tarea científica consistió en demostrar que



Koch fue el primero que descubrió que una bacteria era el agente causante de la tuberculosis, el primero en aislar y cultivar el bacilo de la tuberculosis ("bacilo de Koch"). También demostró que la bacteria *Bacillus anthracis* era el causante del ántrax o carbunco. A partir de sus investigaciones propuso los siguientes postulados conocidos como **postulados de Koch:**

1. La bacteria patógena debe aislarse siempre de animales enfermos y nunca de animales sanos.
2. Cuando un animal está enfermo la bacteria debe aislarse en cultivo puro.
3. Si la bacteria se inocula a otro individuo debe reproducirse la enfermedad.
4. La bacteria debe aislarse nuevamente en cultivo puro.

Fue el propio Koch quien, posteriormente señaló las primeras excepciones a los postulados.

solo era válido aquel conocimiento susceptible de ser observado, medido, experimentado. En este contexto, la medicina se vuelve más dependiente de la biología, la química y la experimentación.

La salud se considera como lo opuesto a la enfermedad, centralizando la atención sobre ésta última, preguntándose ***¿qué es la enfermedad?***

El foco de atención no se dirige a la persona enferma, sino que por el contrario se dirige a la enfermedad, en consecuencia, el tratamiento de la enfermedad se vuelve prioritario.

Este paradigma da lugar a una concepción de salud y a un modelo centrado en la enfermedad, el MODELO BIOMÉDICO, que trataremos más adelante.

De la unicausalidad a la multicausalidad

El enfoque unicausal, que postulaba una relación unívoca entre una sola variable (por ejemplo, un microorganismo y el hospedero) se volvió insustentable para explicar la salud y la enfermedad, pues resultaba claro que son muchas las variables intervinientes.

El proceso biológico está ligado a las condiciones que rodean la vida humana (sociales, ambientales, económicos, etc.); se vira entonces de la unicausalidad hacia la **MULTICAUSALIDAD**.[3] Figura 2.

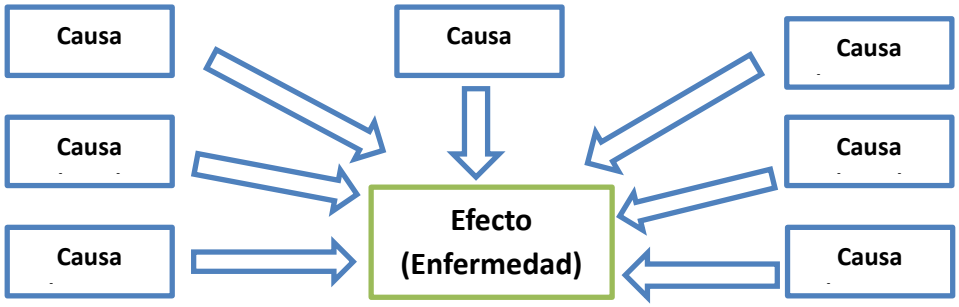


Figura 2: *Modelo Multicausal*

ACTIVIDAD 2
Investigue cuales son las causas de la hipertensión arterial y realice un esquema similar al anterior.



Bajo esta nueva perspectiva de la multicausalidad se encuentra la propuesta del concepto de ***tríada ecológica o triada epidemiológica: agente-huésped-medio ambiente***. Figura 3.



Figura 3: *Tríada epidemiológica*

Este modelo entiende por AGENTE al factor responsable de la enfermedad, el HUESPED lo constituye el sujeto que porta la enfermedad y el MEDIO AMBIENTE el sitio donde ocurre la interacción agente—hospedero.

Los elementos de la tríada se consideran como las partes de un sistema en interrelación, que deben estar en equilibrio. El desajuste de algún elemento provoca un desequilibrio, una desestabilización del sistema que favorece la aparición de la enfermedad en el individuo o la colectividad.

Retomaremos estos conceptos al desarrollar el punto "Historia natural de la enfermedad".

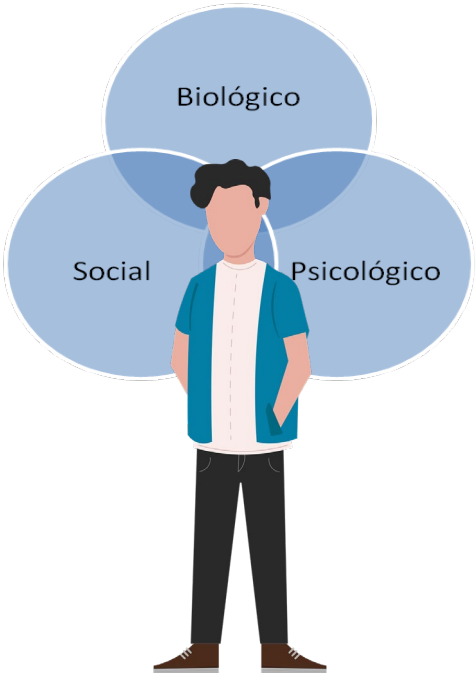
Paradigma biopsicosocial: A partir de la idea de multicausalidad, deja de pensarse en salud y enfermedad como estados estáticos, y se piensa en los mismos en términos de **proceso, dinámico y variable** en el que intervienen múltiples factores (sociales, psicológicos y culturales junto a los biológicos y medioambientales).

a concepción biopsicosocial interpreta al hombre como ser único en su totalidad y determinado por aspectos psíquicos, biológicos y sociales que son mutuamente interdependientes. Figura 4.

Figura 4: ***Representación del ser humano como unidad biopsicosocial***

Se concibe al ser humano como un sistema, cuyas partes orgánicas funcionan como un todo, de manera dinámica e interrelacionada.

El sujeto nace predispuesto para el encuentro con el otro; la familia, los amigos, la comunidad donde vive, etc., influyen en su comportamiento.
El ser humano es singular y particular en sí mismo (individuo), pero es influenciado por el contexto y la cultura en los que está inmerso. Cada aspecto funciona como un todo interrelacionado de manera compleja.



Comprende la conducta, la expresión de los procesos cognoscitivos, afectivos, motivacionales, espirituales, entre otros. Los procesos interiores del sujeto no ocurren en forma parcelada, el sujeto no piensa, luego se emociona, etc., sino que lo hace "todo" a la vez, los procesos son interdependientes. Lo cual implica una forma de comprender y entender el mundo de manera integral o percibiendo totalidades.

En 1977, Engel[11] critica el modelo médico tradicional (modelo biomédico) por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, y los califica de dogma y surge el concepto de MODELO BIOPSICOSOCIAL, que permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. NO HAY ABORDAJE DE ENFERMEDADES SINO DE ENFERMOS.

Conforme este modelo, se podría *"conceptualizar la salud como "la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive…Así, el hombre tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se le planteen, lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como ser activo que participa en el logro de su salud."*[5]

Bajo este paradigma, en palabras de Kornblit y Mendes Díaz (2000): *"… un individuo podría considerarse sano cuando:*

- *no presenta signos de enfermedad ni padece una enfermedad inaparente*

que podría curarse;

- *padeciendo una enfermedad incurable, ésta puede ser controlada sin que se acorte su vida ni disminuya su actividad;*
- *aun teniendo una notoria incapacidad, esté acostumbrada/o a vivir con la enfermedad y esté integrada/o en su medio social;*
- *luche contra las dificultades ambientales sin dejarse dominar por la melancolía, la angustia o la desesperación;*
- *no viva con la preocupación obsesiva de la enfermedad y la muerte.*

La salud así entendida se asocia con la vida, con la capacidad de vivir con el menor sufrimiento posible y de luchar para reproducir la vida; tanto satisfactoriamente para el individuo como para los conjuntos sociales[5].

El paradigma biopsicosocial no pretende reemplazar ni negar los innumerables aportes científico-técnicos del paradigma biologista, sino que procura una contribución a la comprensión y al abordaje de la complejidad inherente al proceso salud enfermedad."[16]

Paradigma de la medicina social: La medicina social tiene sus raíces en el siglo XIX y principios del siglo XX, surgiendo como respuesta a las crecientes preocupaciones sobre las condiciones de salud de las poblaciones, especialmente en el contexto de la industrialización y urbanización. Figuras prominentes como Rudolf Virchow, un médico, antropólogo y político alemán, son considerados pioneros en el desarrollo de la medicina social.

Retomaremos el concepto de "Determinantes de la salud" en próximas clases.

Virchow abogaba por un enfoque integral de la medicina que no solo se centrara en la enfermedad individual, sino que también considerara los factores sociales, económicos y ambientales que afectan la salud de la población en su conjunto. Sus ideas influyeron en el desarrollo de la epidemiología y la medicina preventiva, sentando las bases para la medicina social como un campo de estudio e intervención.

La medicina social se ha expandido y evolucionado a lo largo del tiempo, abordando cuestiones como la equidad en el acceso a la atención médica, la influencia de los determinantes sociales en la salud y las desigualdades en salud entre diferentes grupos de la población. En la actualidad, la medicina social continúa desempeñando un papel crucial en la comprensión y abordaje de los factores

sociales que influyen en la salud y en la promoción de políticas y prácticas que buscan mejorar la salud de las comunidades.

Reconoce a los fenómenos sociales como factores influyentes en el estado de salud o enfermedad de los sujetos, básicamente las condiciones de vida y aquellos factores asociados a los procesos productivos, dando origen a la idea de los "Determinantes sociales de la salud".[12,13]

En 1977, Engel[11] critica el modelo médico tradicional (modelo biomédico) por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, y los califica de dogma y surge el concepto de MODELO BIOPSICOSOCIAL, que permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad.

Premisa de la Medicina Social:

"No hay abordaje de enfermedades sino de enfermos."

Paradigma economicista (o paradigma económico de salud): Es una aproximación a la atención médica que pone un énfasis considerable en los aspectos económicos y de mercado relacionados con la salud. Este enfoque considera la salud como un bien económico, sujeto a las leyes del mercado y a la asignación eficiente de recursos. Tiene sus raíces en la teoría económica neoclásica, que considera la salud como un bien que puede ser valorado y asignado a través de mecanismos de mercado. Este enfoque se ha desarrollado en gran medida a lo largo del siglo XX, en respuesta a la creciente complejidad de los sistemas de salud y la necesidad de asignar recursos de manera eficiente.

El paradigma economicista de la salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, influenciando políticas de salud, sistemas de financiamiento y modelos de atención médica. En la década de 1960, se produjo un cambio significativo hacia la atención médica basada en el mercado en varios países desarrollados, con énfasis en la privatización, la competencia y la eficiencia económica. Este enfoque ha sido objeto de debate y críticas, especialmente en relación con la equidad en el acceso a la atención médica.

Desde la perspectiva económica, la salud se concibe como un activo humano que contribuye al capital humano y al bienestar general. Se considera que la salud tiene un valor económico tanto en términos de la capacidad productiva de

los individuos como en la reducción de los costos relacionados con la enfermedad. Esta concepción plantea la importancia de invertir en la salud como una estrategia económica racional.

