# DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD

# COORDINADORES: GUILLERMO CAMPOS Y COVARRUBIAS MARÍA DE LOS ANGELES RODRÍGUEZ CASILLAS

NORMA CRUZ MALDONADO ELIA LÁZARO JIMÉNEZ





# Dimensiones sociales de la salud

Guillermo Campos y Covarrubias María de los Angeles Rodríguez Casillas Norma Cruz Maldonado Elia Lázaro Jiménez

Coordinadores





2018

### DIRECTORIO

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Enrique Graue Wiechers

Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez

Secretario Administrativo

Dr. Alberto Ken Oyama Nakagawa

Secretario de Desarrollo Institucional

Dr. Javier de la Fuente Hernández

Secretario de Atención a la Comunidad Universitaria

Dra. Mónica González Contró

Abogada General

Mtro. Néstor Martínez Cristo

Director General de Comunicación Social

# ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Mtra. Leticia Cano Soriano

Directora

Mtra. Carmen Casas Ratia

Secretaria General

Mtro. Jorge Hernández Valdés

Secretario Académico

Lic. José Armando Hernández Gutiérrez

Secretario Administrativo

Lic. Fernando Cobian Coronado

Secretario de Planeación y Vinculación

Lic. Humberto Isaac Chávez Gutiérrez

Secretario de Apoyo y Desarrollo Escolar

Lic. David Martínez Dorantes
Oficina Jurídica
Mtro. Francisco Calzada Lemus
Coordinador del Programa de Maestría
en Trabajo Social
Lic. Juliana Ramírez Pacheco
Jefa de la División de Estudios de Posgrado
Lic. Norma Angélica Morales Ortega
Jefa de la División de Estudios Profesionales
Dr. Pedro Isnardo de la Cruz Lugardo
Coordinador de Investigación
Lic. María Eunice García Zúñiga
Coordinadora del Sistema
Universidad Abierta y Educación a Distancia

Mtra. Rubria Mónica Fernández Rivera
Coordinadora del Centro
de Educación Continua
Lic. Juan Sánchez Brito
Coordinador de Comunicación Social
Mtra. G. Araceli Borja Pérez
Coordinadora del Centro de Información y
Servicios Bibliotecarios
Mtra. Adriana Hernández Morales
Jefa del Departamento de Publicaciones
Lic. Mónica Escobar Escobar
Jefa del Departamento de Fomento Editorial

1a. edición



D.R. © 2018 Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria. Delegación Coyoacán, C.P. 04510. Cd. Mx. Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM

Primera edición

ISBN 978-607-30-0113-7

Diseño de Portada : Alejandra Carolina Ramírez Cázares

Cuidado de la edición: Departamento de Publicaciones ENTS Prohibida su reproducción parcial o total por cualquier medio sin autorización escrita de su legítimo titular de derechos. Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Hecho en México.

# ÍNDICE

Prese	ntación	8
I. De	eterminantes sociales de la salud	
	Desafíos sociodemográficos y epidemiológicos para el cuidado de la salud de la población mexicana en la primera década del siglo XXI	9
	Carolina Martínez Salgado	
	¿Cómo entender los determinantes sociales de la salud?	23
	María de los Ángeles Rodríguez Casillas, Norma Cruz Maldonado	
	Determinantes sociales de la salud a partir del Sistema de Salud de México  Aída Imelda Valero Chávez	35
	Los determinantes sociales en el campo de la salud: una mirada socioantropológica y del Trabajo Social Guillermo Campos y Covarrubias	43
II. Ir	nvestigación e intervención social en las enfermedades crónico-degenerativas	
	Factores de riesgo social modificables	50
	Blanca Lilia Gaspar del Ángel	
	Intervención social en las enfermedades crónico-degenerativas  Lydia Elena Pérez Márquez	57
	Vulnerabilidad socioeconómica de pacientes fumadores con enfermedad vascular cerebral, INNN, México, 2011	62
	Roger Humberto Quintana Carrillo, Edgar Alberto Quintana Carrillo, Miriam Mercedes Matamoros Márquez, Daniel San Juan Orta, Lucinda Aguirre Cruz, Óscar Francisco Espinosa Hernández	
	El cuidador primario informal del enfermo de Huntington	74
	Norma Cruz Maldonado, María de los Ángeles Rodríguez Casillas, Rita Miriam Montiel Espinosa, Blanca Lilia Gaspar del Ángel	

