

Los determinantes sociales de la salud, el caso de enfermería

The social determinants of health, the case of nursing

Rey Arturo Salcedo-Álvarez,¹ Rosa Amarilis Zárate-Grajales,¹ Blanca Consuelo González-Caamaño,¹ José Cruz Rivas-Herrera¹

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Ciudad de México, México

Palabras clave:

Enfermería
Atención dirigida al paciente
Enfermería en salud pública
Modelos de enfermería

Resumen

En enfermería, sus teóricas disciplinas describen diferentes abordajes para el cuidado de las personas, recurriendo siempre al metaparadigma, obteniendo así una perspectiva teorizada del cuidado. En este sentido, los discursos que institucionalizan y sustentan su práctica tratan generalmente sobre apoyo, ayuda, autodeterminación, autonomía, confort, enseñanza del cuidado, humanismo, integralidad, limitación del daño, prevención de la enfermedad y/o promoción de la salud. No obstante, en la práctica diaria se demuestra que más que procurar acciones preventivas que tomen como punto de partida de intervención los determinantes sociales de salud para aportar un cuidado incluyente, transcultural y humanizado, la mayoría del quehacer cotidiano que se realiza se fundamenta en acciones que en el mejor de los casos son para la curación, o bien, para la contención de la enfermedad, es por ello que en la práctica diaria las acciones de prevención son minúsculas. Finalmente, la suficiencia de recursos humanos, materiales y financieros son el factor más importante para poder proveer cuidados seguros; la idoneidad o escasez de estos es el resultado conjunto de las políticas públicas prevalecientes, mismas que favorecen, o no, un sistema de salud justo e incluyente y son también las que mayormente impactan la realidad nacional en salud.

Keywords:

Nursing
Patient centered care
Public health nursing
Models, nursing

Abstract

In nursing, their disciplinary theorists describe different approaches to caring for people always using the metaparadigm, thus obtaining a theorized care perspective. In this sense the speeches that institutionalize and sustain their practice usually deal on support, help, self-determination, autonomy, comfort, care education, humanism, integrity, damage limitation, disease prevention and/or health promotion. However, in daily practice it is shown that rather than taking preventive actions that have as an intervention starting point social determinants of health to provide an inclusive, transcultural and humanized care, most of the daily work done is based on actions that in best-case scenario are for healing or for containing the disease, which is why in daily practice prevention actions are tiny. Finally, the adequacy of human, material and financial resources are the most important factor to provide safe care; the suitability or lack of these is the combined result of the prevailing public policies that favor or not a fair and inclusive health system and are also those that mostly impact the national health reality.

Correspondencia:

Rey Arturo Salcedo-Álvarez
Correo electrónico:
rasalced@hotmail.com
Fecha de recepción:
23/05/2016
Fecha de dictamen:
31/08/2016
Fecha de aceptación:
30/11/2016

Migrando del concepto salud al de calidad de vida

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dio durante la Conferencia Sanitaria Internacional en la ciudad de Nueva York celebrada en julio de 1946, ahí se definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia.¹ A partir de ese entonces este concepto ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud, así como la vitalidad, el dolor y la discapacidad, que se dejan influir por las experiencias personales y por la expectativa de la persona.² En la redefinición del concepto de salud, se incluyen actualmente variables de expectativas de salud, capacidad de adaptación al medio, soporte social, autoestima y la habilidad del individuo para competir con todo y sus limitaciones y discapacidad, mismas que en su conjunto son un indicador de la calidad de vida.³

La calidad de vida debe ser entendida como el estado biológico, psicológico, social y económico en el que se encuentra una persona, desde este punto de vista integral, en su valoración intervienen, necesariamente, diversos aspectos como la propia experiencia, las creencias, las actitudes y perspectivas que las personas generan con relación a su vida. Este concepto tiene componentes subjetivos que se basan en la autopercepción, tales como el bienestar y la satisfacción; así como elementos objetivos como la presencia de síntomas, el funcionamiento físico y el apoyo social. La idea anterior ha motivado que cualquier definición que se haga de calidad de vida debe incluir seis dimensiones: 1) Bienestar global, 2) Aspectos físicos, 3) Psicológicos, 4) Sociales, 5) Funcionales y 6) Económicos. En síntesis, podría decirse que la calidad de vida es la percepción subjetiva del individuo con relación a su incapacidad, incluyendo los aspectos de la vida y de la función humana, considerados esenciales para la vida plena.⁴

Considerando una visión posmodernista de la concepción de salud, misma que por ser esta el producto de un complejo multifactorial en donde interactúan aspectos biológicos, de adaptación al medio, genéticos, sociales, personales y políticos, y si se concluye que salud es la variable dependiente de la situación histórico-social en un momento determinado de un país, entonces sería más adecuado acuñar el concepto de “Determinantes sociales de la calidad de vida”, y no simplemente seguir haciendo alusión a estos como “Determinantes sociales de salud” (DSS) desde una concepción mayormente biológica.