Actualmente, el paradigma economicista de la salud sigue influyendo en las políticas de salud en muchos países, con un énfasis en la eficiencia, la competitividad y la sostenibilidad financiera de los sistemas de atención médica. Sin embargo, también ha surgido un creciente reconocimiento de la importancia de abordar las desigualdades sociales, el acceso equitativo a la atención médica y la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de salud.

Paradigma de la complejidad: En los últimos 70 años, surge el pensamiento de la complejidad (a través de descubrimientos de la física cuántica y de la genética molecular, realizados a principio de siglo) como reacción necesaria ante la interpretación determinista y reductora que caracterizó la concepción tradicional de la ciencia.

Este paradigma se basa en la comprensión de que los sistemas de salud son inherentemente complejos, con interacciones no lineales entre múltiples componentes, y que los resultados de salud son el resultado de una red de influencias interconectadas.

Este enfoque considera que la salud y la enfermedad son producto de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y sistémicos. También reconoce que los sistemas de salud son adaptativos, auto-organizados y emergentes, lo que significa que pueden surgir patrones y propiedades inesperadas a partir de interacciones no lineales entre los diferentes componentes del sistema.

En el paradigma de la complejidad en salud, se fomenta la comprensión de los sistemas de salud como sistemas dinámicos y adaptables, lo que lleva a un enfoque más holístico y flexible para abordar los desafíos de la salud. Este enfoque puede influir en la forma en que se diseñan las intervenciones, se gestionan los servicios de salud y se abordan los problemas de salud pública, reconociendo la interconexión y la interdependencia de los diferentes elementos que influyen en la salud de las personas y las poblaciones.

4. CONCEPCIONES DE SALUD

Las concepciones de los términos salud y/o enfermedad dependen de las perspectivas disciplinares, filosóficas o culturales desde la que se miren. Lea las respuestas de las personas a quienes preguntó en la Actividad 1, probablemente habrá diferencias conforme el ámbito en que la persona se desempeña.

En este apartado, analizaremos las concepciones desde dos puntos de vista: **el de la medicina y el de las ciencias sociales.** Figuras 5 y 6.

4.1 CONCEPCIONES MÉDICAS DE SALUD (fig. 5)

Concepción somático-fisiológica: Tiene sus orígenes en la Edad Media y primeros tiempos de la Edad Moderna. La salud es el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar.

Esta concepción de la salud tiene gran arraigo en la opinión colectiva y la propia práctica médica, y se evidencia en la circunstancia que la mayor parte del desarrollo de la medicina proviene de adelantos en esta dimensión.

Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que *"si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad"*[5].



Aún hoy la enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico y esas prácticas son adecuadas para el hallazgo de signos y síntomas que guíen el abordaje médico.

El éxito de la medicina somática, avalado por los numerosos descubrimientos en biología, física y química, contribuyó directamente a que ésa fuera la forma fundamental de practicar la medicina, o sea, diagnosticar la enfermedad y curar el organismo físico. La concepción somática de la salud ha transcurrido más pendiente de la enfermedad que de la salud durante la mayor parte de la historia[5].

Concepción psíquica: (Inicios del siglo XVIIII). Implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y mente en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente.



La principal limitación con que se enfrenta esta concepción de la salud es la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas.

La sensación de bienestar psíquico es, en última instancia, una experiencia subjetiva frente a la que el médico no puede aducir pruebas "objetivas" de salud - como ausencia de gérmenes u otras causas patógenas- resultado de análisis y comprobaciones clínicas. El ejemplo más obvio del subjetivismo de la concepción psíquica de la salud es el caso del dolor[5].

Concepción sanitaria: Entiende que salud y enfermedad son consecuencias de las condiciones insalubres que rodean al hombre. Enfatiza la salud colectiva de una población más que la salud individual. Concepción propia de la salud pública como disciplina, se caracteriza por un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, medio ambiente, etc.

Realiza generalizaciones, a partir a parámetros considerados “normales” desde el punto de vista estadístico para una población. Una desviación de la "norma", en individuos o en grupos, no supone necesariamente un estado anormal, aunque indica al médico clínico o al sanitarista que existen algunos factores a los que se debe prestar especial atención[5].

*“El concepto de **normalidad** muchas veces es un punto de corte arbitrario que se decide por expertos o estudios que indican desde cuándo puede haber más riesgo para la salud. El diagnóstico de hipertensión diabetes u osteoporosis, se basa en curvas de normalidad. Esta normalidad muchas veces no toma en cuenta el punto de vista del paciente; el ser catalogado como anormal puede beneficiarlo, pero también puede ser el inicio de una serie de intervenciones que no tendrán un beneficio importante y tal vez puedan generar daño.”* [6]

La concepción sanitaria identifica problemas de salud, establece programas para actuar sobre ellos y controla los resultados de la acción a partir del estudio de dos aspectos:

1) **Medio ambiente físico:** en el que se analizan las condiciones que facilitan u obstaculizan la difusión de la enfermedad, teniendo en cuenta la totalidad del mismo: tierra, agua, aire, alimentos, etc.
2) **Las personas:** que ocupan el medio ambiente, a las que se agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo, y su adscripción a determinados grupos sociales de residencia, trabajo, etc.

La desventaja de esta concepción es que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales.

4.2 Concepciones sociales de salud (Fig. 6)

Concepción político-legal: Considera la salud como un **bien general** que interesa a todos. Supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad del ser humano pudiere peligrar[5].

Esta concepción de la salud, se extiende por todas las latitudes y sistemas políticos y, aunque las variedades de su reconocimiento como derecho sean diferentes en los diversos sistemas, existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud que se reconoce en la **Declaración Universal de Derechos Humanos.**

> *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."*
>
> Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
> Asamblea General de las Naciones Unidas, (1948)

Concepción económica: (Mediados del S. XX. en países industrializados). Enfatiza la importancia de la salud para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso[5]. Propone que la salud es un bien de inversión y de consumo -conceptos provenientes del *Paradigma economicista*- para estar alerta ante la enfermedad. El sujeto sano

puede trabajar y, en este sentido producir, a diferencia del sujeto enfermo.

Concepción cultural: La salud como estado de aptitud para el desempeño de roles sociales. Cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera "normal" en dicho grupo y esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él ("relatividad cultural de la salud y la enfermedad")[5].

3. PRINCIPALES MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Si bien existe diferentes modelos que guían la estructura y el abordaje del cuidado o atención de la salud. Los dos modelos que actualmente se disputan un el carácter de los sistemas de salud son los modelos: biomédico y el biopsicosocial.

Las necesidades sociales y el proceso de complejización científica y técnica de la medicina exigió cambios en las instituciones médicas y su funcionamiento. El hospital, espacio por excelencia de la práctica médica, se transformó, a finales del siglo XIX y primera mitad del XX, pasando de ser un lugar de auspicio y caridad a los necesitados y pobres, a ser un lugar para curar enfermedades a individuos de todos los estratos sociales.

En este contexto, el MODELO BIOMÉDICO tuvo un rápido desarrollo y prestigio basado en la evolución de la Biología y de las Ciencias Naturales sobre la base del llamado "Método Científico", el diseño experimental y sus rápidas aplicaciones en la práctica médica en las instituciones hospitalarias[5].

En 1977, Engel[11] critica el modelo médico tradicional (modelo biomédico) por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, y los califica de dogma y surge el concepto de MODELO BIOPSICOSOCIAL, que permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. NO HAY ABORDAJE DE ENFERMEDADES SINO DE ENFERMOS.

MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD	
BIOMÉDICO	**BIOPSICOSOCIAL**
Está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica (Richard Bright, 1789-1858).	Aborda integralmente al paciente en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. (G. Engel,1977)
El cuerpo del ser humano se concibe como una *máquina*,	El hombre interactúa con el ambiente y ante pérdidas del equilibrio, surgen los problemas.
La enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara.	La enfermedad es producto de un desequilibrio entre varios factores o determinantes.
El cuerpo y la mente son concebidos como cosas distintas para su estudio y tratamiento.	El cuerpo, la mente y la vida social del sujeto son inherentes entre si y requieren de un abordaje integral.
La salud es considerada como ausencia de enfermedad.	La salud y la enfermedad son un *continuum y participan de un proceso dinámico,* entendido como los diversos estadios por los que atraviesa la persona desde una salud óptima hasta una enfermedad manifiesta.
Curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades.	Abordaje integral. Esto implica además manejo de la relación médico-paciente-familia.
Se centra en la **atención** de la enfermedad.	Prioriza el **cuidado** de la salud aun cuando no existen indicios de enfermedad.
Deriva en una relación médico paciente distante, asimétrico, que hace foco en el examen físico y los datos clínicos.	La relación médico paciente se ve favorecida por el trato ameno, simétrico, que tiene en cuenta las inseguridades o miedos del paciente, su contexto social, su nivel intelectual o capacidad de comprensión, entre otros factores determinantes.



Cuadro 1: ***Comparación de modelos biomédico y biopsicosocial.***

5. ¿Qué es la enfermedad? CONCEPCIONES Y VIVENCIAS

En una primera aproximación podemos definir enfermedad como la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar. Sin embargo, la concepción de enfermedad también se entiende necesariamente dentro de una cultura particular.

Puede hablarse de **cuatro aspectos del fenómeno enfermedad** para el individuo:



- **estar enfermo**, es decir, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y/o en sus funciones;
- **sentirse enfermo,** es decir, percibir tales modificaciones en el propio organismo;
- **identificar la enfermedad,** basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema;
- **poder estar enfermo,** lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto[6].

La enfermedad podría concebirse entonces como el resultado de la patología (objetiva) y el padecimiento de quien la sufre (subjetiva). Kleinman[17], integra los conceptos de:

- "*Disease",* la **patología**, condición objetiva y reconocida mediante la mirada profesional, entendida como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos;
- "Illness", dolencia o **padecimiento**, de índole subjetiva, resulta de alteraciones de la salud reconocidas y descriptas por el individuo afectado, por lo que su carácter, duración y severidad depende no solamente de las causas físicas de esas alteraciones sino de las características del paciente y sus circunstancias; y
- "*Sickness",* la **enfermedad o malestar**, proceso de socialización del *disease* y del *illness*, relacionada con las construcciones sociales que la sociedad elabora en torno a la enfermedad (acciones y comportamientos

de individuo enfermo en la sociedad).

"Lo que cualquier persona reconoce como síntoma de un mal es, en parte, una función de la desviación del estándar cultural e histórico de normalidad establecido por la experiencia diaria. Si alguien considera que está enfermo y que necesita ayuda médica, lo probable es que encuentre aceptación y apoyo dentro de su medio cultural, siempre que muestre síntomas que a juicio de otros indican un mal y si los interpreta del modo que a los demás les parezca adecuado"[18].