_
_/

131

III.	La importancia del contexto sociocultural en el proceso salud-enfermedad-atención	
	El impacto de la violencia en la salud	84
	Norma Cruz Maldonado, María de los Ángeles Rodríguez Casillas	
	Dolor y cuidados paliativos: La experiencia y la atención	92
	Anabella Barragán Solís	
	La comunicación médico-paciente en un contexto intercultural	102
	Alfredo Paulo Maya	
	La discapacidad y su relación con la salud	108
	Elia Lázaro Jiménez	
IV.	Consideraciones bioéticas en investigación e intervención en salud	
	Ciencia y ética en un mundo globalizado	115
	Felipe Ramírez Peña	
	Bioética en investigación y en Trabajo Social	123
	Tirso Zúñiga Santamaría, Adriana Ochoa Morales	

Semblanzas curriculares

# **PRESENTACIÓN**

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la salud tiene tres dimensiones: física, social y mental, en esta triada convergen muchos más factores que la hacen un sistema complejo que tiene lugar en múltiples niveles interconectados y jerarquizados; de ahí que también sean múltiples los desafíos que debemos enfrentar en la atención integral de la salud de una población, y más aún, en la reducción de las desigualdades sociales en salud.

El siguiente texto es el resultado del compromiso de distintas figuras académicas, quienes participaron en el Foro "Dimensiones sociales de la salud", acto que generó un espacio de discusión y reflexión multidisciplinaria en torno al contexto en el que se enmarcan los principales problemas de salud en nuestro país, así como las oportunidades y retos para su atención.

La siguiente obra, dividida en cuatro secciones, da cuenta de ello.

El primer apartado, *Determinantes sociales de la salud*, ofrece un marco general para comprender los aspectos que determinan la conservación de la salud. Se incluye una sucinta descripción de algunos de los rasgos más sobresalientes del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población mexicana y se identifican los principales retos que se deben enfrentar en el cuidado de la salud y los recursos disponibles para ello.

Presenta las bases conceptuales, paradigmas y modelos involucrados en el análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS). Muestra una breve descripción histórica de la directriz de la OMS para el estudio de los determinantes sociales de la salud, así como de los marcos teóricos para su estudio. Asimismo, describe los rasgos más distintivos del Sistema Nacional de Salud y las características de la intervención profesional del Trabajo Social en esta área.

El segundo apartado, *Intervención e investigación social*, en las enfermedades crónico-degenerativas reflexiona respecto de la dirección que debe orientar la intervención social en las enfermedades crónico-degenerativas. Realiza una breve comparación de los paradigmas de la salud poblacional, y pone en la mesa de discusión los conceptos relacionados en el campo de lo social: la trilogía "illness", "disease" y "sickness". Analiza los factores de riesgo modificables desde el enfoque de los estilos de vida y de los determinantes sociales. En particular, expone el ejemplo de la intervención en salud desde el Trabajo Social en una institución que brinda atención de alta especialidad a personas que presentan alguna enfermedad respiratoria en México.

En materia de investigación se presentan los resultados de dos estudios. El primero indaga la situación socioeconómica de pacientes fumadores atendidos en un centro de tercer nivel que presentaron un evento vascular cerebral atribuible al tabaquismo y los costos de atención médica que esto genera. El segundo analiza la asociación del nivel de independencia del enfermo, el apoyo social y las relaciones intrafamiliares con el grado de sobrecarga que presenta el cuidador primario informal del enfermo de Huntington, y las repercusiones derivadas de esta enfermedad.

En el tercer apartado, La importancia del contexto sociocultural en el proceso salud-enfermedad-atención, se analiza el impacto que ha tenido el cambio demográfico y epidemiológico en la atención a la salud. Dicho proceso nos ha llevado a transitar de las enfermedades transmisibles a los padecimientos crónico degenerativos que implican una gran carga económica y social, y tienen como común denominador el dolor. Por ello, se aborda el dolor como una experiencia única del sujeto y significada a partir de su marco sociocultural.

Expone la comunicación médico-paciente como uno de los elementos esenciales en el proceso de salud-enfermedad-atención, una díada que no solo debe ser vista como un mero intercambio de información, sino que implica la expresión de los contextos socioculturales de los actores, particularmente en aquellos generados por la violencia en todos sus niveles.

Finalmente, el cuarto apartado *Consideraciones bioéticas en investigación e intervención* expone la ética profesional como un elemento nodal en el campo de salud que ha cobrado especial importancia en los últimos años por la cronicidad de las enfermedades y las diversas implicaciones que tiene para el enfermo y su familia. Presenta las consideraciones a atender en la investigación con seres humanos, no solo en el desarrollo de pruebas sino incluso en la divulgación de resultados y profundiza en el análisis de la ética en la investigación científica, sin olvidar las particularidades que tiene esta acción para el Trabajo Social.

