



Nombre del Estudiante: Josué E. Ortiz Cintrón

Número de Estudiante: UD3767SHS8830

International Health

22 de Febrero de 2007

TABLA DE CONTENIDO

Tema	Página
Tabla de Contenido	1
Ensayo “International Health”	2
Bibliografía	19
Auto-Examen	22
Clave de Repuestas	26

A lo largo de la historia del hombre el gozar de buena salud siempre ha sido un tema importante en la vida de los seres humanos. Sin embargo, no todas las personas viven en lugares donde las condiciones económicas, ambientales, sociales y sanitarias sean aceptables y por lo tanto presentan problemas de salud que afectan de manera decisiva la calidad de vida de esos países. Con la evolución de la globalización mundial una nación con problemas de salud pública preocupa y puede afectar al resto de las naciones. Históricamente, la salud internacional representa los esfuerzos de países fuertemente industrializados asistiendo a los menos capacitados.

En esta materia definiremos el concepto de salud pública internacional. Discutiremos las etapas en la historia de la salud pública internacional y los retos actuales de este campo de estudio. Describiremos la situación de salud de un país utilizando conceptos de demografía y epidemiología. Identificaremos y aplicaremos los indicadores correspondientes en el análisis de los problemas de salud pública internacional. Integramos los derechos humanos en la evaluación de los problemas de salud internacional. Discutiremos cómo las situaciones económicas, comunitarias y de desarrollo social se relacionan con los problemas de salud. Reconoceremos el rol de los sistemas de salud y el impacto de los mecanismos financieros en el cuidado de la salud pública internacional. Finalmente expresaremos nuestras conclusiones basadas en los argumentos presentados, investigados y discutidos.

Merson, Black y Mills (2001) definen salud pública internacional como, “la aplicación de los principios de salud pública en problemas de salud y a los retos que trascienden los límites nacionales y a la variedad de fuerzas locales y globales que los afectan”. Podemos señalar que estas fuerzas globales incluyen la urbanización, migración y la explosión en información tecnológica en los mercados mundiales de expansión. Es por eso que la mayor atención en la salud pública internacional se enfoca en los países con ingresos bajos y medios, los cuáles tienen la mayor mortalidad y morbilidad con sistemas de salud inadecuados que cumplan con las necesidades de una población vulnerable. Mejorar la situación de salud en estas poblaciones requiere el conocimiento de sus características sociales, culturales y económicas. En el estudio de la salud pública internacional podemos aprender mucho comparando las estrategias utilizadas por diferentes países resolviendo sus principales problemas de salud pública.

Una vez entendemos hacia donde se dirige el estudio en la salud pública internacional, discutiremos su historia en términos de las diferentes etapas en las cuáles han evolucionado al pasar el tiempo. Establecer los orígenes de la salud pública internacional es un tanto difícil, sin embargo, entendemos que una serie de acontecimientos históricos han servido de base para establecer una cronología de eventos que establecen estas etapas en la salud pública internacional. Hipócrates en el año 400 AC comienza este proceso con la publicación de su libro Aire, Agua y Lugares donde presenta la relación causal entre el ambiente y las enfermedades (Merson et al., 2001). En el primer siglo DC, los romanos introducen servicios sanitarios públicos y organizan sistemas de suministro de agua. En el siglo 14 la epidemia provocada por la enfermedad de la peste bubónica (muerte negra) estableció que se introdujera el concepto de cuarentena a los barcos que llegaban a los puertos pues se pensaba que la enfermedad era transmitida por las naves marinas.

En la Edad Media muchas ciudades de Europa tomaron acción participativa estableciendo hospitales y otras instituciones para proveer cuidado médico y asistencia social. También en esta época los países europeos en su afán de conquista y colonización expanden sus horizontes hacia nuevas tierras y como consecuencia ellos llevaban enfermedades como la influenza, sarampión y viruela, pero adquirieron enfermedades no vistas en Europa como la sífilis, disentería y la malaria. Esto hizo que se empezaran a estudiar nuevos tratamientos y formas de combatir estas enfermedades infecciosas que afectaban de manera agresiva a las poblaciones de estas áreas.

El período comprendido entre 1750 y 1850 fue vital en la evolución de la salud pública internacional. En este tiempo la acción social con relación a la salud se reflejaba un nuevo interés en los problemas de salud de grupos específicos. Durante este período surgen grandes avances tecnológicos que dieron luz al desarrollo de industrias. En Inglaterra esto iba paralelo con la expansión de las minas de carbón. La Revolución Industrial había llegado y como resultado comienza una mejoría social y de salud en ciudades de Europa y Estados Unidos. O sea la industrialización traía una bonanza económica pero como resultado los problemas de salud debían ser evaluados y tratados considerando las consecuencias de la industrialización. Es por eso que se hicieron mejorías en los suplidos de agua y alcantarillados, hospitales municipales, leyes para delimitar el trabajo con niños y se comenzó a recopilar sistemáticamente data de nacimientos y muertes.

Entre 1850 al 1910 las aportaciones más importantes en el desarrollo de la salud pública internacional fue el gran crecimiento en los conocimientos en el área de la microbiología. Ejemplos de éstos son las aportaciones de Louis Pasteur , Robert Koch y Walter Reed, que incluyen la prueba de la teoría de las enfermedades por microbios (Bauman, 2007), el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis (Tortora, Funke y Case, 2007) y la demostración del rol del mosquito en la transmisión de la fiebre amarilla respectivamente (Merson et al., 2001). Cabe destacar que según Bauman (2007), “A Louis Pasteur se le conoce como el padre de la microbiología por sus experimentos y hallazgos en el estudio con los microorganismos” Podemos resumir que en este período surge un gran conocimiento sobre las causas y modos de transmisión de las enfermedades.

Durante 1910 a 1945 se establecen escuelas de salud pública y fundaciones internacionales y agencias intergubernamentales interesadas en la salud pública. Entre estos organismos se destacan: la Oficina Sanitaria Internacional, para servir a las naciones del hemisferio este; la Oficina Internacional de Higiene Pública de París; y la Oficina de Salud de la Liga de Naciones en Ginebra (LNHO, por sus siglas en inglés), la cuál proveía asistencia a estados miembros en tópicos relacionados a la salud. Cabe señalar que en 1926 la LNHO comenzó la publicación de la “Weekly Epidemiological Record”, que al día de hoy se sigue publicando por la Organización Mundial de la Salud (OMS). También establecía muchas comisiones científicas y técnicas, reportes sobre el status de enfermedades crónicas e infecciosas y enviaban personal adiestrado alrededor del mundo para asistir a los gobiernos nacionales con sus problemas de salud.

De 1945 al 1990 surgen una serie de agencias con funciones dirigidas hacia el cuidado de la salud que incluyen el factor económico y el cuidado en territorios pobres. La Conferencia Financiera y Monetaria de las Naciones Unidas representada por 43 países, celebrada en Bretton Woods, New Hampshire, dirigió el establecimiento del Banco Internacional para Reconstrucción y Desarrollo (o el Banco del Mundo) y el Fondo Monetario Internacional. Estos organismos a partir de 1960 les ofrecían préstamos a países pobres a un interés bajo y con unos términos de pago razonables a través de la Asociación de Desarrollo Internacional. En este período se crea el Fondo para Niños de las Naciones Unidas (UNICEF por sus siglas en inglés) y agencias especializadas como la OMS que se establecieron para ayudar a los países en fortalecer el sector de la salud y otros con responsabilidad social. Explica Heymann (2006, p. 82) que un suceso importante en este periodo fue la certificación de la erradicación de la viruela en el 1980 lo que representó uno de los avances más importante en la salud pública internacional.