La **percepción** que tiene cada individuo de su enfermedad está influida por la cultura y; el **sentirse enfermo está íntimamente relacionado con la percepción del propio cuerpo**. Estas percepciones dependen de diferentes factores, entre los que se pueden citar:

- ✓ "La riqueza y la precisión del vocabulario del individuo y su capacidad para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas-o sea la denominación y la clasificación de enfermedades- que la medicina provee. Esta aptitud discursiva … se relaciona especialmente con el grado de escolarización alcanzado. "Lo que no puede expresarse no existe".

- ✓ El estrato socioeconómico al cual se pertenezca. En los sectores populares, la cultura somática -ese poder sentir, escuchar al cuerpo- es escasa y la lucha por la supervivencia "eclipsa" la temática de la salud; la imposición de conseguir el sustento diario hace que se retarde la concurrencia a la consulta médica y, a veces, dificulta el registro de las molestias hasta que éstas se imponen cuando ya es imposible no registrarlas.

- ✓ La falta de educación sanitaria, que dificulta la identificación de la enfermedad.

- ✓ El uso intensivo del cuerpo -característico de los estratos socioeconómicos bajos- actúa también como un factor de negación de los síntomas al elevar el "umbral" para sentirse enfermo.

- ✓ El momento evolutivo y la intensidad de la enfermedad: cuando el síntoma es muy alarmante o el dolor es muy intenso, se hace difícil negarlo. En su inicio, muchas enfermedades son asintomáticas y otras se mantienen así

un habiéndose instalado.

"Existen casos en los que una persona puede aparentar estar saludable y sin embargo padecer hipertensión arterial, diabetes, cáncer en estado inicial o ser portadora de un virus (Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, Papiloma Humano (VPH) o hepatitis B), lo que ocasionaría una limitación científico-práctica a la hora de determinar oportunamente el estado de salud de una persona."[6].

- ✓ El **género**, ya que son las mujeres, en general, las que se muestran más perceptivas a las sensaciones del cuerpo; influyen, para que así sea, la maternidad, la habitual mayor responsabilidad por el cuidado de la salud de su familia y el que constituyan las interlocutoras "naturales" del sistema médico, sobre todo en sociedades con alto grado de medicalización, como son las occidentales. Anticoncepción, embarazos, partos y la atención pediátrica de sus hijos son momentos en los que las mujeres se ven compelidas a mantener un contacto fluido con los profesionales de la salud. Los hombres, en cambio, se resisten a asumir el rol de enfermos, ya que lo viril se identifica en nuestra cultura con la fortaleza física y anímica. El rol de proveedor principal del sustento familiar acentúa esta resistencia.

- ✓ La **edad,** los niños y los ancianos, por ejemplo, son los que están más presentes en la historia de salud familiar, por su mayor vulnerabilidad y por la conciencia que existe en la población respecto de su indefensión." [6]

"El percibirse enfermo puede conducir hacia la puerta de entrada del sistema de atención de la salud, si el paciente decide consultar. Pero la accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos y psico-socio-culturales que dan forma al concepto de accesibilidad cultural." [6]

ACTIVIDAD 3

Reflexione respecto a que entendía Ud. por salud – enfermedad y responda la siguiente pregunta:

¿Coincide con alguno de los paradigmas, concepciones o modelos que leyó en este material? ¿Con cuál? Identifique similitudes y diferencias.



5.1 Clasificación de las enfermedades

En una primera aproximación podemos clasificar a las enfermedades según diferentes características, entre ellas:

A. **Origen:** infecciosas o no infecciosas. Según la presencia o ausencia de un agente infeccioso etiológico o biológico, también llamadas: transmisibles o no transmisibles.
    a. Las enfermedades transmisibles pueden ser directas o indirectas.
B. **Rapidez con la que aparecen y evolución:** agudas o crónicas
C. **Frecuencia:** esporádicas, endémicas, epidémicas o pandémicas.
D. **Tipo de notificación:** obligatoria o no obligatoria, según deban informarse o no a la autoridad sanitaria que corresponda.

A. Según su origen:

Enfermedades Infecciosas o transmisibles: Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de este agente o sus productos, de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal infectado, o indirectamente por medio de un huésped intermediario, de naturaleza vegetal o animal, de un vector o del medio ambiente inanimado[19].

- **De transmisión directa,** denominada también **transmisión de persona a persona,** pues requiere de contacto físico entre una persona infectada y una persona susceptible o no infectada. Puede ocurrir, por ejemplo, al estornudar, toser, escupir, hablar o cantar, por rociado de gotillas por aspersión (gotas de flügge) en las conjuntivas o en las membranas mucosas de la nariz o boca del huésped; o por contactodirecto, como al tocar, besar o tener relaciones sexuales.

- **De transmisión indirecta.** Puede producirse:

    - ***Mediante vehículos de transmisión o fómites:*** a través de objetos o materiales contaminados tales como juguetes, pañuelos, instrumentos quirúrgicos, agua, alimentos, leche, productos biológi-

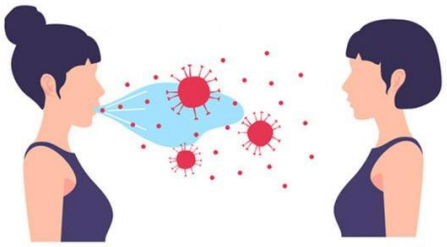
cos, incluyendo suero y plasma. El agente puede o no haberse multiplicado o desarrollado en el vehículo antes de ser transmitido.

- ***Por intermedio de un vector:*** Un insecto o cualquier portador vivo que transporta un agente infeccioso desde un individuo o sus desechos, hasta un individuo susceptible, su comida o su ambiente inmediato. El agente puede o no desarrollarse, propagarse o multiplicarse dentro del vector.



Mosquito Aedes Aegypti es el principal vector del virus que causa el dengue. Puede además ser vector de los virus del chikungunya y zika.

- ***A través del aire:*** es la diseminación de aerosoles microbianos transportados hacia una puerta de entrada apropiada, generalmente el tracto respiratorio.



- Por otras vías, según sea la puerta de entrada del agente al huésped, puede hablarse de enfermedades **respiratorias, genitourinarias, digestivas, que atraviesan la placenta o a través de la piel.**

Enfermedades emergentes y reemergentes

Un hecho relevante es la aparición de enfermedades transmisibles nuevas o desconocidas y el resurgimiento de otras que ya estaban o que se creía estaban controladas. A estas enfermedades transmisibles se les llama emergentes y reemergentes.[19]

Enfermedad emergente*:* es una enfermedad transmisible cuya incidencia en humanos se ha incrementado en los últimos 25 años del Siglo XX o que amenaza incrementarse en el futuro cercano.

Las nuevas enfermedades transmisibles emergentes pueden ser el resultado de diferentes factores, por ejemplo, los explicitados en el Cuadro 2.

Agente/ enfermedad	Distribución	Huéspedes y/o reservorios	Transmisión	Mecanismos emergentes posibles
Fiebre amarilla	África, América del Sur	Primates no humanos	Vector	Deforestación y expansión de asentamientos en los márgenes de los bosques Caza Recogida de leña y agua Adaptación de los vectores y patógenos
Dengue	Pantropical	Primates no humanos	Vector	Mosquito vector y adaptación del patógeno Urbanización y programas de lucha antivectorial ineficaces
Chikungunya	África, océano Índico, Asia sudorienta	Primates no humanos	Vector	Adaptación de vector y patógeno

Cuadro 2: *Ejemplos de enfermedades infecciosas emergentes asociadas a los bosques. Fuente http://www.fao.org/3/a0789s03.html*

Enfermedad reemergente: es una enfermedad transmisible previamente conocida, que reaparece como problema de salud pública tras una etapa de significativo descenso de su incidencia y aparente control.

Enfermedades no infeccionas o no transmisibles (ENT): No son provocadas por microorganismos. En general las ENT son afecciones de larga duración (crónicas) (ECNT), con una progresión generalmente lenta y no se contagian.

Según datos de la OMS, el 71 % de las defunciones anuales (41 millones de personas) se deben a ese tipo de enfermedades, siendo 15 millones de personas del grupo etario de 30 a 69 años de edad.

Los *cuatro tipos principales de ECNT* son:

1. Enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares), (17,9 millones cada año);

2. cáncer, (9,0 millones);
3. enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma), (3,9 millones);
4. y diabetes, (1,6 millones).

Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ECNT[20].

A este tipo de enfermedades se les adicionan aquellas de la esfera de la **salud mental** (depresión, ansiedad, psicosis,etc), que están asociadas a mayor riesgo de padecer otras enfermedades o el descuido de las mismas.

B. Según su rapidez de aparición y evolución:

***Agudas**:* Se manifiestan rápidamente, pero son de corta duración.

***Crónicas**:* Se desarrollan con lentitud y duran mucho tiempo, en ocasiones toda la vida.

C. Según su frecuencia:

***Esporádicas**:* solamente se producen algunos casos en la población.

Endémicas: Exclusivas de una región concreta, donde se registran casos de manera habitual

Epidémicas: Afecta a gran número de personas en un período corto de tiempo y en un lugar o región determinada.



Pandémicas: Epidemias que afectan a más de un continente o a todos.

D. Según tipo de notificación:

Enfermedades de notificación obligatoria*:* En Argentina, en 1960, se sanciona la Ley Nº 15.465 "Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria" que establece que es obligatoria, en todo el territorio de la Nación, la notificación de los casos de enfermedades incluidas en dicha ley.

La nómina se actualiza según la situación epidemiológica de las enfermedades y los compromisos internacionales contraídos sobre eliminación o reducción de las mismas.

Enfermedades que no requieren notificación*:* aquellas que no son necesarias notificar a la autoridad sanitaria.

ACTIVIDAD 4

Investigue y anote sus hallazgos:

¿Qué enfermedades son de notificación obligatoria en su localidad? ¿Por qué le parece que es importante que se notifiquen especialmente esas patologías? ¿Quiénes deben notificarla?



5. 2 Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

Para catalogar patologías y trastornos, la OMS utiliza la llamada Clasificación Internacional de Enfermedades. Compuesta por miles de códigos, se utiliza para hacer seguimiento de las tendencias sanitarias, planificar la prestación de servicios y adoptar decisiones sobre la financiación de los sistemas de salud.

La CIE es un sistema de clasificación cuya estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta de William Farr. Su esquema fue que, para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades debieran agruparse de la manera siguiente[21]:

Puede ver un video de la OMS sobre CIE en el enlace https://www.youtube.com/watch?v=oVG8C_kggf0&feature=emb_logo

- enfermedades epidémicas
- enfermedades constitucionales o generales
- enfermedades localizadas ordenadas por sitios
- enfermedades del desarrollo
- traumatismos

El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes momentos. La clasificación permite la conversión de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

La CIE puede utilizarse para clasificar enfermedades y otros problemas de salud consignados en muchos tipos de registros vitales y de salud. Originalmente su uso se limitó a clasificar las causas de mortalidad tal como se mencionan en los registros de defunción.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) fue respaldada por la Cuadragésima Tercera Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y se empezó a usar en los Estados Miembros de la OMS a partir de 1994. La clasificación es la última en una serie que tiene sus orígenes en el año 1850. La primera edición, conocida como la Lista Internacional de las Causas de Muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893[21].

La CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo.

En junio de 2018, se publicó la nueva versión actualizada: CIE-11, previéndose su entrada en vigencia en 2022[22].



ACTIVIDAD 5
Responda: ¿Cómo clasificaría al COVID 19? Justifique.

6. LA SALUD COMO PARTE DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD

El individuo, a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno y a otro de sus extremos, según se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales[6]. Figura 9.

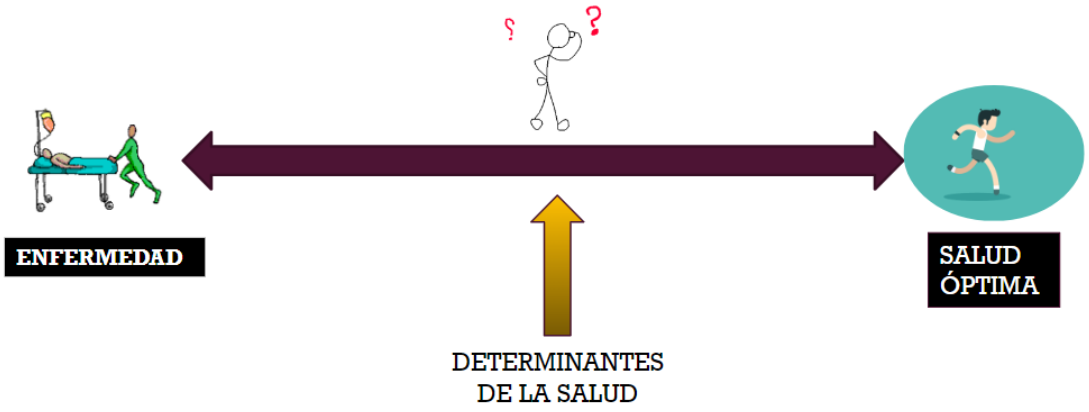


Fig. 9. *Proceso salud-enfermedad (Fuente propia)*

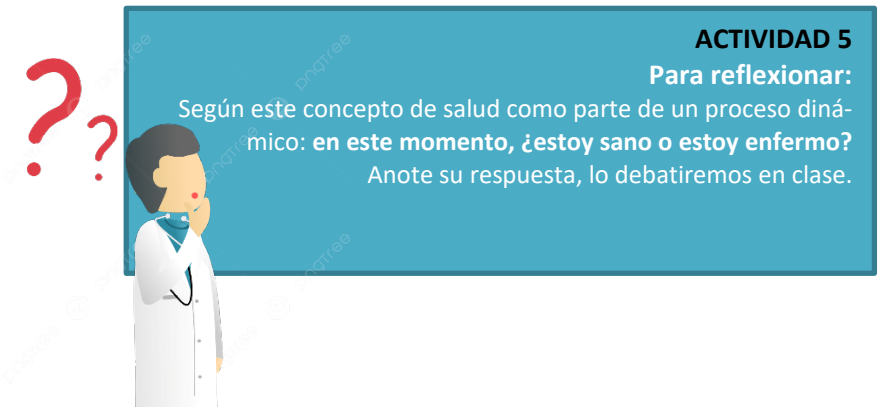
La salud y la enfermedad no están en los puntos extremos del eje, ni hay un límite exacto entre ambos conceptos. La persona no está totalmente sana o totalmente enferma.[24]

El **proceso salud-enfermedad** es un concepto que considera las dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano. Se trata de un concepto sistémico, dinámico y positivo, resultante de la interacción y adaptación del hombre

a su medio físico y social.[24]

La salud de las personas, familias y comunidades puede ser considerada como el resultado de la interacción de algunos factores determinantes, como ser educación, ingresos, vivienda, trabajo decente, sistema de salud y condiciones más básicas, como el acceso al agua potable o disponer de cloacas.

Como puede apreciarse, salud y enfermedad son dos conceptos que han sido explicados desde diferentes modelos, habiéndose presentado en este material sólo algunos de ellos. Cada uno de ellos tiene ventajas y limitaciones, algunos incluso tienen puntos de superposición. Conocerlos y, sobre todo poder utilizarlos en conjunto, permite entender, de manera más integral y completa ¿Por qué? y ¿Cómo? sucede el proceso salud - enfermedad.



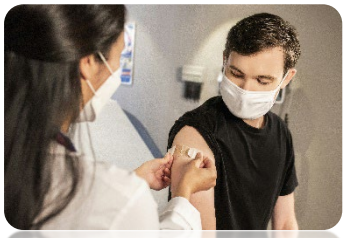
Bibliografía

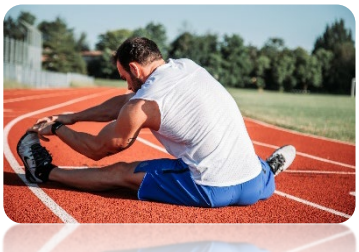
1. Alzugaray, R. (2008*):* Ramón Carillo, el fundador del sanitarismo nacional. 1ra. Edición. Ediciones Colligue. Buenos Aires. Pág. 64.
2. Ministerio de Salud de la Nación (S/F): Curso en salud social y comunitaria. Programa de médicos comunitarios. Módulo 1, 17-26. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/1-modulo-cssyc.pdf
3. Vergara Quintero, M. D. C. (2007): Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf
4. Madrid, L. (2011). Realizando 'diagnósticos diferenciales' de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *KAIROS*. Revista de Temas Sociales. Año 15. N°28. Proyecto Culturas Juveniles. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Recuperado de http: // www. revistakairos.org.
5. Kornblit, A. L. y Mendes Diaz, A. M. (2000): La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y

sociales. Grupo Editor Aique. Capital Federal. Recuperado de http://www.cucaicor.com.ar/datos/KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf
6. FLACSO Módulo 1. PARTE 1. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales. Recuperado de http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf
7. Camejo Ramos, L. P., Valdés Sierra, I. (1016). Sociedad y medicina: Paradigmas médicos en las coordenadas de la modernidad. *Panorama Cuba y Salud, 11* (1), 40-46. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477355397007
8. OMS. Preguntas más frecuentes. Recuperado de http://www.who.int/suggestions/faq/es/
9. Bello, N. (2006) "Fundamentos de enfermería". Parte 1. Capítulo IV. Proceso salud-enfermedad. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
10. Engel, G. L. (1989). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Holistic Medicine*, *4*(1), 37-53. Recuperado de http://www.newriver.edu/images/stories/library/Stennett_Psychology_Articles/Need%20for%20a%20New%20Medical%20Model%20%20A%20Challenge%20for%20Biomedicine.pdf
11. Battistella, G (2007). Salud y enfermedad. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43904731/Salud_y_enfermedad.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476231735&Signature=at8keEeiUz7Tz%2BlL4oEKQY9R89I%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSALUD_Y_ENFERMEDAD.pdf7. Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz. Citado por Alcántara Moreno, G. (2008).
12. Valadez Figueroa, I.; Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004): Educación para la Salud: La importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Enero-marzo de 2004. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
13. Lindeman, M. (2005): Salud y enfermedad: Noción de salud y enfermedad en Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800. Edit Siglo XXI-España editores - Cap 1. 2-3.
14. Aguirre del Busto, R.; Macías Llanes, M. E. (2002). Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. *Rev Hum Med*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100001&lng=es.
15. Ciuffolini, M.; Jure, H. y Didoni, M. (2014): Cuadernos de Medicina Familiar. Aportes para un enfoque integral en salud. 2da. Edición. SIMA Editora. Córdoba, Argentina. 12-13.
16. Kleinman, A. (1980) citado por Vergara Quintero, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf
17. Good B, Good MJ. (1982) citados por Moreno Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, *49*(1), 63-70. Recuperado en 07 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
18. Alcántara Moreno, G. (2008), La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación. 9*. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004> ISSN 1317-5815
19. OPS (2011): Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 2: Salud y enfermedad en la población. 22—23. Washington, D.C.
20. https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles
21. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Estad%C3%ADstica%20Internacional%20de,OMS)%20a%20partir%20de%201994.
22. https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-

of-diseases-(icd-11)
23. http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html).
24. Guerrero, L y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *FERMENTUM Mérida* - Venezuela - AÑO 18 - Nº 53. 610-633.
25. OMS: Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986). Ginebra. Recuperado el 29 de diciembre de 2016 de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
26. http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/
27. www.hcdcorrientes.gov.ar/Leyes-texto/Ley5969.doc OMS (1998) y Colimón (1978), citados por Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011): Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 07 de febrero de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
28. Pandve, H. T. (2014). Quaternary prevention: Need of the hour. *J Family Med Prim Care*, *3*, 309-310, citado en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-prevencion-cuaternaria-S2007408515000567
29. Kopitowski, K. (2013). Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Ital. 33* (3), 90-95. Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8937.pdf
30. https://cmmsa.com.ar/wp/prevencion-cuaternaria-un-termino-nuevo-para-un-viejo-concepto/
31. Pérez Jarauta, M., Echauri Ozcoidi, M., Ancizu Irure, E. y Chocarro San Martín, J. (2006). Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. Recuperado de https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf
32. https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedad.pdf
33. *Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, 53(5), 941-973.*
34. *McGuire, T. G. (2000). Handbook of health economics (Vol. 1). Elsevier.*
35. *Saltman, R. B., Figueras, J., & Sakellarides, C. (Eds.). (1998). Critical challenges for health care reform in Europe. McGraw-Hill International.*

PILARES FUNDAMENTALES DEL MODELO BIOPSICOSOCIAL: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD





Bq. Cardozo, Samantha;
Méd. Giménez, José F;
Bq. Rodríguez, Emiliano;
Bq. Duré, Guillermo

INTRODUCCIÓN

El modelo de atención derivado del paradigma biopsicosocial implica no solo la atención de las personas enfermas si no también el cuidado de las personas sanas.

En este sentido, ya no solo se habla de tratamientos que “arreglen la maquina humana” si no de intervenciones anticipadas y oportunas o de la disposición de medios necesarios para evitar que ese ser humano, en su complejidad biológica, psicológica y social pueda devenir en enfermedad o en el avance de la misma.

En base a este marco previo surgen los conceptos de prevención y promoción en salud. Ambos términos emparentandos que muchas veces se utilizan de manera indiferenciada, llevando a confusiones de tipos conceptuales y prácticas.

En este aparatado, nos pareció relevante diferenciar adecuadamente estos términos, ya que el profesional en formación requiere de una idea clara y concisa de los objetivos que persiguen ambas actividades, las cuales derivarán en abordajes adecuados y efectivos para el cuidado de la salud de la población a la que asiste.

¿Qué es la PROMOCIÓN de la salud?