Esperamos pues, que el esfuerzo (y los distintos puntos de vista) de los diferentes actores académicos que participaron en el Foro, abone a la comprensión de las distintas dimensiones sociales de un fenómeno tan complejo como lo es la salud-enfermedad.

Guillermo Campos y Covarrubias María de los Angeles Rodríguez Casillas Norma Cruz Maldonado Elia Lázaro Jiménez *Coordinadores* 

# DESAFÍOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN MEXICANA EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI

Carolina Martínez Salgado

### Resumen

Este trabajo describe los rasgos más sobresalientes del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población mexicana a finales de la primera década del siglo XXI, con la intención de delinear los principales desafíos que esto plantea para el cuidado de la salud de sus integrantes. Previo a esta presentación se explica la propuesta interpretativa desde la cual está elaborada la versión de estos desafíos, y la relación que se postula entre las condiciones de vida de la población y su problemática de salud. Puesto que se considera a la atención médica profesional como la alternativa más eficaz de la que se dispone en las sociedades actuales para hacer frente a los daños a la salud que se fraguan en el mundo en el que vive la población, el trabajo concluye con un planteamiento de los contrastes que existen entre los desafíos identificados y los recursos para la atención médica disponibles para los integrantes de los distintos grupos de la población, y un comentario crítico sobre la dirección en la que apuntan las propuestas centrales de la actual gestión del sector gubernamental a cargo de su cuidado.

Palabras clave: Desafíos sociodemográficos, perfil epidemiológico, México a principios del siglo XXI, interpretaciones alternativas.

### **Abstract**

This paper describes the most outstanding features of the sociodemographic and epidemiological profile of the Mexican population at the end of the first decade of the 21st century to underline the main challenges that this poses for the health care of its members. Prior to the presentation the interpretative proposal is explained. It deals with the comprehension of the complex relationships between the living conditions of the population and their health problems. Professional medical care is considered as the most effective alternative available in present-day societies to cope with the health damages that society creates in the world in which the population inhabits. The work concludes with a reflection about the contrasts between the challenges for health construction identified, and the resources effectively available for medical attention among the members of the different groups of the population, and with a critical comment on the direction in which the central proposals of the current health public policy is pointing.

Keywords: Sociodemographic challenges, epidemiological profile, Mexico at the onset of XXI Century, alternatives interpretations.

# Introducción

Los problemas de salud que integran el perfil de daños a la salud de una población no son independientes de la forma en la que transcurre la vida de sus integrantes. Las enfermedades que padecen y aquellas que finalmente los conducen a la muerte son una consecuencia no solo de sus predisposiciones genéticas y de sus características demográficas, sino también, en muy buena medida, de las circunstancias en las que transcurre su vida y los riesgos para la salud que ahí se originan (Córdova *et al.*, 1989; Martínez y Leal, 2003; Martínez, 2009).

Precedida por algunas consideraciones sobre la mirada desde la cual está construida la propuesta interpretativa antes mencionada, en las siguientes páginas se ofrece una sucinta descripción de algunos de los rasgos más sobresalientes del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población mexicana a finales de la primera década del siglo XXI, para delinear los principales desafíos que esto plantea para el cuidado de la salud de sus integrantes. Y cómo, en las sociedades actuales la alternativa más eficaz de la que se dispone para hacer frente a los daños a la salud así ocasionados es la atención médica profesional. Para concluir se plantea un contraste entre los desafíos identificados y los recursos para la atención médica disponibles para los integrantes de los distintos grupos de la población, con un comentario final sobre la dirección en la que apuntan las propuestas centrales de la actual gestión del sector gubernamental a cargo de su cuidado (SSA, 2013).

# 1. La información y su interpretación

En nuestros días, la información sociodemográfica y epidemiológica que se encuentra al alcance del investigador es cada vez más abundante. También lo son los recursos tecnológicos de los que dispone para lograr un rápido acceso a ella, y para su análisis estadístico a través de modelos cada vez más sofisticados. Sin embargo, al trabajar con esta información no pueden dejarse de lado los dos siguientes problemas: la calidad de la información y la manera en la que esta se interpreta.

# 1.1 ¿Qué puede verse a través de la información?

Como bien lo saben los expertos que trabajan con ella, muy en especial quienes se encuentran involucrados en su generación, los problemas con la calidad de la información no son pocos. Esta se encuentra sujeta a diversos grados de imprecisión, a causa de una combinación de situaciones que van desde la complejidad del evento medido, su dinámica y las dificultades prácticas para su medición, hasta los problemas administrativos de las instancias que se ocupan de la generación de los datos y, desde luego, el no menos delicado asunto de la influencia que en todo esto pueden tener los intereses en juego (Martínez y Leal, 2000 y 2000a; Martínez, 2004). De esta suerte, lejos de esperar una fidelidad exacta entre los datos y los hechos a los que se refieren, conviene examinar en detalle cómo se construye la información con la que se trabaja.