Otro paso significativo de la época fue en 1978, cuando la OMS organizó una conferencia en Alma Ata en la antigua Unión Soviética, que tenía como prioridades el lanzamiento del cuidado de salud primario y la meta de salud para todos en el año 2000 (McKie, 1993, p. 1911). Otras aportaciones que hizo la UNICEF en estos años fueron el esfuerzo para la inmunización para niños universal y mayores atenciones a las enfermedades crónicas. Como punto decisivo en este período nos encontramos con el comienzo del desarrollo inexplicable de la epidemia del HIV/SIDA. Para el 1985 las estadísticas señalaban más de 2 millones de personas infectadas en sub Sahara África, para finales del año 2005 las Naciones Unidas estimaron que el número de personas infectadas con HIV era entre 33.4 a 46.0 millones aproximadamente (McKay. 2006, p. 117). Sin dudas esta enfermedad es uno de los grandes problemas de salud que en el ámbito mundial nos afecta a todos y que más adelante discutiremos con más énfasis.

En el período de 1990 al 2000 surgen una serie de cambios en el sector de la salud que tienen un marcado impacto en su estilo de operación. Cambios ideológicos mayores en política y economía han llevado a los gobiernos a reconsiderar su rol y como ellos financiaran y ofrecerán servicios públicos. También en esta década la salud pública internacional se caracterizó por un énfasis en una reforma de salud, costo-efectividad en las intervenciones del sector público, consorcios público-privado en salud y el uso de tecnologías de información y comunicaciones. Debemos mencionar que en este período el aumento de los ingresos en los países va de la mano con una mejoría a largo plazo en la salud. También se observa la participación de sectores no relacionados a la salud como componentes esenciales para lograr una población saludable.

Hasta el momento hemos podido investigar y estudiar varias de las etapas más significativas en el desarrollo histórico de la salud pública internacional, lo que nos lleva ahora a considerar los retos actuales para el siglo 21 que esta rama del campo de las ciencias de la salud enfrenta. Merson et al., destacan que se han observado mejorías mayores en la salud de las poblaciones de bajos y medianos recursos desde la Conferencia de Bretton Woods. Sin embargo, estos sucesos no han sido universales y

procederemos a mencionar varios ejemplos de problemas de salud pública internacional existentes en este comienzo del siglo 21:

- Más de 10 millones de niños menores de 5 años cada año mueren de enfermedades prevenibles; el 70% de éstas están relacionadas a la pulmonía, diarrea, malaria, malnutrición y sarampión (Hoekstra et al., 2006, p. 1050).
- Más de 150 millones de mujeres casadas quieren evitar los embarazos, pero no tienen acceso a anticonceptivos modernos.
- Cerca de 600,000 mujeres mueren anualmente por complicaciones en el embarazo y parto y otros 18 millones sufren de problemas de salud relacionados al embarazo que pueden provocar incapacidades permanentes.
- Cada año 13 millones de personas mueren de enfermedades infecciosas donde la mayoría pueden ser prevenibles o curables; la mitad de estos fallecimientos en adultos son causadas por la tuberculosis, malaria y HIV/SIDA.

Existe un amplio consenso que señala a la pobreza como la causa más importante de muertes prevenibles, enfermedades e incapacidad. Desdichadamente hoy día más personas viven en pobreza que 20 años atrás (Merson, et al., 2001). La realidad es que la globalización económica dirigida por el creciente comercio mundial, la apertura de economías nacionales al mercado universal y la vasta expansión de información tecnológica ha contribuido a un crecimiento económico no parejo, aumento en la desigualdad económica y una preocupación sobre la subordinación de los derechos laborales y humanos. Basado en este contexto la OMS en 1999, identifica los cuatro retos actuales para mejorar la salud mundial. Éstos son:

- Reducción de la mortalidad y morbilidad entre los pobres enfocando más en intervenciones que puedan alcanzar la mejor salud posible con recursos limitados predominantes.
- Contrarrestar las potenciales amenazas a la salud como resultado de crisis económicas, ambientes no saludables y comportamientos de riesgo.
- Desarrollo de sistemas de salud más efectivos que puedan mejorar la salud, reducir las desigualdades salubristas, elevar las respuestas a expectativas legítimas y aumentar la eficiencia.
- Invertir en investigaciones y desarrollo dirigidos hacia las enfermedades que afectan a los pobres de manera abrumadora.

Para poder cumplir con estos retos es importante que existan nuevas formas de cooperación internacional e intersectorial entre las agencias de las Naciones Unidas relacionadas a la salud. También va ser falta la colaboración de otros cuerpos internacionales como la Organización de Comercio Mundial, agencias bilaterales,

organizaciones no gubernamentales, fundaciones y el sector privado incluyendo las compañías farmacéuticas.

Procedemos en esta parte a describir la situación de salud de un país utilizando los conceptos de demografía y epidemiología. La demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo. Por tanto la demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones humanas y las leyes que rigen estos fenómenos.

La demografía se divide en dos partes que están interrelacionados entre sí y la separación es un tanto artificial, puesto que el objetivo de estudio es el mismo: las poblaciones humanas. La primera parte que estudiaremos es la demografía estática, que es la parte que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales. En donde la dimensión es el número de personas que residen normalmente en un territorio geográficamente bien delimitado. El territorio es el lugar de residencia de las personas que puede globalizarse o desagregarse como puede ser una nación, región, provincia, ciudad, municipio, etc. La estructura de una población es la clasificación de sus habitantes según variables de persona. Según las Naciones Unidas estas variables son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad.

La otra parte es la demografía dinámica que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones, como son la natalidad, nupcialidad, familia, fecundidad, sexo, edad, educación, divorcio, envejecimiento, mortalidad, migración, trabajo, emigración e inmigración. Su expresión son las tablas demográficas, que son los datos estadísticos numéricos y gráficos. Los administradores utilizan el censo total real (cada diez años o muestreos (estimados) mensuales o anuales). Tienen que estar diseñados de forma que no sólo se puedan establecer estadísticas descriptivas, sino que también puedan realizarse análisis demográficos cruzados. Unos ejemplos son: sueldos anuales y edades o distribución por sueldos, por clases sociales, en la nación y en una comunidad, por viviendas y familias, etc. y tópicos generales o variables básicas son la riqueza, el poder y la movilidad social.

Los datos estadísticos sobre las poblaciones también son sometidos a análisis predecibles o de futuro: interpolaciones, extrapolaciones, series de tiempo, curva logística, patrones de crecimiento según tipo de sociedad, patrones de disminución por desastres naturales o epidemias o guerras, etc.

Como hemos visto la demografía nos permite estudiar las poblaciones para poder cuantificar las características que presenta un país y de esa manera poder establecer las condiciones, territoriales, y estructurales que rigen a los habitantes y determinar que acciones se pueden llevar a cabo para mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

Plantaremos ahora cómo la demografía nos ayuda a determinar la situación de salud de un país. En este sentido la importancia de la demografía en la salud pública recae en los siguientes argumentos:

- Elaboración de tasas y otros indicadores de salud.
- Estudios en epidemiología: En los estudios epidemiológicos se necesitan datos de la población y de su distribución según características de persona, lugar y tiempo.
- Planificación de la Salud Pública.
- Planificación de producción alimentaria. Alimentación humana.
- Planes generales de desarrollo nacionales o regionales.
- Proyecciones de las poblaciones para cualquier propósito.