El concepto de promoción de la salud fue utilizado por primera vez por el historiador alemán Henry Sigerist en 1946. Según Sigerist, "la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso". y recreación".

Esta noción ha evolucionado a lo largo del tiempo. En 1978, en la declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria de la Salud, tema que veremos más adelante en el cursado, la idea de promoción de la salud que aparece en ella es coherente con la definición actual de promoción de la salud, que se centra en capacitar a las personas para que tomen el control de su propia salud y promuevan un entorno que favorezca la salud. Según esta declaración, la promoción de la salud es un elemento esencial de la atención de la primaria de salud, ya que busca no solo proporcionar servicios de salud, sino también promover la participación y la responsabilidad de la comunidad en el cuidado de la salud.

Por otra parte, en la histórica Carta de Ottawa de 1986, la promoción de la salud se definió como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla".

"Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario." 25

Carta de Otawa, 1986.21

En síntesis:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La promoción de la salud impulsa acciones para alcanzar la equidad sanitaria, con un acceso a la atención de salud, a los ambientes, y a un buen estado de salud, sin diferencias injustas; y exige la acción coordinada de todos los implicados: individuos, familias, comunidades, gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, medios de comunicación y la industria. Una buena salud es el mejor

recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida.

A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Estrategias de La Promoción de la salud

Las **cinco estrategias (o líneas de acción)** que la Carta de Ottawa considera indispensables para el éxito son:[25,26]

1. *Elaboración de políticas públicas saludables*
2. *Creación de ambientes favorables*
3. *Reforzamiento de la acción comunitaria*
4. *Desarrollo de las aptitudes personales para con la salud - educación sanitaria*
5. *Reorientación de los servicios sanitarios*

A continuación se describen cada una de estas líneas de acción:

1. *Elaboración de políticas públicas saludables*

La salud debe formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, pues sus decisiones pueden tener consecuencias para la salud; y deben priorizarse aquellas políticas que eviten que la gente enferme o se lesione. Estas

Ley 26.687/2011. Capítulo I Disposiciones generales
ARTICULO 1º — La presente ley regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco a los fines de la prevención y asistencia de la población ante los daños que produce el tabaquismo.
ARTICULO 2º — Son objetivos de la presente ley:
a) Reducir el consumo de productos elaborados con tabaco;
b) Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco;
c) Reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo;
d) Prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes;
e) Concientizar a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias producidas por el consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de productos elaborados con tabaco.

políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo, armonizando

las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Por ejemplo, la Ley 26.687/2011: Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Cuadro 4.

La promulgación de leyes que respaldan la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad, son ejemplos de políticas públicas saludables. Cuadro

Ley N° 5969/2010:

"***ARTICULO 1º.*** ***-*** *Toda persona física o jurídica que comercialice en la Provincia bicicletas, ciclomotores, motocicletas u otros similares, equipará y entregará cada unidad con:*

a) *Todos los elementos de seguridad establecidos en las normas de tránsito;*
b) *Al menos un casco normalizado;*
c) *Una bandolera o chaleco reflectivo.*"

"***ARTICULO 4º*** ***.*** ***-*** *Para circular por la vía pública, las bicicletas, ciclomotores y motocicletas, deberán contar con todos los elementos de seguridad establecidos por las normas de tránsito.*
-
Sus ocupantes, utilizarán en todo momento los cascos reglamentarios correctamente colocados y vestirán bandoleras o chalecos reflectivos.
El uso de bandolera o chaleco reflectivo es obligatorio en todo momento cuando se conduzcan animales o vehículos de tracción a sangre por la vía pública."

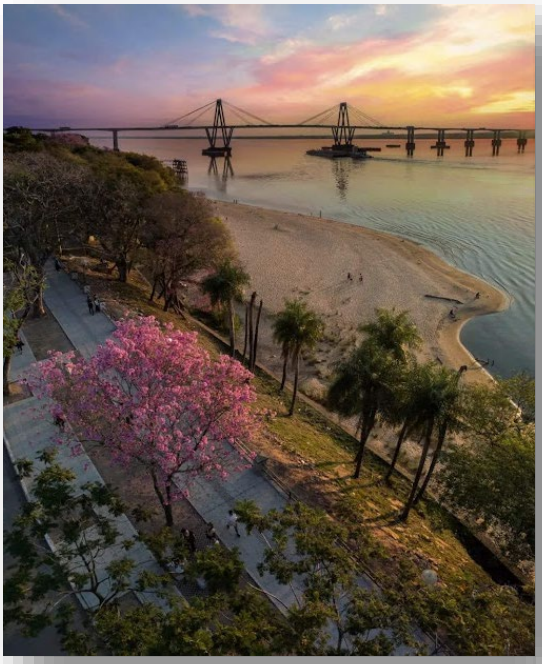
5.***Cuadro 5:*** *Extracto de la ley Nº 5969 de la Provincia de Corrientes que regula algunos aspectos que hacen a la seguridad de quienes circulan en la vía pública en bicicletas, ciclomotores, motocicletas y otros similares.*[27]

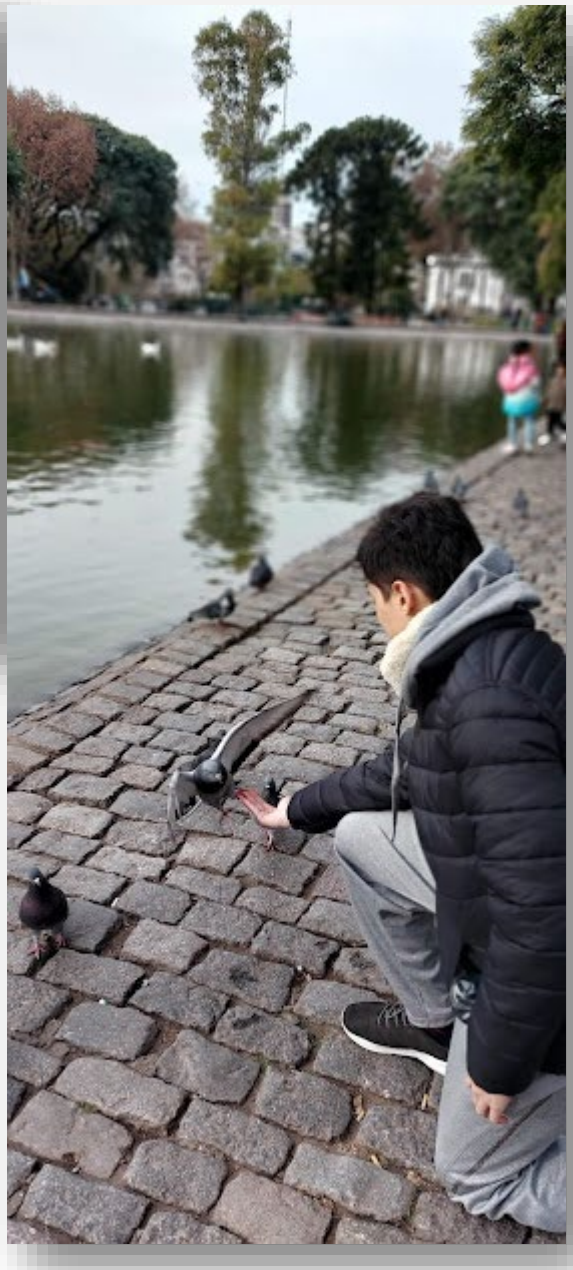


"Nuevas máquinas expendedoras de frutas en Bs. As.
El gobierno porteño ubicó dichas máquinas en los puntos de cuidado y promoción de la salud, en diferentes zonas de la capital argentina. La idea es fomentar una alimentación más saludable."

El Tribuno 23 de octubre de 2014
http://www.eltribuno.info/nuevas-maquinas-expendedoras-frutas-bs-as-n457242

2. **Creación de ambientes favorables** Debe evaluarse, sistemáticamente, el impacto sobre la salud de los cambios que se generan en el medio ambiente, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los





efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte delas prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.*"El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.*"[25]

3. Reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud requiere la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.



"El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud"

(Declaración de ALMA ATA, septiembre de 1978)
http://www.phmovement.org/es/node/853

4. Desarrollo de las aptitudes personales para con la salud - educación sanitaria

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social, en tanto

proporcione información, educación sanitaria y medios para que los sujetos perfeccionen aptitudes que les permitan un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opten por todo aquello que propicie la salud. Deben participar, en este sentido, escuelas, hogares, lugares de trabajo y el ámbito comunitario.

La **educación para la salud** aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Glosario OMS 1998.





La población no sólo debe adquirir conocimientos, aptitudes e información que la prepare para las diferentes etapas de la vida. También tiene que tener la oportunidad de elegir estas opciones saludables.

ACTIVIDAD 1: Reflexione y responda para charlar en clase
¿Cómo se promociona la salud en su localidad de origen?



5. **Reorientación de los servicios sanitarios**
6. Los servicios sanitarios, los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez ayor en la promoción de la salud de modo que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben respetar las necesidades culturales de los individuos, favorecer una vida más sana de las comunidades y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

"La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud."[21]

La organización y actitud de los servicios de salud deben cambiar y reorientarse de modo tal que respondan a las necesidades del individuo como un todo, y presten mayor atención a la investigación sanitaria y la formación profesional.

¿Qué es la **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD?**

Prevenir es el acto por el cual se intenta evitar que algo suceda. Es anticiparse a aquello que se sabe tiene probabilidad de ocurrir. En el ámbito de la salud se trata de:

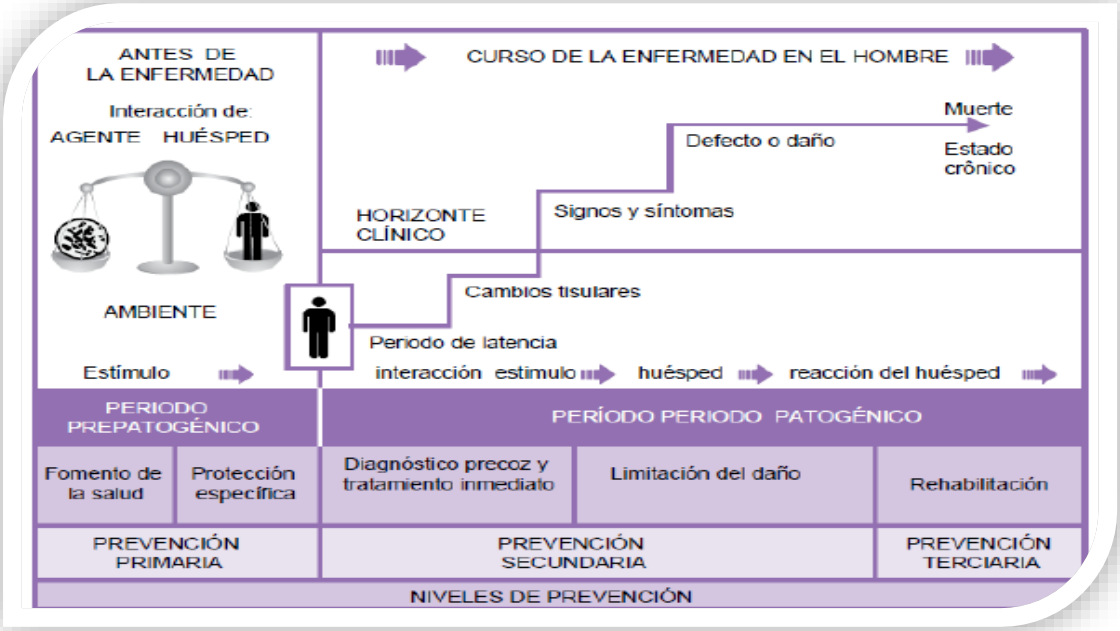
***"Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida"*[26]*.* **(OMS, 1998).**

Medidas de prevención e HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Es la evolución que sigue la enfermedad en ausencia de intervención médica, desde antes que ésta se inicie, hasta su resolución, en recuperación, cronicidad o muerte.