Lo paradójico del trabajo de enfermería

En los textos de historia de la enfermería, así como en las diferentes teorías, es frecuente encontrar citas a la obra “Notas de enfermería” escrita en 1859 por Florence Nightingale (1820-1910), ella afirmaba que la obligación de las enfermeras es “Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso”. Nightingale es considerada la primera teórica enfermera que utilizó la corriente positivista-higienista.⁵

A partir de ahí, mucho se ha escrito sobre la disciplina, otras teóricas han surgido y el discurso que prevalece ahora es que la enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera y la persona receptora del cuidado identifican metas comunes para realizar y mantener la salud; aunque si bien es cierto que muchas de estas cuestiones debieran ser motivo de debate, aspectos como “ciencia y arte” pudieran parecer contradictorios.

Otra teórica fue Virginia Henderson, quien perfiló su definición de enfermería en una versión revisada del libro *The Principles and Practice of Nursing*, basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, en la cual hace hincapié en el cuidado, tanto de los individuos enfermos como de los sanos, ella define la enfermería como: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”.

En suma, muchas otras teóricas disciplinares han escrito sobre distintos abordajes del cuidado a las personas, la mayoría coincide en que a partir del metaparadigma de enfermería que incluye los componentes de persona, entorno, cuidado y salud los conceptos globales que identifican los elementos particulares de enfermería, vienen a representar un indicio de especificidad y perspectiva del cuidado enfermero, y conjugando sus cuatro elementos le permiten a la enfermera tener puntos de vista generales para establecer relaciones entre estos componentes y su práctica diaria de una manera abstracta dando como resultado el cuidado integral.^{6,7}

La Enfermería esta normada por un marco jurídico amplio, incluso tiene una Norma Oficial Mexicana que regula su práctica,⁸ en ella se dice que la Enfermería es: “Ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, que

ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes”.

De la enfermería en Latinoamérica, ha sido la brasileña la que en los últimos años ha alcanzado un mayor desarrollo metodológico, técnico y conceptual, pero sobre todo con un enfoque social. María Cristina Sanna dice que los procesos de trabajo en enfermería son: “La asistencia que incluye el promover, mantener y recuperar la salud, la enseñanza que consiste en formar, capacitar y perfeccionar recursos humanos; la administración que se encarga de coordinar las acciones de enfermería asistencial, la investigación que busca descubrir nuevas y mejores formas de asistir, enseñar y administrar, y finalmente la participación en políticas públicas para conquistar mejores formas de operar”. Además, considera que la interrelación de estos procesos demuestra que el trabajo de enfermería es complejo y multifacético, y que en su conjunto requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que se articulan de manera propia para producir el cuidado a la salud que la Enfermería proporciona a las personas.⁹

En síntesis, los discursos que institucionalizan y sustentan la práctica de enfermería, versan sobre apoyo, ayuda, autodeterminación, autonomía, confort, enseñanza del cuidado, humanismo, integralidad, limitación del daño, prevención de la enfermedad y promoción de la salud; sin embargo, la realidad en la práctica diaria demuestra que, más que a procurar acciones de promoción y educación para que las personas que son sanas permanezcan sanas, la mayoría de las acciones que se realizan están dirigidas a la curación de la enfermedad; pareciera entonces que más que personal de salud, el personal de enfermería vendría a ser personal de contención de la enfermedad,¹⁰ lo cual es también un determinante de salud.

Si el trabajo de enfermería estuviera enfocado a limitar los DSS, -lo cuál sería bastante más acorde al discurso humanista- debiera empezar a trabajar en al menos dos frentes: a) dar seguimiento a la población sana, pues se tiene la idea de que a la población sana no debe de cuidársele, por lo que pareciera que la política es esperar a que enferme para, ahora sí, empezar a atenderle, y b) educación para los hábitos de consumo familiar, con respecto a los principales riesgos para la salud, en cuanto a padecimientos crónicodegenerativos y neoplásicos.