Para poder identificar cómo está la salud de un país es importante tener un método para medir las enfermedades que impactan a los habitantes. La importancia relativa de las diferentes enfermedades en la población depende de la frecuencia (incidencia o prevalencia) y la severidad (mortalidad y morbilidad). Frecuencia no es otra cosa que contabilizar la ocurrencia de la enfermedad que se está considerando y la severidad es identificar entre las personas enfermas por una condición específica, cuántas mueren (mortalidad) o se incapacitan (morbilidad).

Una herramienta muy útil que nos provee la demografía para identificar la frecuencia y severidad de las enfermedades de un país lo son las pirámides de población. Éstas son la representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población (Wikipedia, 2007). Gráficamente se trata de un doble histograma de frecuencias, como lo ilustra la Figura 1.

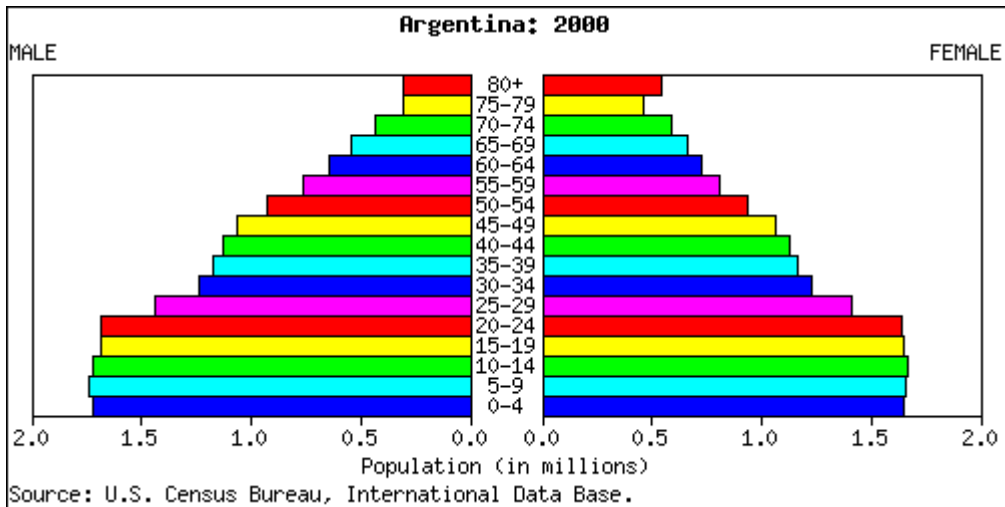


Figura 1. Pirámide Poblacional de Argentina para el Censo del año 2000 (Tomado de la Agencia del Censo de los Estados Unidos)

Las barras del doble histograma se disponen en forma horizontal, es decir, sobre la línea de las abscisas, y convencionalmente se indican los grupos de edad de la población masculina a la izquierda y los que representan la población femenina a la derecha. A su vez, en el eje de las ordenadas se disponen e identifican los grupos de edad, por lo general, de cinco en cinco años (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, etc.), colocando las barras de menor edad en la parte inferior del gráfico y aumentando progresivamente hacia la cúspide las edades de cada intervalo. Cuando existe una información detallada (nacimientos y defunciones anuales) podemos elaborar una pirámide de población también con esa información detallada (barras de año en año). La escala de las abscisas puede representar valores absolutos (es decir, número de habitantes de cada grupo de edad y sexo) o relativos, es decir, porcentajes de cada grupo de edad y sexo con relación a la población total.

Este tipo de gráfico toma su nombre de la forma que adopta en las sociedades que tienen una población con una amplia base debido al gran número de nacimientos y que se estrecha paulatinamente por la mortalidad creciente y acumulativa a medida que aumenta la edad de la población.

La demografía de transición utilizada por primera vez por F.W. Notestín, describe los cambios en las tasas de nacimientos y muertes que históricamente ocurre en el cambio entre la sociedad tradicional y la moderna (Merson et al., 2001). Estos cambios se pueden observar en una pirámide poblacional de una sociedad tradicional caracterizada por grandes cantidades de nacimientos, balanceados por una alta incidencia de muertes debido a enfermedades infecciosas, característico de países subdesarrollados. La Figura 2 nos presenta este tipo de comportamiento demográfico en la India, donde se observa una base ancha (alta natalidad) con una cúspide angosta (alta mortalidad).

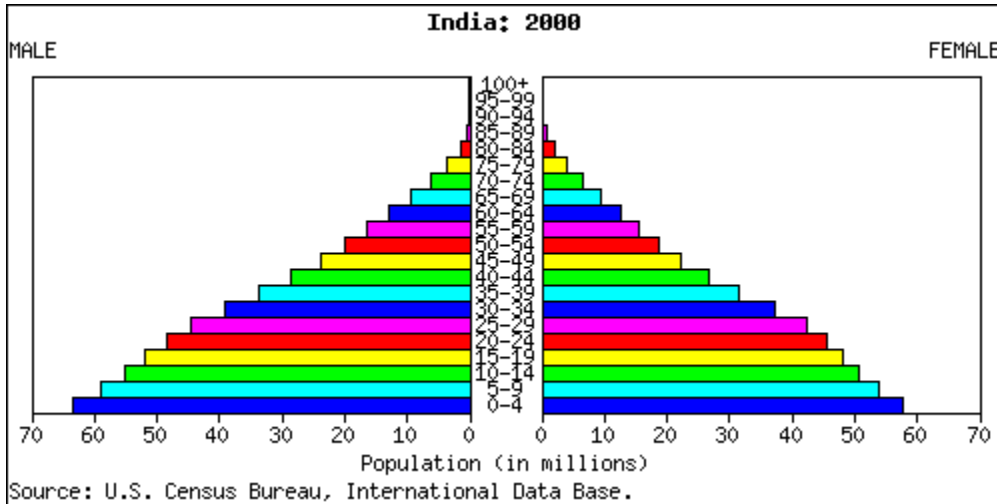


Figura 2. Pirámide Poblacional de la India para el Censo del año 2000 (Tomado de la Agencia del Censo de los Estados Unidos)

Por el contrario la pirámide poblacional de un país que está experimentando la modernización, sus patrones de natalidad y mortalidad varían debido al poder económico y los adelantos tecnológicos. En estas sociedades las personas viven por más tiempo pero nacen menos y las causas principales de las muertes son por enfermedades no infecciosas. La Figura 3 nos presenta un ejemplo de este tipo de país como España, con una base angosta (baja natalidad) y una cúspide ancha (baja mortalidad).