Leavell y Clark, en 1965, crearon el modelo de la historia natural de la enfermedad relacionándolo con los niveles de prevención. La representación gráfica del proceso se observa en la figura 7,

Figura 7: *Historia natural de la enfermedad. Fuente: OPS (2011)*[19].



Se identifican 2 (dos) períodos, el prepatogénico y el patogénico.

Periodo prepatogénico: Se establece previo a la enfermedad. Coexiste un equilibrio en la Tríada Epidemiológica (Figura 2). En este período interaccionan el agente potencial de la enfermedad, el huésped y el medio ambiente:

- **AGENTE:** Factor que está presente para la ocurrencia de una enfermedad. Por lo general, un agente es considerado una causa necesaria pero no suficiente para la producción de la enfermedad.

  Puede ser de dos tipos:

  - **Biológicos:** Son organismos vivos capaces de producir una infección o enfermedad en el ser humano y los animales. Incluye virus, bacterias, hongos, parásitos, priones. De éstos, se estudia composición química, morfología, antigenicidad, vulnerabilidad, infectividad, patogenicidad, entre otros.
  - **No biológicos:** Según su naturaleza, pueden ser **químicos,** por ejemplo**, p**esticidas, aditivos de alimentos, etc.; o **físicos**, por ejemplo, Luz, calor, ruido, etc.

- **AMBIENTE:** Conjunto de circunstancias o factores físicos y biológicos que rodean a los seres vivos y que propicia el enlace entre el agente y el huésped. En el ambiente se estudian factores físicos (clima, geografía), socioeconómicos (ingreso, vivienda), biológicos (presencia de animales), etc..

- **HUÉSPED** Persona o animal vivo que, en circunstancias naturales, permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso. Del huésped se estudian variables como: Edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres, características hereditarias, condiciones fisiológicas, enfermedades preexistentes, etc.

Período patogénico, es aquel donde se presenta la enfermedad, se rompe el equilibrio en la tríada epidemiológica una vez realizado un estímulo efectivo. Se subdivide en los siguientes períodos:

- **Período subclínico:** el paciente aún no percibe síntomas y signos, pero ya pueden aparecer lesiones anatómicas o funcionales. Según sea la enfermedad infecciosa o no infecciosa, se distinguen:
- **Período de incubación:** el intervalo de tiempo que transcurre entre la exposición a un agente infeccioso y la aparición del primer signo o síntoma de la enfermedad transmisible.
- **Período de latencia:** el tiempo que transcurre desde que en la persona se produce la infección hasta que ésta se vuelve infecciosa.

  En el caso de las enfermedades no trasmisibles, este mismo término (período de latencia), describe el tiempo que transcurre durante el desarrollo de la enfermedad subclínica hasta la presentación de signos y síntomas.

Período clínico: en él, los signos y síntomas sobrepasan el umbral de detección y la enfermedad se hace aparente.

El momento en el que aparece la primera manifestación clínica (signos/síntomas) de la enfermedad se denomina **Horizonte clínico**.

Un individuo (o animal) infectado, que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar síntomas o signos clínicos de ésta, se llama PORTADOR y constituye fuente potencial de infección para el ser humano, agravado por el hecho de que, al no darse cuenta de la presencia de la infección, el portador no tomará las medidas necesarias para prevenir la transmisión de la enfermedad a otras personas, contribuyendo a la permanencia y propagación de la enfermedad. Por ejemplo, la persona portadora del VIH puede permanecer asintomática por años. Los análisis de rutina para detectar la enfermedad

(Anticuerpos anti – HIV), permanecen indetectables por semanas en el sujeto infectado (período ventana). Figura 8.

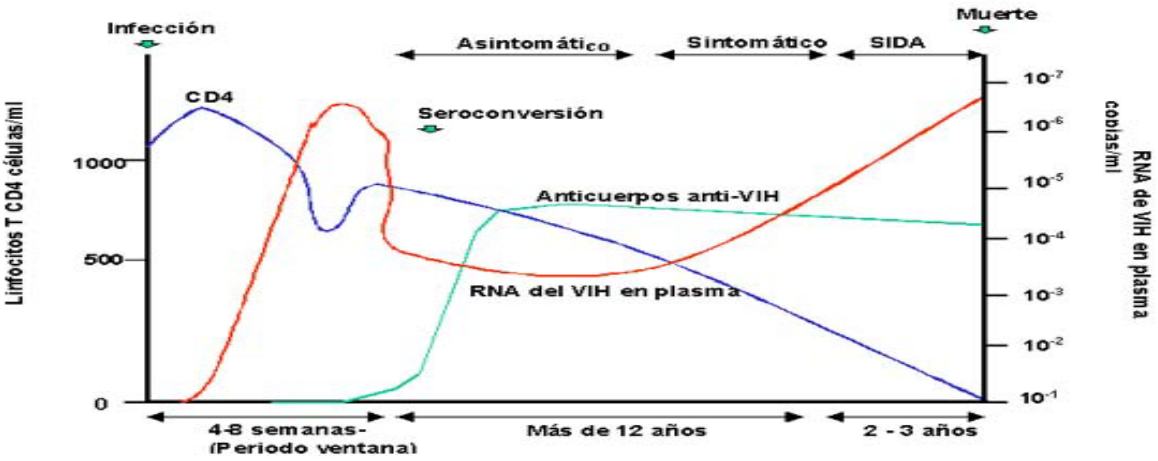


Figura 8: *Normalidad y estado de salud: Historia natural de la enfermedad por infección por VIH.* (Imagen extraída de Vázquez Campuzano, R. Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH).[23]

¿PUEDE EL SER HUMANO HACER ALGO PARA MANTENER LA SALUD O, EVITAR LA ENFERMEDAD?

Las medidas de prevención están íntimamente relacionadas al modelo de Leavell y Clark dependiendo del momento en que se manifieste o no la enfermedad.

- En el período prepatogénico se desarrollan las actividades de prevención primaria de la enfermedad orientadas a la promoción de la salud y protección específica.
- En el período patogénico se enfocan las actividades orientadas en la prevención secundaria como son el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño y la prevención terciaria se enfoca en las actividades de la rehabilitación de la persona.

Pueden llevarse adelante acciones individuales y colectivas para mantener la salud o evitar la enfermedad. Sin embargo, vivimos expuestos a diversos factores que pueden intervenir, favorable o desfavorablemente, sobre la salud.

Según el **Modelo de Componentes Causales**[23] - modelo de multicausalidad que se aplica a todo tipo de enfermedades (Rothman, 1981), la enfermedad es producida por un conjunto mínimo de condiciones que actúan en concierto.

A todas las posibles condiciones o eventos se les denomina **causas componentes**, que pueden jugar un rol en uno o más mecanismos causales. Aquella causa componente cuya presencia es imprescindible en todos los mecanismos causales de la enfermedad se le llama **causa necesaria**.

Al conjunto mínimo de condiciones (Causas componentes) que actúan en concierto y producen la enfermedad se le denomina **causa suficiente**. Una enfermedad puede tener varias causas suficientes, cada una "suficiente" para producirla.

¿Qué es el FACTOR DE RIESGO de una enfermedad?



Un **factor de riesgo** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Sin embargo, los factores de riesgo no son factores causales y no son suficientes para el desarrollo de la enfermedad.

Ejemplos de factores de riesgo:

-tabaquismo

-Alcoholismo

-consumo de sustancias psicoactivas

-sedentarismo

-obesidad

NIVELES DE PREVENCIÓN

Existen tres niveles de prevención, según el momento de la historia natural de la enfermedad en el que se realicen las actividades **preventivas**: primaria, secundaria y terciaria. En 1986 el médico belga Marc Jamoulle, médico familiar propone el concepto de prevención cuaternaria, definiéndola como: *"las medidas adoptadas para identificar a los pacientes en riesgo de un exceso de medicación, para protegerlo de una nueva invasión médica, y sugerirle solo intervenciones éticamente aceptables"*[28]. Figura 10.