La salud como construcción social

Ahora bien, sabemos que los DSS están directamente relacionados con el acceso a la salud y con la desigualdad en la atención, simplemente analizando la estructura de financiamiento y distribución para la atención del Sistema Nacional de Salud se puede determinar que el acceso a estos se define a través de la manera en cómo cada persona participa en la economía del país; de esta manera, quienes trabajan en la industria y los servicios son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, y quienes trabajan para el Estado mexicano tienen derecho al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, una situación similar se da en los trabajadores de las fuerzas armadas, petróleos mexicanos y otras empresas del estado, en todas estas el financiamiento es tripartita (Estado, patrón y trabajador); las personas que no forman parte de la economía formal pueden atenderse en el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) o en la Secretaría de Salud. Para esta población, el financiamiento es bipartidista, ya que el estado aporta una parte y la persona atendida solo lo hace si tiene los recursos económicos necesarios. Y finalmente, para quienes independientemente de su inserción laboral tienen capacidad de pago, están los servicios privados de salud. Entonces, queda de manifiesto que el acceso a los servicios de salud tiene un trasfondo de carácter económico importante, sin embargo, es necesario destacar que los recursos para la atención, el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en las diferentes instituciones del sector salud guardan amplia diferencia.

La regulación sanitaria en general y la del mercado de salud en particular, son dos aspectos que determinan la salud sobretodo en cuestión de riesgos, la misión de la Comisión Federal Para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) es: “Proteger a la población contra riesgos a la salud provocados por el uso y consumo de bienes y servicios, insumos para la salud, así como por su exposición a factores ambientales y laborales, la ocurrencia de emergencias sanitarias y la prestación de servicios de salud mediante la regulación, control y prevención de riesgos sanitarios”.¹¹

Si bien en los últimos años se han realizado esfuerzos para prohibir gran cantidad de los llamados “productos milagro”; mismos que en un correcto apego al lenguaje, lo de milagro debiera sustituirse por fraude, es decir debieran llamarse productos fraude; por ejem-

plo, en Brasil, para referirse a los plaguicidas, utilizan la palabra “agrotóxico”. En México utilizamos términos como “comida” o alimentos chatarra cuando, por lógica elemental, debiéramos considerar que si es chatarra no debiera alcanzar la categoría de “alimento o comida”; asimismo, consideramos que no solo es cuestión semántica sino que conceptualmente el significado es distinto. La COFEPRIS ha publicado una lista de 236 productos fraude, mismos que aseguran curar de todo, obesidad, alopecia, diabetes, SIDA, depresión, envejecimiento, frigidez, disfunción eréctil y muchas otras más; estos se comercializaban con la leyenda: “Este producto no es un medicamento, su uso es responsabilidad de quien lo recomienda y de quien lo consume”, lo cual deja desprotegida a la población poco informada y con gran necesidad de buscar solución a sus problemas de salud. Desafortunadamente, estos productos se siguen comercializando en el mercado informal pese a su prohibición.

Pero además, existen otros riesgos para la salud (en epidemiología se considera como “riesgo” a la probabilidad de que suceda un evento derivado de la presencia o ausencia de una condición determinada) que ni las autoridades ni las personas asumen como tal; un ejemplo de ello sería la eliminación adecuada de focos ahorradores, ya que estos contienen gas mercurio el cual es altamente tóxico;¹² así como también el caso de las prendas de vestir en las que se utilizaron colorantes que contienen metales pesados,¹³ y que se fabrican en países de oriente, donde la regulación sanitaria es aún más laxa, sin embargo, mucha de esta ropa se comercializa libremente en nuestro país;

otro caso sería el uso de incienso en varitas de bambú por su alto contenido de plomo, benceno, formaldehidos y partículas finas,¹⁴ mismos que representan un riesgo potencial para serios padecimientos respiratorios y neoplásicos.