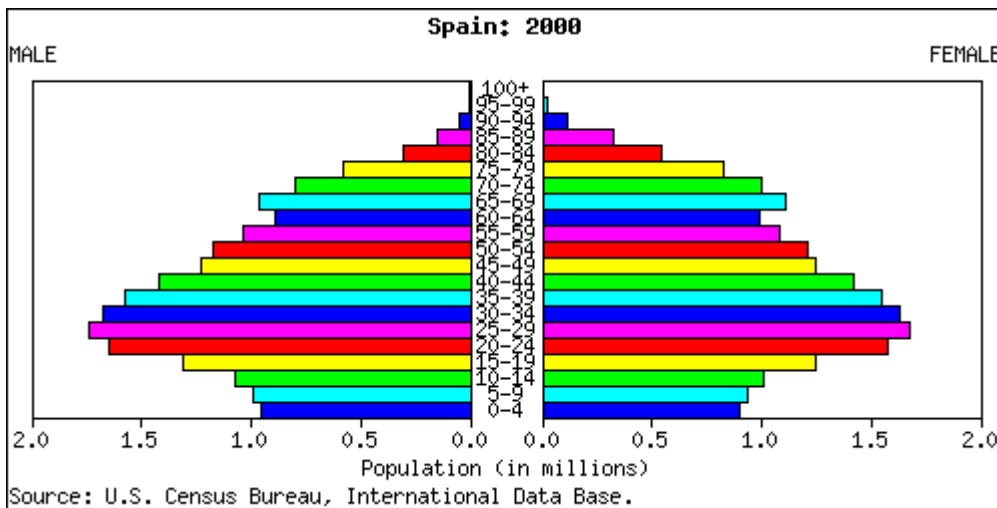


Figura 3. Pirámide Poblacional de España para el Censo del año 2000. (Tomado de la Agencia del Censo de los Estados Unidos)

El otro concepto que nos ayuda a describir la situación de salud de un país lo es la epidemiología, que se define como la parte de la medicina que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de este estudio a los problemas de salud (Wikipedia, 2007). Por lo tanto la epidemiología estudia la salud de los grupos humanos en relación con su medio.

La epidemiología se considera la ciencia básica para la medicina preventiva y una fuente de información para la formulación de políticas de salud pública. La epidemiología estudia, sobre todo, la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad. Las enfermedades no se producen de forma aleatoria; tienen causas, muchas de ellas de origen humano, que pueden evitarse. Por tanto, muchas enfermedades podrían prevenirse si se conocieran sus causas. Los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que, a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades, lesiones y muertes prematuras. Por ejemplo Kohli et al. (2007, p.143), llevaron a cabo un estudio epidemiológico para estimar el impacto profiláctico de la vacuna del virus de papiloma en la prevalencia de cáncer cervical en mujeres de Inglaterra. Las conclusiones señalaron una reducción de 66% en lesiones precancerosas y 76% en muertes por cáncer cervical

Inicialmente la epidemiología surgió del estudio de las epidemias de las enfermedades infecciosas. En el siglo XX los estudios de la epidemiología se basan en el estudio demográfico de cualquier enfermedad con la ayuda de la estadística.

La transición epidemiológica constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta cuatro aspectos a destacar:

- Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.
- Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los más envejecidos.
- Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalidades.
- Polarización epidemiológica. La polarización epidemiológica sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población.

Continuando con la discusión de los objetivos en el estudio de la salud pública internacional, evaluaremos los indicadores de salud de un país. Se definen como medidas estandarizadas para comparar la situación de salud, la ejecución del sistema de salud y sus características en las distintas jurisdicciones del país.

Los indicadores de salud colaboran con las autoridades regionales de salud monitoreando la salud de la población y el funcionamiento del sistema de salud a través de información comparativa cualitativa en:

- el estado general de la población servida.
- los determinantes no médicos principales del país.
- los servicios de salud recibidos por la población.

La formulación y el monitoreo de políticas para mejorar la salud de los pueblos del mundo requiere de datos oportunos, válidos y confiables, tanto en el ámbito nacional como subnacional (Organización Panamericana de la Salud, 2006). Procederemos a mencionar los indicadores de salud considerados al evaluar la calidad de vida sanitaria en un país.

Comenzaremos con los indicadores demográficos que miden: la población total (miles), la tasa cruda de natalidad (por cada 1,000 habitantes), media anual de nacimientos (miles), tasa cruda de mortalidad (por cada 1,000 habitantes), media anual de defunciones (miles), crecimiento demográfico anual (por ciento) tasa global de fecundidad (hijos/madres), población urbana (por ciento), razón de dependencia (por cada 100 habitantes) y la esperanza de vida al nacer (años). Estos indicadores contabilizan los nacimientos y las muertes anuales ocurridas en un país para poder identificar si éste según sus características demográficas es un país tradicional o modernista.

Seguimos con los indicadores socioeconómicos que cuantifican: la población alfabetizada mayores de 15 años (por ciento), disponibilidad de calorías (Kcal./pc/día), ingreso nacional bruto (US\$ per cápita), crecimiento medio anual del PBI (por ciento), población bajo la línea internacional de pobreza (por ciento), razón de ingreso (20% superior/20% inferior), por ciento de población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable e instalaciones mejoradas de saneamiento. Estos indicadores señalan las condiciones educativas, económicas, nutricionales y sanitarias en las que se encuentra el país evaluado.

Continuaremos con los indicadores de mortalidad que miden: la razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos), tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos), mortalidad en menores de 5 años (por cada 1,000 nacidos vivos), defunciones registradas en menores de 5 años (por ciento), tasa de mortalidad estimada por homicidio, suicidio y accidentes de transporte terrestre respectivamente (por cada 100, 000 habitantes), causa mal definida e ignorada (por ciento), subregistro de mortalidad (por ciento), tasas de mortalidad general total, hombres y mujeres respectivamente (por cada 1,000, habitantes), tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles total, hombres y mujeres respectivamente (por cada 100, 000 habitantes), tasas de mortalidad por neoplasias malignas total, hombres y mujeres respectivamente (por cada 100, 000 habitantes), tasa de mortalidad del sistema circulatorio total, hombres y mujeres respectivamente (por cada 100,000 habitantes) y las tasas de mortalidad por

causas externas total , hombres y mujeres (por cada 100, 000 habitantes). Estos indicadores analizan de manera logística en el país de estudio cuántas personas se mueren, cuántos niños menores de 5 años fallecen, las causas de las muertes en total, por hombres y mujeres. O sea se puede obtener data para analizar las razones de fallecimientos en un territorio para tomar las debidas acciones y reducir cada una de las tasas de mortalidad mencionadas.

El último grupo de indicadores que mencionaremos serán los de recursos, acceso y cobertura que cuantifican los médicos, enfermeras y dentistas respectivamente (por cada 10,000 habitantes), camas hospitalarias (por cada 1,000 habitantes), gasto nacional público y privado en salud (como por ciento del PBI), atención de salud por personal capacitado (por ciento), % cobertura de inmunización en menores de un año (en vacunas DPT, Polio y Tuberculosis), % cobertura de inmunización en niños de un año (en vacuna de Sarampión) y el uso de anticonceptivos en mujeres, todo método (por ciento). Este grupo de indicadores reflejan los recursos humanos médicos disponibles para atender la población del país. También miden el acceso a facilidades hospitalarias que tienen las personas, el por ciento de niños de un año o menores impactados por el programa de inmunización. Incluyen el por ciento de mujeres que utilizan todo tipo de métodos anticonceptivos.

Resumiendo está parte de la materia, un indicador de salud es una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada (Lengerich, 1999). En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos y en su Artículo 25 se estableció lo siguiente:

- 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, vejez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Es en estos planteamientos es que radica la igualdad para todos con relación al cuidado de la salud. Sin embargo no todos los pueblos del mundo disfrutan de este derecho que por mandato de las Naciones Unidas deberían tener. Es por eso que revisaremos en

quienes cae la responsabilidad de la salud internacional y así lograr que se cumpla con esta parte importantísima de los Derechos Humanos.