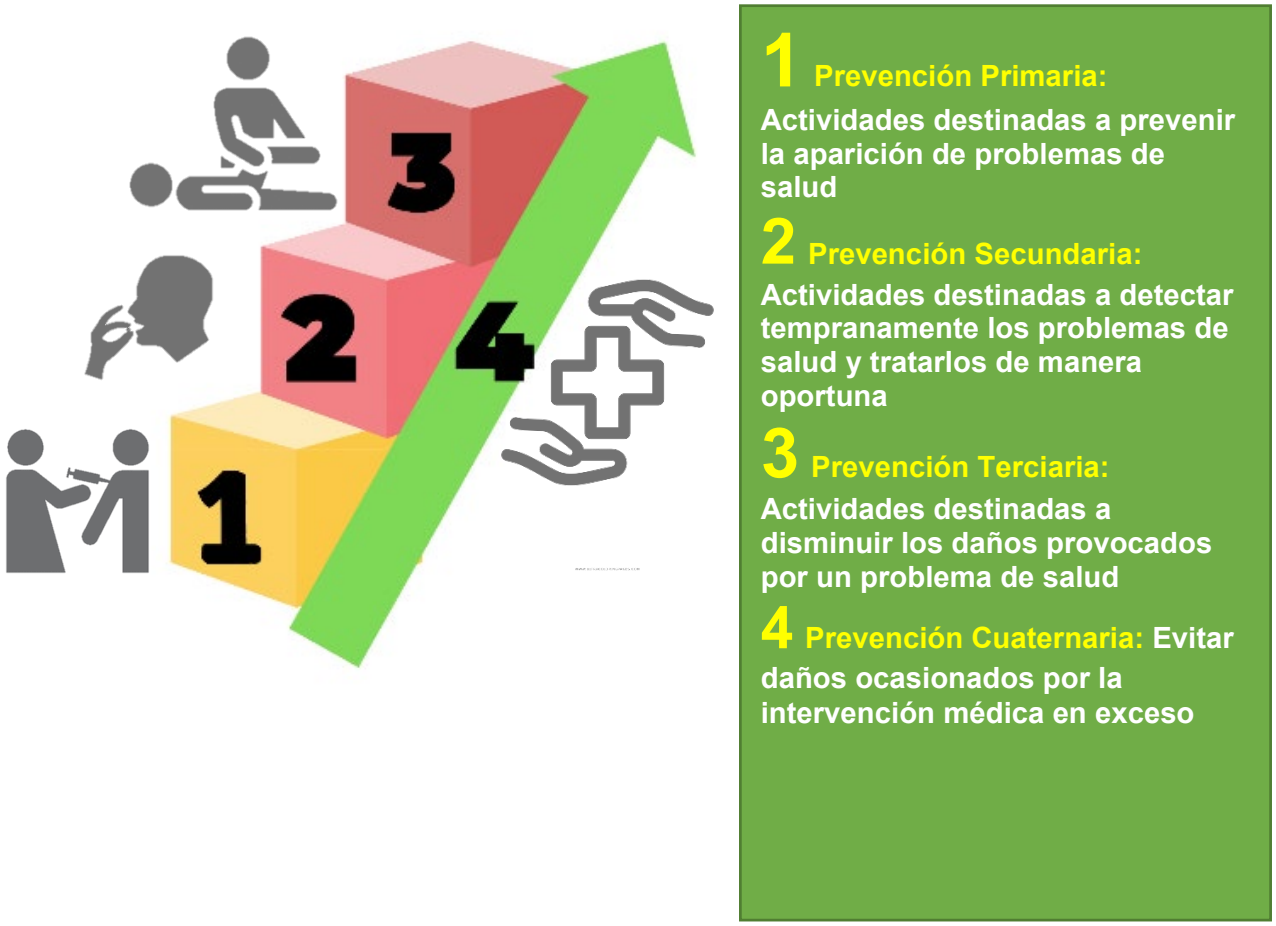


***Figura10**: Niveles de prevención.(fuente propia)*

PREVENCIÓN PRIMARIA (PP)

Caracterizada por acciones realizadas antes de que la enfermedad se presente. Su objetivo es reducir la incidencia del problema de salud en la población, detectando y neutralizando las condiciones que implican riesgo, a fin de evitar que el individuo se enferme.

Ejemplos de medidas de PP son:

- Lactancia materna: previene la desnutrición infantil y algunas enfermedades infecciosas.
- Vacunación infantil
- Alimentación saludable
- Ejercicio físico regular

- Uso de elementos de higiene y bioseguridad



"Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes"[27]

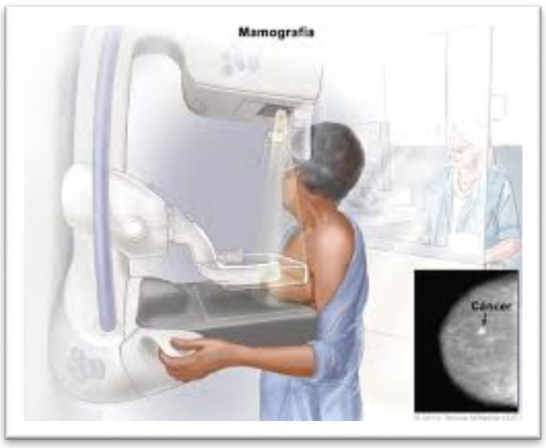
PREVENCIÓN SECUNDARIA (PS)

Comprende el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Se realiza cuando la enfermedad ya está presente. La PS actúa cuando la PP no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es disminuir las consecuencias que trae aparejada la enfermedad y reducir la morbimortalidad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas, etc.) que ofrece el sistema sanitario para detectar una enfermedad. Los cribados pueden ir dirigidos a la población general o a algún grupo que, por sus características personales, sea considerado de riesgo. Las pruebas de cribado que se utilizan en la detección precoz de una enfermedad son, generalmente, muy sensibles porque interesa detectar todos los casos posibles. Esto implica que darán muchos falsos positivos y que, posteriormente, estos sujetos tendrán que

someterse a una prueba más específica, con el fin de confirmar el diagnóstico.

Ejemplos de medidas de PS son:

Mamografía y Papanicolaou (PAP), que detectan la enfermedad (en este caso, el cáncer) antes de que sea clínicamente evidente. Ninguna de las dos maniobras evita la enfermedad, sin embargo, la detección y el tratamiento temprano disminuyen la morbimortalidad y el número de complicaciones.





Pruebas de pesquisa neonatal: Estudios realizados a recién nacidos para el hallazgo oportuno de problemas de salud.
Fuente: Hospital Garrahan, Buenos Aires Argentina

PREVENCIÓN TERCIARIA (PT)

Las actividades de PT están dirigidas a la rehabilitación de los daños ocasionados por un problema de salud.



Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes y su integración a la comunidad. Ejemplo de PT: Realización de ejercicios de fortalecimiento muscular en pacientes que sufrieron ACV (accidente cerebrovascular).

PREVENCIÓN CUATERNARIA (PC)

Las actividades de PC están dirigidas a identificar un paciente o una población en riesgo de supermedicalización, protegerlos de una intervención médica invasiva y sugerir procedimientos científicos y éticamente aceptables.[29]

Es la prevención de los daños ocasionados por la prevención, dado que la prevención no necesariamente es inocua. Todo acto médico conlleva riesgos, y en ocasiones efectos indeseables y hasta potencialmente peligrosos. Las medidas preventivas deben conllevar un beneficio claro para el individuo, sobre todo cuando se trata de población sana. Por ejemplo, realizar estudios "por las dudas" pueden llevar a falsos positivos y éstos desencadenar una cascada de estudios diagnósticos, algunos de los cuales pueden ser invasivos y no carentes de complicaciones, en pro de esclarecer el diagnóstico. Por otra parte, esta situación puede consumir recursos en personas sanas, a expensas de quienes realmente necesitan los estudios, sobrecargando, por ejemplo, en el ámbito de la salud pública, servicios de diagnóstico por estudios solicitados innecesariamente.[30]

Entonces:

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica.

Toda actividad médica acarrea, en mayor o menor medida, la posibilidad de dañar al paciente. La decisión de aplicar una prueba diagnóstica, prescribir un medicamento, indicar una intervención quirúrgica u observar sin intervenir depende del balance entre el beneficio y el daño.

Prevención Cuaternaria y medicalización

Se define como *medicalización* la transformación de situaciones que son normales en procesos patológicos y la pretensión de resolver con la medicina cuestiones que son sociales, profesionales o concernientes a las relaciones interpersonales.

La medicalización adopta varias formas: se restringen los límites de la normalidad; se corren los puntos de corte para el diagnóstico, lo que posibilita el ingreso de millones de personas en el mundo de los enfermos: nuevos procesos se tornan pasibles de intervenciones médicas muchas veces de dudosa eficacia y se transforman los factores de riesgo en enfermedades.

Esta medicalización del ser humano es sobre todo evidente en situaciones como la menstruación, el embarazo o la vejez, los cuales son considerados problemas de salud cuando en realidad son procesos fisiológicos normales que no ameritan intervenciones médicas excesivas.

Prevención cuaternaria y la Ley de Cuidados Inversos

La medicalización de la vida y la persecución ilimitada de la prevención a cualquier costo generan la exposición de gran parte de la población a riesgos innecesarios, mientras que otra gran parte carece de recursos esenciales bajo el imperio de la ley de los cuidados inversos que hace que ***muchos reciban cuidados que no necesitan y dañan en tanto otros no reciben los necesarios que pueden beneficiarlos***. Por ejemplo, las capas medias y altas de la sociedad reciben cuidados que no necesitan y pueden dañar, mientras que las capas desfavorecidas de la sociedad mueren por cáncer de cuello.

Los daños de la prevención excesiva

Existen varias formas de daños ocasionados por la excesiva aplicación de medidas de prevención primaria, secundaria o terciaria. Entre ellas destacan: el sobrediagnóstico, los falsos positivos y el síndrome de Ulises

El sobrediagnóstico

Es el diagnóstico de una enfermedad que nunca causará daño ni la muerte del paciente si estuviese librada a su evolución.
Muchas veces, pacientes y médicos creemos en la común frase: *"menos mal que se hizo a tiempo"*. Y en rigor de verdad, gran cantidad de veces solo se hizo daño con las mejores intenciones de brindar buena atención.

Un buen ejemplo de sobrediagnóstico es aquel en el que el PAP para el rastreo de cáncer de cuello uterino es iniciado muy tempranamente, seguido hasta edad muy avanzada y realizado a intervalos muy frecuentes, lo que acarrea más daños que beneficios. En el caso de cáncer de cuello uterino también suele verificarse la ley de cuidados inversos.

Los falsos positivos

Se trata de la falsa alarma de una prueba diagnóstica. El resultado de dicha prueba es anormal; sin embargo, los estudios posteriores confirman que la persona no estaba enferma.
Los daños derivados de los falsos positivos se relacionan con la ansiedad, el temor, las molestias de las pruebas diagnósticas, pero finalmente la situación suele aclararse y el paciente es reasegurado.
Otros daños vinculados con los falsos positivos son los efectos adversos de los procedimientos que se realizan como consecuencia del resultado positivo. Estos efectos incluyen dolor, radiaciones, riesgos por la anestesia, entre otros. El sobrediagnóstico es poblacional, el falso positivo es individual.
En el sobrediagnóstico, el paciente es rotulado y tratado por una enfermedad porque no se puede discriminar si será una enfermedad de curso indolente o no; en el caso del falso positivo, la persona es reasegurada y considerada sana.

El síndrome de Ulises

Se denomina síndrome de Ulises al conjunto de situaciones que se presentan en un paciente como resultado de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica. En estas circunstancias, es altamente probable que las sucesiones de pruebas diagnósticas arrojen resultados falsos positivos que generan cascadas diagnósticas o intervenciones terapéuticas con costos y riesgos, con sufrimientos y daños.

El caso de Jimmy



"Jimmy se cayó y se golpeó la cabeza. Su madre pensó que no habría mayores consecuencias, pero la abuela del niño le dijo que lo llevara a un médico. El profesional pensó que era improbable que tuviese una fractura, pero, para estar más seguro, le solicitó una radiografía de cráneo y cuello. No se encontró ninguna fractura, pero, en las placas de columna cervical, se alcanzaba a visualizar, en la clavícula, un hueso anormal. Después de una serie de análisis de sangre que no dieron ninguna anormalidad, los padres llevaron a Jimmy a un cirujano ortopédico que pensó que el hallazgo podría ser una variante normal. Pero, debido a que no estaba totalmente seguro y a que la familia estaba muy preocupada por la posibilidad de que el niño tuviese un cáncer, se efectuó una biopsia. El patólogo, quien tenía más dificultades en el análisis de las muestras de tejido óseo que con otros tejidos, informó que se trataba de un defecto cortical fibroso benigno. El chico, sin embargo, se cayó en el piso resbaloso de la casa y se fracturó la clavícula en el área que estaba debilitada por la biopsia".