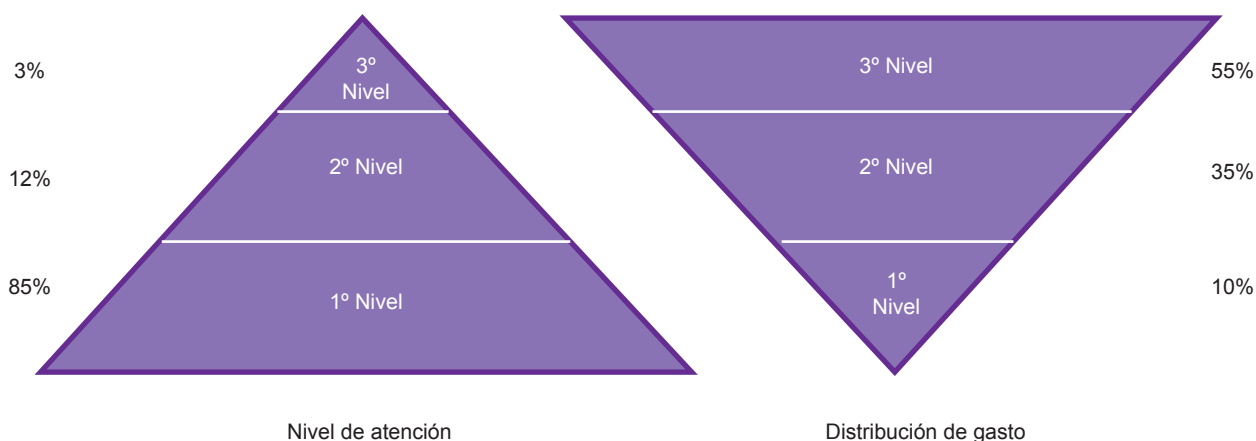
El modelo de atención, la inversión y el gasto en salud

Probablemente, uno de los requerimientos más urgentes para elevar la calidad de los servicios y garantizar el derecho a la salud de todos los mexicanos, sea lograr una inversión eficiente, el diseño actual del Sistema Nacional de Salud favorece el enfoque clínico, curativo y hospitalario de alta tecnología; sin embargo, se estima que hasta el 85% de los problemas de salud pueden resolverse, prevenirse o controlarse en el primer nivel de atención, no obstante a este nivel solo se le asigna el 10% de los recursos económicos. En contraparte, al 15% de la problemática de salud que se atiende en el segundo y tercer nivel de atención se le asigna el 90% del presupuesto (figura 1).

Definitivamente, la atención a la salud entre otras cosas es cuestión de recursos humanos (enfermeras y médicos) y financieros (gasto en salud como proporción del Producto Interno Bruto), la realidad nacional en este sentido es poco halagadora.

México todavía enfrenta un déficit relativo de enfermeras, este personal representa más del 50% del total de personal de salud, hasta el año 2013 se tenían registradas un total de 223 284 enfermeras,¹⁵ para atender a una población de 118 395 053 habitantes,¹⁶ siendo el indicador

Figura 1. El modelo de atención, la inversión y el gasto en salud



Fuente: Comisión de Salud del Senado de la República LX Legislatura

de enfermeras por 1000 habitantes de 1.89 para la población total, lo que según criterios internacionales lo ubica como cobertura baja.

La cobertura de atención médica a nivel nacional es de 1.6 médicos por cada 1000 habitantes, este mismo indicador para Brasil es de 1.64, para Canadá de 1.91, para Estados Unidos de Norteamérica de 2.25 y para Argentina es de 3.21 médicos.¹⁷

De acuerdo con el Banco Mundial, para el año 2012, el gasto total en salud, que es la suma del gasto público y privado en salud, y que incluye: la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y los servicios sanitarios, México gastó en salud tan solo el 6.1% del PIB, a diferencia de países como Haití 6.4%, Honduras 8.6%, Brasil 9.3%, Canadá 10.9% o Estados Unidos de Norteamérica 17.9%. Incluso, dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), nuestro país es el que menor inversión en salud tiene.¹⁸

Las estadísticas de la OCDE sobre la salud para 2014 en México indican que en 2012, el gasto total en salud de México representó el 6.2% de su PIB, este porcentaje se encuentra entre los más bajos de los países miembros (solo por encima de Estonia y Turquía) y muy por debajo del promedio de los países de la OCDE que es de 9.3%; asimismo, la expansión en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados se ha incrementado hasta alcanzar 50%, sin embargo, el promedio de este organismo es de 72%; el gasto en ha aumentado particularmente en el sector hospitalario.

En cuanto a los recursos humanos para la salud, las estadísticas de la OCDE muestran que desde el año 2000, el número de médicos per cápita se ha incrementado substancialmente en nuestro país, pasando de 1.6 por cada 1000 habitantes en el 2000, a 2.2 en el 2012; sin embargo, esta cifra sigue siendo inferior al promedio de la OCDE que es de 3.2. El número de enfermeras ha aumentado también, incrementándose de 2.2 enfermeras por cada 1000 habitantes en el 2000, a 2.6 en el 2012. Esta cifra sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE, que es de 8.8 enfermeras por cada 1000 habitantes.¹⁹

Desde hace más de diez años, el Dr. Julio Frenk propuso lograr un sistema único de salud^{20,21} que fuera universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta

calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo y totalmente democratizado, para lo cual habría que fusionar las instituciones de salud existentes. Sin embargo, será necesario conciliar un gran número de fuerzas e intereses institucionales, políticos, partidistas, sindicales y hasta empresariales.