Las Naciones Unidas (NU) se establecieron al finalizar la Segunda Guerra Mundial para mantener la paz y la seguridad en un mundo que estaba bajo una disputa militar. En su centro se encuentra el estado nacional soberano el cuál es miembro de los diferentes órganos y agencias de las NU. Los seis órganos principales establecidos para 1945 son la Asamblea General, el Consejo de Seguridad, la Secretaría, la Corte Internacional de Justicia, el Consejo de Administración Fiduciaria y el Consejo Económico y Social. Las agencias especializadas son la Organización de Alimentos y Agricultura, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Educativa Científica y Cultural de las NU (UNESCO por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundada en el 1948, la OMS es la agencia especializada en salud de las NU con la expectativa de jugar un rol de liderazgo en la coordinación internacional de las actividades en salud. Surge de la unión de dos agencias establecidas en 1902 y 1908 respectivamente: la Agencia Internacional Sanitaria, que evolucionó en la Organización Panamericana de la Salud (PAHO por sus siglas en inglés) y la Oficina de Higiene Pública. La OMS tiene su base central en Ginebra y tiene seis oficinas regionales alrededor del mundo en adición a oficinas en algunos países. La PAHO representa las Américas y es una de las seis oficinas regionales de la OMS.

Vale destacar que existen otras organizaciones en el sistema de las Naciones Unidas que también tienen varias responsabilidades en asuntos relacionados a la salud internacional. Entre éstas se encuentran las siguientes: Banco Mundial, Organización Mundial de Comercio, Programa Ambiental de las UN y el Fondo para el Control del Abuso de Drogas de las NU. Explica Ruger (2005, p.60), que “el Banco mundial es una fuerza considerable para la salud y nutrición de la población en países en desarrollo”. La colaboración en el cuidado de la salud internacional no está limitada a las Naciones Unidas y a sus agencias involucradas. En ese aspecto podemos mencionar otros organismos bilaterales como el Departamento para Desarrollo Internacional del Reino Unido, la Agencia para el Desarrollo Internacional de Suecia o la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos que entre otros participan en importantes roles internacionales y regionales en muchos países. Destacamos que estas agencias son a menudo los principales contribuidores en los programas de salud internacional de las organizaciones de las NU y también proveen asistencia a países de bajos recursos a través de acuerdos gobierno a gobierno conocidos como ayuda bilateral (Merson, 2001).

Por otro lado las organizaciones no gubernamentales internacionales (conocidas también como organizaciones de la sociedad civil) también tienen contribuciones cruciales en el desarrollo de la salud en el ámbito internacional y doméstico. En este grupo están: las misiones de iglesias que proveen cuidado de salud en comunidades aisladas, agencias como la Oxfam que se involucran dando apoyo en beneficio de los países pobres o trabajando con grupos locales como por ejemplo grupos de soporte al SIDA y fundaciones privadas como las Rockefeller y Ford, las cuáles apoyan a los programas de salud internacional en muchas maneras diversas.

Como punto final en esta parte entendemos que todos los países tienen la responsabilidad de su propia salud y los servicios que ésta requiere, aunque la disposición de los recursos difiera marcadamente de lugar en lugar. Los países son los responsables de establecer sus políticas de salud internas pero se les advierte de enviar representantes que participen de las discusiones de política mundial sobre la salud en el ámbito internacional. Por ejemplo, la mayoría de los territorios en el mundo pertenecen a la OMS y cada año se le recomienda que envíen una delegación (usualmente el ministro de salud y algunos oficiales del ministerio de salud) para que asistan a la Asamblea de Salud Mundial celebrada en las oficinas centrales de la OMS en Ginebra. En esta asamblea se discuten las políticas de salud internacional y los ministros conocen las medidas que podrán introducir o apoyar cuando regresen a sus respectivos países.

Discutiremos ahora como las situaciones económicas, comunitarias y de desarrollo social se relacionan con los problemas de salud internacional. En primer plano estudiaremos la economía y la salud. La salud y los sistemas en el cuidado de la salud se interrelacionan con la economía de diferentes maneras, pero los múltiples mecanismos causales que definen esta relación los divide en dos categorías. La primera consta de los enlaces entre la salud y el nivel de crecimiento y la distribución de ingreso. La segunda se ocupa sobre las relaciones entre las instituciones de cuidado de salud, políticas financieras de la salud y los resultados económicos (Merson et al., 2001). La evidencia recopilada sugiere que la salud está muy atada con el crecimiento económico y desarrollo de un país. Las naciones ricas tienden a invertir un por ciento mayor de sus ingresos per cápita en la salud que los países con bajos ingresos económicos.

Gazlano y Thomas (2007, p.13), explican que “las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en países en desarrollo y es importante implantar estrategias costo efectivas en países de bajos o medianos recursos para enfrentar este problema de salud”. Como hemos planteado anteriormente los países con grandes problemas de salud presentan unas condiciones económicas desfavorables lo que los afecta de forma directa en la búsqueda de soluciones ante estos desafíos sanitarios. Es por eso que entre las alternativas para resolver parte de esta problemática se plantea por la OMS el combinar la ayuda de países extranjeros con los fondos propios de los territorios empobrecidos para mejorar la salud en estas economías emergentes (Altman, 2001).

Otro problema que impacta este punto son las consecuencias económicas en un país enfermo. Para esto estudiaremos los análisis de la microeconomía que estudian el enlace entre la salud y los resultados económicos enfocándose en los datos del hogar, familia y el individuo (Merson, et al., 2001). Estos estudios observan la relación entre los recursos humanos, educación, salud y los resultados laborales. En otras palabras para poder aportar productividad a tu país es necesario gozar de una salud aceptable. Por otro lado los estudios de la macroeconomía proveen evidencia de manera distinta evaluando la influencia de la salud en el ingreso nacional. En resumen la evidencia recopilada indica una relación positiva entre ingresos, productividad y consumo de energía. Mayores ingresos dan a la persona más habilidad para comprar comida, mejorar la energía, la ingesta de nutrientes y por lo tanto la salud.

Continuaremos con la exposición de las situaciones comunitarias y su relación con los problemas de salud. El dominio de la salud pública se extiende más allá de las actividades gubernamentales. Muchos individuos, organizaciones y otras entidades están directa o indirectamente involucrados con la salud de la comunidad (Novick y Mays, 2001). En adición a las agencias de salud pública los grupos interesados incluyen a proveedores de salud individual, compradores de cuidado, voluntarios y organizaciones comunitarias. Inclusive podemos integrar agencias sin una designación explícita hacia la salud como las escuelas y negocios que pueden llevar roles importantes en el cuidado de la salud. Esta cantidad de grupos amplía los propósitos de la salud pública definiendo la práctica de la salud pública o designando una compleja fuerza laboral hacia la salud pública.

La interacción entre las agencias de salud pública del gobierno y el sector privado al día de hoy está en un cambio continuo. El aumento en el número de sistemas de distribución de cuidado de salud organizado, incluyendo el manejo de planes de cuidado está haciendo posible que las agencias gubernamentales de la salud aseguren el acceso al cuidado directamente en vez enviar personal en servicios de salud. Para esto es importante que exista una colaboración entre los miembros de las organizaciones de salud, las comunidades y sociedades que faciliten la práctica de la salud comunitaria (Racher, 2007, p. 65). Indica Fraser, (2007, p. 179), que en “América Latina en países como Venezuela, Brasil y Bolivia han empezado a enfocarse en la medicina y salud comunitaria”.