Los pacientes con síndrome de Ulises usualmente comienzan sanos o con enfermedades relativamente poco importantes para luego de una larga travesía con investigaciones y tratamientos muchas veces peligrosos, tras experimentar un sinnúmero de desventuras, finalmente (aunque no siempre) vuelven al punto de partida (aunque con las consecuencias del padecimiento de su odisea).

Algunas medidas de prevención cuaternaria.

1) Menos, es más

Existe una creencia generalizada acerca de que más estudios diagnósticos, más visitas al médico, más servicios sanitarios equivalen a más salud. Pero ya se ha comentado que toda actividad sanitaria puede acarrear daños. Y el exceso de actividad puede acarrear daños importantes.

Nos referimos a prácticas para las cuales hay consenso acerca de que los daños superan los beneficios.

No, que son costosas; no, que la tecnología es compleja, si, que hacen daño.

En este sentido, son muchas las Sociedades Científicas que han comenzado a

trabajar en delinear prácticas que deben ser discontinuadas por inútiles o peligrosas. En la tabla 1 se pueden ver algunas de las prácticas que diversas sociedades científicas han sugerido no realizar, si bien, como ya se ha comentado, discontinuar las prácticas no parece ser sencillo. Requiere, entre otras cosas, transparencia y comunicación con los pacientes. La limitación en los estudios complementarios puede ser vivida con sospecha de recorte en los servicios por razones espurias si no va acompañado del esclarecimiento correspondiente.

2) Principios de prescripción conservadora/desprecripción

Diversas investigaciones han propuesto:

-Pensar más allá de los medicamentos. Por ejemplo, considerar la terapia sin fármacos, pues hay abundante literatura que apoya iniciarla con medidas no farmacológicas en casos como hipertensión, diabetes, insomnio, dolor de espalda, artritis y dolor de cabeza.

- *Practicar prescripciones más estratégicas* (diferir el tratamiento no urgente, evitar cambios no justificados de medicamentos, ser prudentes acerca de usos no probados de medicamentos, y comenzar el tratamiento con un solo fármaco nuevo a la vez).

- *Mantener una alta vigilancia en relación con los* efectos adversos (sospechar reacciones por los fármacos, ser conscientes de síndrome de abstinencia y educar a los pacientes a anticipar las reacciones).

- *Ejercitar la precaución y el escepticismo con los fármacos nuevos* (buscar fuentes de información no sesgadas, esperar hasta que los fármacos lleven suficiente tiempo en el mercado; ser escéptico acerca de las variables subrogadas en lugar de los verdaderos resultados en salud; evitar el estiramiento imaginario de las indicaciones; evitar la seducción por una elegante farmacología molecular; tener cuidado con los informes selectivos de los ensayos clínicos).

- *Trabajar con los pacientes para una agenda compartida* (y no ceder automáticamente a los fármacos que solicitan; considerar la no adherencia antes de añadir más fármacos al régimen; evitar reiniciar fármacos que no tuvieron éxito previamente; discontinuar el tratamiento con fármacos innecesarios, y respetar las reservas de los pacientes acerca de los fármacos).

- *Considerar los impactos más amplios y a largo plazo* (sopesar los resultados a largo plazo y darse cuenta de que la mejora de los sistemas y la organización pueden superar los beneficios marginales de los nuevos fármacos).

Se debe tener en cuenta que es mejor prevenir que curar, siempre y cuando la intervención preventiva haga menos daño que la intervención curativa, y hay que tener presente que las cascadas diagnósticas son inevitables excepto en su origen. Es allí donde deben detenerse.

3) Medicina centrada en la persona

Existen algunas habilidades que pueden contribuir a desmedicalizar la consulta y pueden, de alguna manera, contribuir a la prevención cuaternaria. Algunas de estas herramientas son:

- Fomentar la alianza terapéutica: mediante la confianza y el compromiso y objetivos compartidos a través de un modelo centrado en el paciente.

- Evitar la focalización sintomática.

- Practicar una escucha activa y empática.

- Abrir el mapa de quejas y delimitar la demanda: ¿hay o no expectativa por parte del paciente de que le demos una solución? A veces el paciente solo comparte un malestar o busca aprobación.

- Reconocer la normalidad: informar con veracidad, psicoeducar y recomendar medidas de autocuidado siempre que sea posible.

- Informar sobre la naturaleza del problema: proponer un plan de acción terapéutica, ajustar expectativas, involucrando al paciente en la toma de decisiones.

- Reconocer y compartir la incertidumbre.

Por último, debemos familiarizarnos con la “desprescripción”. Hay que revisar periódicamente la pertinencia de la medicación que toman los pacientes. Esto es especialmente relevante como estrategia de prevención cuaternaria en los ancianos. Se estima que 1 de cada 5 fármacos prescriptos en pacientes de edad avanzada es inapropiado.

Conclusiones

La prevención cuaternaria es un término relativamente nuevo para el viejo “primero no dañar”. Hace referencia al repertorio de actividades con que debemos contar a fin de limitar y paliar los daños potenciales del sistema sanitario.

Para ello debemos, en primer lugar, ser conscientes de dicho daño. En todas, todo el quehacer médico. Especialmente en las actividades llevadas a cabo con las poblaciones sanas en las cuales el principio “primero no dañar” cobra una dimensión particular.

Se debe tener en cuenta que es mejor prevenir que curar siempre y cuando la intervención preventiva haga menos daño que la intervención curativa, y hay que tener presente que las cascadas diagnósticas son inevitables excepto en su origen. Es allí donde deben detenerse.

Ejemplos de PC:

- Evitar solicitar mamografías innecesarias a mujeres menores de 40 años
- Evitar la polifarmacia en adultos mayores
- Evitar realización de Papanicolau (PAP) en menores de 21 años



ACTIVIDAD: Investiguen y respondan para charlar en clase:

¿Cuándo está indicada una mamografía en mujeres?
¿Qué es la polifarmacia? ¿Tu abuelo/a o alguna persona mayor que conozcas está sometido/a a una polifarmacia según este criterio?
¿A partir de qué edad está recomendado el PAP en mujeres? ¿Por qué no antes de esa edad?

BIBLIOGRAFÍA

1. Alzugaray, R. (2008*):* Ramón Carillo, el fundador del sanitarismo nacional. 1ra. Edición. Ediciones Coligue. Buenos Aires. Pág. 64.
2. Ministerio de Salud de la Nación (S/F): Curso en salud social y comunitaria. Programa de médicos comunitarios. Módulo 1, 17-26. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/1-modulo-cssyc.pdf
3. Vergara Quintero, M. D. C. (2007): Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf
4. Madrid, L. (2011). Realizando 'diagnósticos diferenciales' de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *KAIROS*. Revista de Temas Sociales. Año 15. N°28. Proyecto Culturas Juveniles. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Recuperado de http: // www. revistakairos.org.
5. Kornblit, A. L. y Mendes Diaz, A. M. (2000): La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Grupo Editor Aique. Capital Federal. Recuperado de http://www.cucaicor.com.ar/datos/KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf
6. FLACSO Módulo 1. PARTE 1. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales**.** Recuperado de http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf
7. Camejo Ramos, L. P., Valdés Sierra, I. (1016). Sociedad y medicina: Paradigmas médicos en las coordenadas de la modernidad. *Panorama Cuba y Salud, 11* (1), 40-46. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477355397007
8. OMS. Preguntas más frecuentes. Recuperado de http://www.who.int/suggestions/faq/es/
9. Bello, N. (2006) "Fundamentos de enfermería". Parte 1. Capítulo IV. Proceso salud-enfermedad. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
10. Engel, G. L. (1989). The need for a new medical model: a challenge for

biomedicine. *Holistic Medicine*, *4*(1), 37-53. Recuperado de http://www.newriver.edu/images/stories/library/Stennett_Psychology_Articles/Need%20for%20a%20New%20Medical%20Model%20%20A%20Challenge%20for%20Biomedicine.pdf

11. Battistella, G (2007). Salud y enfermedad. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43904731/Salud_y_enfermedad.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476231735&Signature=at8keEeiUz7Tz%2BlL4oEKQY9R89I%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSALUD_Y_ENFERMEDAD.pdf7. Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz. Citado por Alcántara Moreno, G. (2008).
12. Valadez Figueroa, I.; Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004): Educación para la Salud: La importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Enero-marzo de 2004. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
13. Lindeman, M. (2005): Salud y enfermedad: Noción de salud y enfermedad en Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800. Edit Siglo XXI-España editores - Cap 1. 2-3.
14. Aguirre del Busto, R.; Macías Llanes, M. E. (2002). Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. *Rev Hum Med*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100001&lng=es.
15. Ciuffolini, M.; Jure, H. y Didoni, M. (2014): Cuadernos de Medicina Familiar. Aportes para un enfoque integral en salud. 2da. Edición. SIMA Editora. Córdoba, Argentina. 12-13.
16. Kleinman, A. (1980) citado por Vergara Quintero, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf

7. Good B, Good MJ. (1982) citados por Moreno Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, *49*(1), 63-70. Recuperado en 07 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
8. Alcántara Moreno, G. (2008), La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación. 9*. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004> ISSN 1317-5815
9. OPS (2011): Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 2: Salud y enfermedad en la población. 22—23. Washington, D.C.
10. https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles
11. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Estad%C3%ADstica%20Internacional%20de,OMS)%20a%20partir%20de%201994.
12. https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)
13. http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html).
14. Guerrero, L y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *FERMENTUM Mérida* - Venezuela - AÑO 18 - Nº 53. 610-633.
15. OMS: Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986). Ginebra. Recuperado el 29 de diciembre de 2016 de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
16. http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/
17. www.hcdcorrientes.gov.ar/Leyes-texto/Ley5969.doc OMS (1998) y Colimón (1978), citados por Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011): Niveles de atención,

de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 07 de febrero de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

18. Pandve, H. T. (2014). Quaternary prevention: Need of the hour. *J Family Med Prim Care*, *3*, 309-310, citado en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-prevencion-cuaternaria-S2007408515000567
19. Kopitowski, K. (2013). Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Ital. 33* (3), 90-95. Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8937.pdf
20. https://cmmsa.com.ar/wp/prevencion-cuaternaria-un-termino-nuevo-para-un-viejo-concepto/
21. Pérez Jarauta, M., Echauri Ozcoidi, M., Ancizu Irure, E. y Chocarro San Martín, J. (2006). Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. Recuperado de https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf
22. https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedad.pdf

Imágenes:

- https://www.pinterest.ch/pin/607493437221680694/
- https://www.efadeporte.com/blog/deporte-y-salud/ejercicio-fisico-bienestar
- https://respuestas.tips/por-que-se-debe-estornudar-sobre-el-brazo/
- https://www.trenquelauquen.gov.ar/la-ciudad/deportes/plazas-saludables/
- www.cancer.gov
- https://es.slideshare.net/lespas08/rehabilitacin-despus-de-un-acv