Consideraciones finales

Los determinantes sociales de la salud para el caso de enfermería tendrían que ver con que en la práctica diaria se interiorizaran más las acciones de enseñanza del cuidado, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y educación para los hábitos consumo familiar en la vida diaria; asimismo, se deberá empezar a trabajar en dar seguimiento a la población sana. En este sentido, las escuelas y facultades de enfermería deberán incorporar, en todos los niveles de formación, los elementos teóricos y conceptuales, y ser consistentes en la práctica clínica, cambiando el escenario tradicional de aprendizaje del eminentemente hospitalario, a otros en cuyo ejercicio la enfermería pueda aportar sus conocimientos, habilidades y destrezas en los escenarios comunitarios, del hogar, la familia y del centro de salud, es decir, de todos aquellos escenarios donde la población vive y trabaja.

Si bien los determinantes sociales de la salud son un constructo producto de la desigualdad, y que en gran parte están condicionados a intereses económicos y políticos, la aportación del gremio de enfermería podría consolidarse en la enseñanza del cuidado enfocado a los hábitos de consumo, ya que muchos de los riesgos para la salud son tan inherentes a la cultura que ni siquiera se perciben como peligros potenciales.

Finalmente, considerando que uno de los procesos de trabajo de enfermería es la participación en políticas públicas y que, además, la mitad de todos los trabajadores de la salud son del área de enfermería, se podría, a través de la organización social, convencer a los tomadores de decisiones para lograr una distribución más equitativa del gasto que se hace en salud, así como de la distribución por nivel de atención a la salud, a fin de llevar más acciones enfocadas para que la población sana permanezca sana. Así, también deberían hacerse llegar a los tomadores de decisiones las investigaciones sobre los modelos y las prácticas de cuidado a la salud que hayan mostrado su efectividad y sus resultados en beneficio de la población.

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. New York: Conferencia Sanitaria Internacional; 1946. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
2. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos métodos estrategias. Barcelona: Ed. Masson; 1995. Pp. 1-41.
3. Valverde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pub Mex*. 2002;44(4):349-3.
4. Maldonado G, Mendiola S. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2009. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>
5. Hernández-Conesa J. Fundamentos de la enfermería, teoría y método. Madrid, España: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. Pp. 45-52.
6. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería. Barcelona, España: Harcourt, S.A.; 2002. Pp. 91.
7. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. México: 2ª ed. Mc Graw Hill Interamericana; 2005. Pp. 2.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federación; 2013.
9. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):221-4.
10. Salcedo-Álvarez RA, Huerta-González S, Bustamante-Edquen S. Enfermería: la némesis de la ciencia y la filosofía del cuidado. *Enf Neurol*. 2013;12(2):98-101.
11. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Misión y Visión. Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios. Ciudad de México, México: COFEPRIS; 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/que-hacemos>
12. Doadrio Villarejo AL. Ecotoxicología y acción toxicológica del mercurio. *Anal Real Acad Nac Farm*. 2004;70(4):933-959.
13. Dos Santos A, Cervantes F, Van Lier J. Review paper on current technologies for decolourisation of textile wastewaters: Perspectives for anaerobic biotechnology. *Bioresour Technol*. 2007;98(12):2369-2385.
14. Gavidia T, Pronczuk J, Sly P. Impactos ambientales sobre la salud respiratoria de los niños. Carga global de las enfermedades respiratorias pediátricas ligada al ambiente. *Rev Chil Enf Respir*. 2009;25(2):99-108.
15. Reporte del personal de enfermería por entidad federativa. Secretaría de Salud México. Ciudad de México, México: Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos Humanos; 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/>
16. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población en México, 2010-2050. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
17. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2008. Washington DC: Oficina Sanitaria Panamericana; 2008. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm.
18. Gasto en salud porcentaje total del PIB 2012. Zurich, Suiza: Banco Mundial; 2012. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.
19. Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 en México. París, Francia: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); 2014. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>.
20. Frenk J, Gómez O, Knaul F. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Organ*. 2009;87(7):542-548.
21. Frenk J. The world health report 2000: Expanding the horizon of health system performance. *Health Policy and Planning*. 2010;25(5):343-345.

Cómo citar este artículo:

Salcedo-Álvarez RA, Zárate-Grajales RA, González-Caamaño BC, Rivas-Herrera JC. Los determinantes sociales de la salud, el caso de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(2):139-44