El desarrollo social junto a los avances tecnológicos ha representado por un lado una mejoría en la prevención, diagnóstico y tratamiento para muchas enfermedades en la salud pública internacional. Por otro lado estos cambios traen como consecuencia una serie de problemas de salud muy significativos. Las fuerzas transnacionales asociadas con la globalización particularmente aceleran la movilidad de personas y mercancía y por lo tanto se altera la susceptibilidad de las poblaciones a enfermedades y aumenta el riesgo para los países y la comunidad global. Más rápido que en el pasado los peligros a la salud pueden atravesar las fronteras efectivamente aumentando la transferencia internacional de riesgos a la salud. El grupo de enfermedades con este potencial es entre otros: tuberculosis, HIV/SIDA, malaria, enfermedades transmitidas por alimentos (Merson et al., 2001).

En términos generales surgen varias acciones que se pueden llevar a cabo para responder a la globalización en la investigación, política y práctica de la salud pública internacional. Al respecto incluimos las siguientes:

- Construir puentes entre la salud pública y la salud internacional.
- Diseñar políticas de salud pública nacionales para promover coherencia entre los objetivos de salud pública internacional y doméstica. También tomar en consideración la necesidad de asumir responsabilidad nacional por las consecuencias en el traspaso de fronteras que tengan impacto en la salud pública.
- Reorientar la salud pública en todos los niveles a través de una estrategia integradora que la dirija hacia una equidad en salud y a unos determinantes socioeconómicos de la salud.

- Salud pública dominante.
- Explorar energéticamente el potencial para protocolos internacionales y las directrices en problemas de salud.
- Dado la movilidad global de mercancía y personas, desarrollar nuevas estrategias para la vigilancia global de cualquier enfermedad en cualquier lugar.
- Desarrollar nuevas formas de gobernar que fortalezcan sociedades y redes de comunicación para la salud y que incluya los ámbitos local, nacional e internacional y los sectores públicos y privados.
- Complementar destrezas epidemiológicas por profesionales de salud pública con una variedad de enfoques y habilidades.
- Ampliar el foco de financiamiento y el de las agencias investigadoras con problemas de salud pública nacional para llevar a cabo una interacción más cercana entre las agendas y los procesos locales, nacionales y globales.
- Desarrollar nuevos y adicionales tipos de ayudas externas que provean incentivos y pagos a países que contribuyan a la producción y provisión de artículos de salud.

Continuando con la discusión de esta materia reconoceremos el rol de los sistemas de salud y el impacto de los mecanismos financieros de la salud pública internacional. Los sistemas de salud son los medios mediante los cuales muchos de los programas de salud son planificados y ejecutados. Ellos son una influencia crucial en el alcance que tienen los países para identificar sus enfermedades y mejorar los niveles de salud general y la salud de grupos particulares en la población. Según Roemer (1991), tomado de Merson, et al. (2001), se define sistema de salud como, “la combinación de recursos, organización, financiamiento y administración que culmina en la distribución de servicios de salud a la población”. Los sistemas de salud varían grandemente de país en país. Sin importar el estudio de la enfermedad existe una pequeña terminología o metodología para estudiar y entender los sistemas de salud.

Cada sistema de salud de un país es el producto de un complejo rango de factores. Es extremadamente importante estudiar y entender cómo funcionan los sistemas de salud y también cómo ellos pueden cambiar. Se han identificado cinco importantes categorías para describir un sistema de salud en un país (Roemer, 1991, tomado de Merson, et al., 2001). Entre éstos se consideran los siguientes:

- Producción de los recursos.
- Organización de programas.
- Mecanismos de soporte económico.
- Métodos de administración.
- Distribución de los servicios.

Para la evaluación de un sistema de salud los criterios frecuentemente utilizados son la eficiencia y la equidad. La eficiencia tiene diferentes dimensiones. La primera es la eficiencia macroeconómica que se refiere a los costos totales del sistema de salud con relación al status general de salud; los países difieren en cómo convierten los recursos de sus sistemas de salud en ganancias de salud. La eficiencia macroeconómica se refiere al alcance de lograr gran eficiencia de los recursos existentes. Ésta se divide en dos tipos:

- eficiencia en la distribución: se refiere a los recursos dedicados a la mezcla de actividades que tendrán gran impacto en la salud (que sea costo-efectivo).
- eficiencia técnica: se refiere sólo al uso mínimo de recursos para financiar, comprar y distribuir una actividad particular.

La equidad se refiere a la distribución de los costos de los servicios de salud y los beneficios obtenidos entre los distintos grupos de la población. Es importante identificar quien paga los servicios de salud y quien recibe los beneficios para proveer evidencia del grado de equidad alcanzado en un sistema de salud particular.

Con relación al impacto de los mecanismos financieros de la salud pública internacional estableceremos varios puntos importantes que desarrollaremos a continuación. Comenzaremos definiendo financiamiento como la colección de ingresos para pagar por la operación del sistema. Los agentes financieros son estas entidades que colectan dinero para pagar a los proveedores en nombre de los consumidores. Estos agentes se clasifican como públicos o privados y pueden proveer servicios de salud directamente o comprando servicios de salud a los proveedores. Las tres subfunciones en el financiamiento de la salud más importantes señaladas en el Informe sobre la Salud del Mundo en el 2000 son: colección de ingresos, compartir los recursos y comprar los servicios (Carrin, Waelkens y Criel, 2005, p. 799).

Las fuentes públicas de financiamiento surgen de los impuestos directos que son pagados por los individuos u organizaciones al gobierno e incluyen impuesto por ingreso personal, impuestos en transacciones de negocios domésticos y ganancias, impuestos en importación y exportación y los impuestos de la propiedad. Parte de estos recursos son destinados al presupuesto anual para servicios de salud. Las fuentes privadas incluyen los pagos que hace el consumidor de servicios de salud al proveedor. En estas formas existen el co-seguro donde el consumidor es responsable por pagar un por ciento de los servicios recibidos y el deducible que es una cantidad específica que el consumidor le paga al proveedor de salud. Este tipo de financiamiento es típico en países desarrollados y con una buena estabilidad económica. Sin embargo, la situación en países tradicionales o subdesarrollados es diferente por las peculiaridades políticas, económicas y sociales que las caracterizan.

Los proveedores de servicios de salud en países con ingresos bajo o moderado pueden ser categorizados en siete grupos principales:

- El gobierno ofrece los servicios de salud para el público general.
- Los servicios de salud son ofrecidos por agencias de seguro social para asegurados y sus dependientes.
- Los servicios son ofrecidos por organizaciones no gubernamentales que incluyen iglesias y grupos caritativos.
- Proveedores de cuidado de salud ocupacional que incluye servicios para las fuerzas armadas y la policía bajo la administración de los ministros gubernamentales; Las universidades también ofrecen servicios a sus propios empleados.

- Servicios privados por proveedores alopáticos.
- Sistemas tradicionales de medicinas tales como el ayurveda, homeopatía, medicina china y varios tipos de curanderos tradicionales incluyendo a las comadronas.
- El informal sector de traficantes de drogas y médicos no calificados.

Una vez discutidos los objetivos trazados en esta materia podemos expresar nuestras conclusiones a tenor con las investigaciones presentadas. El estudio de la salud pública internacional nos permite conocer a los países en términos de sus necesidades sanitarias para poder identificar sus problemas de salud, buscarle posibles soluciones y poder establecer estrategias de prevención. Es por eso que la mayor atención en la salud pública internacional se enfoca en los países con ingresos bajos y medios, los cuáles tienen la mayor mortalidad y morbilidad con sistemas de salud inadecuados que cumplan con las necesidades de una población vulnerable. Mejorar la situación de salud en estas poblaciones requiere el conocimiento de sus características sociales, culturales y económicas.

La historia de la salud pública internacional nos permite conocer cómo las poblaciones manejan la salud y la enfermedad; cómo los sistemas políticos, económicos y sociales influyen en vidas saludables y no saludables; cómo las sociedades crean las condiciones para la producción y transmisión de enfermedades y también cómo las personas en su carácter individual o grupal promocionan su propia salud y evitan las enfermedades.

Los actuales retos que enfrenta la salud pública internacional requieren nuevas formas de cooperación internacional e intersectorial entre las agencias de las Naciones Unidas con su rol de salud establecido y los otros cuerpos internacionales como la OMS, organismos regionales, agencias bilaterales, fundaciones no gubernamentales y el sector privado incluyendo a las compañías farmacéuticas.

La situación de salud de un país se describe utilizando los conceptos de demografía y epidemiología. La demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo. Por tanto la demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones humanas y las leyes que rigen estos fenómenos. La epidemiología se considera la ciencia básica para la medicina preventiva y una fuente de información para la formulación de políticas de salud pública. La epidemiología estudia, sobre todo, la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad. Las enfermedades no se producen de forma aleatoria; tienen causas, muchas de ellas de origen humano, que pueden evitarse.

Los indicadores de salud colaboran con las autoridades locales, regionales y mundiales de salud monitoreando la salud de la población y el funcionamiento del sistema de salud a través de información comparativa cualitativa en aspectos demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, morbilidad, recursos, acceso y cobertura de servicios de salud.

Los derechos humanos exigen que toda persona goce de un bienestar físico aceptable y para eso es necesario que las organizaciones como las Naciones Unidas y sus agencias asociadas como la OMS se esfuercen para que los países cuenten con los recursos necesarios para cumplir con este mandato universal. También de alguna manera los gobiernos, sectores privados y todos estamos involucrados en este proceso de acción que trata de forma utópica provocar una consciencia mundialista de bien común para todos por igual.

La salud y los sistemas en el cuidado de la salud se interrelacionan con la economía de diferentes maneras, pero los múltiples mecanismos causales que definen esta relación los divide en los enlaces entre la salud y el nivel de crecimiento y la distribución de ingreso. En adición se ocupa sobre las relaciones entre las instituciones de cuidado de salud, políticas financieras de la salud y los resultados económicos. La evidencia recopilada sugiere que la salud esta muy atada con el crecimiento económico y desarrollo de un país. Es necesario una evaluación de la microeconomía y macroeconomía de una nación para tener a la mano todos los factores económicos necesarios para comprender la atención en los servicios de salud.

Las situaciones comunitarias y de desarrollo social toman parte inherente en la salud pública internacional. Es necesario que los grupos de la comunidad como las iglesias, escuelas, asociaciones deportivas y las organizaciones caritativas cooperen con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para lograr que los servicios de salud lleguen a la población en general con énfasis a las menos pudientes. El desarrollo social que experimentan las comunidades rompe muchas formas antiguas de comunicación pero a su vez representan un aumento en el movimiento de personas de país en país incrementando el riesgo de la transmisión de enfermedades en la población.

El diseño de un sistema de salud para los países es un imperativo necesario ya que es a través de estos proyectos que las personas son diagnosticadas y eventualmente tratadas de las enfermedades que las afectan. También dicho sistema contiene programas de prevención de condiciones que sin lugar a dudas elevan la calidad de vida de las personas. No hay duda que los países de bajo y mediano ingresos para poder implantar sistemas de salud efectivo necesitan de estrategias de financiamiento a nivel microeconómico y macroeconómico que faciliten la llegada de recursos y así poner en marcha los servicios de salud a la población.

Como punto final entendemos que el estudio de la salud pública internacional representa un método para que todos los pueblos del mundo entiendan que los problemas de salud de un territorio afectan de manera directa o indirecta a otros. Es por eso que nos debemos preocupar por los problemas de salud internacional para de manera colectiva enfrentarlos y tener mayor oportunidad de vencerlos. Debemos todos ser portavoces de un mensaje de esperanza y acción ciudadana: Salud para todos por igual!!

Bibliografía

Altman, D. (2001). Diagnosis of World's Health Focuses on Economic Benefit. *New York Times*, 151 (51974), 1. Obtenido el 19 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Baumann, R. (2007). *Microbiology with Diseases by Taxamony*, San Francisco: Pearson Education Inc.

Carrin, G., Waelkens, M., Criel, B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine & Internacional Health*, 10 (8), 799-811. Obtenido el 21 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Demografía. *Wikipedia, la enciclopedia libre*, Obtenido el 10 de febrero de 2007, desde <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Demograf%C3%ADa&oldid=6844138>

Epidemiología. *Wikipedia, la enciclopedia libre*, Obtenido el 10 de febrero de 2007, desde <http://es.wikipedia.org/wiki/Epidemiología>

Fraser, B. (2007). Human resources for health in the Americas. *Lancet*, 369 (9557), 179-180. Obtenido el 19 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Gazlano, T. (2007). Reducing The Growing Burden Of Cardiovascular Disease in The Developing World. *Health Affairs*, 26 (1), 13-24. Obtenido el 19 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Heymann, D. (2006). Control, elimination, eradication and re-emergence of infectious diseases: getting the message right. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (2), 82. Obtenido el 2 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Hoekstra, E., McFarland, J., Shaw, C., Salama, P. (2006). Reducing measles mortality, reducing child mortality. *Lancet*, 368 (9541), 1050-1052. Obtenido el 5 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Kohli, M., Ferko, N., Martin, A., Franco, E., Jenkins, D., Gallivan, S., Sherlaw-Johnson, C., Drummond, M. (2007). Estimating the long term impact of a prophylactic human papillomavirus16 vaccine on the burden of cervical cancer in the UK. *British Journal of Cancer*, 96 (1), 143-150. Obtenido el 10 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Lengerich, E. (1999). Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASTCDPD and CDC. *Council of Status and Territorial Epidemiologists*, Atlanta GA.

Mckay, A. (2006). Update on global HIV/AIDS and the cost of prevention. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 15 (2), 117-118. Obtenido el 2 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Mckie, L., Al-Bashir, M., Anagnostopoulou, T., Csepe, P., El-Asfahani, A., Fonseca, H., Funiak, S., Javetz, R., Samsuridjal, S. (1993). Defining and assessing risky behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (12), 1911-1916. Obtenido el 2 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Merson, M., Black, R., Mills, A. (2001). *International Public Health Diseases, Programs, Systems and Policies*, Maryland: An Aspen Publication.

Novick, L., May, G. (2001). *Public Health Administration: Principle for Population-Based Management*, Maryland: Aspen Publishers, Inc.

Pirámide de población. *Wikipedia, la enciclopedia libre*, Obtenido el 10 de febrero de 2007 desde http://es.wikipedia.org/wiki/Pirámide_de_población.

Population Pyramid Summary for Argentina. *U.S. Census Bureau*, Obtenido el 10 de febrero de 2007 desde <http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbyrs.pl?cty=AR&out=s&ymin=250>

Population Pyramid Summary for India. *U.S. Census Bureau*, Obtenido el 10 de febrero de 2007 desde <http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbyrs.pl?cty=IN&out=s&ymin=250>

Population Pyramid Summary for Spain. *U.S. Census Bureau*, Obtenido el 10 de febrero de 2007 desde <http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbyrs.pl?cty=SP&out=s&ymin=250>

Racher, F. (2007). The Evolution of Ethics for Community Practice. *Journal of Community Health Nursing*, 24 (1), 65-76. Obtenido el 19 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Ruger, J. (2005). The Changing Role of the WORLD BANK in Global Health. *American Journal of Public Health*, 95 (1), 60-70. Obtenido el 19 de febrero de 2007, desde la base de datos de EBSCOHost Academic Search Elite.

Situación de salud en las américas: Indicadores Básicos (2006). *Organización Panamericana de la Salud*, Oficina del Subdirector, Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Análisis y Estadísticas de Salud.

Tortora, G., Funke, B., Case, C. (2007). *Microbiology an introduction*, San Francisco: Person Education, Inc.

Auto Examen
International Health

1. Se define salud pública internacional como:
 - a. la aplicación de los principios de salud pública en problemas de financiamiento de servicios de salud y a los retos que trascienden los límites nacionales y a la variedad de fuerzas locales y globales que los afectan.
 - b. la aplicación de los principios de salud pública en problemas de salud y a los retos que trascienden los límites nacionales y a la variedad de fuerzas locales y globales que los afectan.
 - c. la aplicación de los principios de salud pública en problemas de salud y a los retos que trascienden los límites nacionales.
 - d. la aplicación de los principios de salud pública en problemas de salud y a la variedad de fuerzas locales y globales que los afectan.

2. En este período de tiempo las aportaciones más importantes en el desarrollo de la salud pública internacional fue el gran crecimiento en los conocimientos en el área de la microbiología.
 - a. 1750-1850
 - b. 1910-1945
 - c. 1850-1910
 - d. 1945-1990

3. Un paso significativo para la salud pública internacional fue en 1978, cuando la OMS organizó una conferencia en Alma Ata en la antigua Unión Soviética, que tenía como prioridades el lanzamiento del cuidado de salud primario y la meta era:
 - a. salud para todos en el 2020
 - b. salud para todos en el 2015
 - c. salud para todos en el 2010
 - d. salud para todos en el 2000

4. Existe un amplio consenso que señala al siguiente factor como la causa más importante de muertes prevenibles, enfermedades e incapacidad.
 - a. política
 - b. económico
 - c. educativo
 - d. social

5. La demografía se divide en dos partes que están interrelacionados entre sí y la separación es un tanto artificial, puesto que el objetivo de estudio es el mismo: las poblaciones humanas. Éstas son:
 - a. demografía estática y dinámica
 - b. demografía lineal y no lineal
 - c. demografía directa e indirecta
 - d. demografía total y seccional

6. Las pirámides poblacionales son una de las grandes herramientas con las que cuentan los demógrafos internacionales. Se basan en las siguientes características de las personas:
 - a. sexo y edad
 - b. edad y estatura
 - c. sexo y ocupación
 - d. edad y ocupación

7. La pirámide poblacional de un país en transición demográfica representa la siguiente descripción.
 - a. base ancha y cúspide angosta
 - b. base ancha y cúspide ancha
 - c. base angosta y cúspide ancha
 - d. base angosta y base angosta

8. La transición epidemiológica constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta los siguientes aspectos, EXCEPTO:
 - a. Desplazamiento en la organización de programas de salud.
 - b. Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.
 - c. Polarización epidemiológica. La polarización epidemiológica sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población.
 - d. Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los más envejecidos.

9. En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.
 - a. Cierto
 - b. Falso

10. Agencia especializada en salud de las NU con la expectativa de jugar un rol de liderato en la coordinación internacional de las actividades en salud.
 - a. UNICEF
 - b. UNESCO
 - c. PAHO
 - d. OMS

11. La salud y los sistemas en el cuidado de la salud se interrelacionan con la economía de diferentes maneras, pero los múltiples mecanismos causales que definen esta relación los divide en dos categorías. Éstas son:
 - a. Los enlaces entre la salud, el ingreso per cápita, nivel de crecimiento y la distribución de ingreso.
 - b. Las políticas financieras, nivel de crecimiento y las instituciones de salud.
 - c. Los enlaces entre la salud, el nivel de crecimiento, la distribución de ingreso, las relaciones entre las instituciones de cuidado de salud, políticas financieras y los resultados económicos.
 - d. Estudios que observan la relación entre los recursos humanos, educación, salud y los resultados laborales incluyendo los aspectos macroeconómicos y macroeconómicos.

12. El dominio de la salud pública se extiende más allá de las actividades gubernamentales. Pocos individuos, algunas organizaciones y otras entidades están directas o indirectamente involucrados con la salud de la comunidad.
 - a. Cierto
 - b. Falso

13. Cada sistema de salud de un país es el producto de un complejo rango de factores. Es extremadamente importante estudiar y entender cómo funcionan los sistemas de salud y también cómo ellos pueden cambiar. Se han identificado importantes categorías para describir un sistema de salud en un país. De las siguientes cuál NO pertenece a este grupo:
 - a. Mecanismos de soporte económico.
 - b. Métodos de financiamiento.
 - c. Distribución de los servicios.
 - d. Producción de los recursos.

14. Las tres subfunciones en el financiamiento de la salud más importantes son la colección de ingresos, compartir los recursos y comprar los servicios. Estas fueron señaladas en el siguiente documento.
 - a. Informe sobre La Conferencia de Alma Ata en 1978.
 - b. Informe sobre la Salud del Mundo en el 2000.
 - c. Informe sobre el financiamiento en la OMS en 1988.
 - d. Informe de la UNESCO en 1990.

15. En esta etapa de la salud pública internacional surgen una serie de agencias con funciones dirigidas hacia el cuidado de la salud que incluyen el factor económico y el cuidado en territorios pobres.
- 1945-1990
 - 1910-1945
 - 1900-1970
 - 1930-1980
16. Basado en los estudios demográficos y epidemiológicos podemos concluir que en los países bajo la influencia de la modernización las causas principales de muertes son las enfermedades no infecciosas.
- Cierto
 - Falso
17. La importancia de la demografía para ayudar a determinar la situación de salud de un país recae en los siguientes argumentos, EXCEPTO:
- Planificación de la Salud Pública.
 - Planificación económica.
 - Planificación de producción alimentaria.
 - Planes generales de desarrollo nacionales o regionales.
18. Los proveedores de servicios de salud en países con ingresos bajos o moderados pueden ser clasificados en ___ grupos principales.
- 10
 - 9
 - 8
 - 7
19. Los derechos humanos exigen que toda persona goce de un bienestar físico, mental y social aceptable y para eso es necesario que las organizaciones como las Naciones Unidas y sus agencias asociadas como la OMS se esfuercen para cumplir con este mandato universal. Identifica que otro(s) grupo(s) son necesarios para colaborar con este proceso de igualdad.
- Gobiernos.
 - Sector privado.
 - Gobiernos, sector privado y todas las personas.
 - Gobiernos y el sector privado.
20. Entre el grupo de países que en América Latina han empezado a enfocarse en la medicina y salud comunitaria se encuentran los siguientes:
- Paraguay, Ecuador y Chile
 - Uruguay, Perú y Argentina
 - Colombia, Panamá y Costa Rica
 - Venezuela, Bolivia y Brasil

Clave de Respuestas

1. b
2. c
3. d
4. b
5. a
6. a
7. c
8. a
9. b
10. d
11. c
12. b
13. c
14. b
15. a
16. a
17. b
18. d
19. c
20. d