En el ámbito que aquí nos ocupa, hay que saber que los procesos sociodemográficos y epidemiológicos son muy dinámicos, cada uno con su propia temporalidad y con interrelaciones entre eventos y situaciones ocurridos en distintos planos, con efectos que suelen tener también diversos "tiempos de latencia" y que, por lo tanto, no son simples, lineales ni unívocas, sino altamente complejas. Un dinamismo de esta complejidad podría entenderse mejor, quizá, si se lo imaginara como la trama de una obra de teatro o de una película en la cual nos encontráramos con una multiplicidad de historias que se entrecruzan entre sí de la manera más abigarrada.

Para intentar dar alguna idea de algunos de estos procesos y las situaciones a las que dan lugar se echará mano de diversas fuentes de información, cada una de las cuales tiene sus propios alcances y limitaciones que, sin embargo, no tendremos ocasión de detallar aquí, pero que pueden conocerse si se revisan con atención sus respectivas secciones metodológicas.

Por lo demás, el análisis de la información puede dar lugar a las más diversas interpretaciones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones y consecuencias. Pese a ello, por lo común se procede como si la información pudiera "hablar por sí misma", sin pasar por la mirada y por el sentido que le otorgan los expertos que la recogen, examinan e interpretan (Little, 1998; Martínez y Leal, 2000, 2000b y 2003). Es por eso que antes de exponer el panorama sobre los desafíos sociodemográficos y epidemiológicos para el cuidado de la salud de la población mexicana al terminar la primera década del nuevo siglo que puede observarse a través de los datos elegidos, se explicará, aún si es muy brevemente, la propuesta interpretativa desde la cual está construida la versión que aquí se expone.<sup>2</sup>

### 1.2 Una propuesta interpretativa

Esta propuesta se fundamenta en el conocimiento generado por la medicina, la epidemiología social crítica y la sociodemografía. Postula que el perfil de daños a la salud de una población, y su curso al paso del tiempo, son el resultado de las constelaciones de riesgos que se configuran en el mundo en el que dicha población vive (Martínez, 2004). Por constelaciones de riesgos se entiende aquí a las muy diversas combinaciones de circunstancias que se convierten en las vías o caminos por los que los integrantes de los distintos grupos de la población transitan hasta la llegada a la ocurrencia de cada uno de los problemas de salud que integran el perfil de daños que los afecta; problemas que eventualmente podrían llegar a ser evitados o al menos modificados si cambiaran las circunstancias en las cuales se originan (Martínez, 2011). Esta propuesta sostiene que la configuración de dichas constelaciones de riesgos deriva del curso que se da a las economías y a la organización de las sociedades en cada momento histórico, con numerosas consecuencias sobre la vida de los integrantes de los distintos grupos de la población. Para trabajar desde una perspectiva como esta ha sido necesario complementar las aproximaciones sociodemográficas y epidemiológicas con el estudio de la dimensión histórico-política que permite entender cómo las sociedades se gestan, y buscar nuevos elementos epistemológicos para enriquecer la comprensión de cómo esto influye en la generación de los problemas de salud (Martínez y Leal, 2003; Martínez, 2011). Pero en esta ocasión no profundizaremos en los elementos teóricos de la propuesta interpretativa, sino que nos limitaremos a mencionarla como marco desde el cual se seleccionan e interpretan las piezas de información que aquí se presentan.

Esta propuesta interpretativa parte de tres postulados centrales. Primero: el perfil de daños a la salud que afecta a las poblaciones humanas en cada época de su historia guarda una estrecha relación con el mundo en el que viven, que es donde dicho perfil se configura. Segundo: la identificación de las circunstancias en las que se originan las enfermedades que constituyen ese perfil es lo que puede orientar los cambios que una sociedad ha de emprender para evitar, o al menos para disminuir, la ocurrencia de los padecimientos que lo integran. Tercero: un gobierno responsable no se desentiende de la regulación de los riesgos en los que transcurre la vida de su población, ni del cuidado que demandan los daños que estos ocasionan (Martínez y Leal, 2000b y 2003).

- 1 Como, por lo demás, las fuentes más serias advierten a sus usuarios.
- 2 Propuesta desarrollada y presentada por la autora en trabajos previos (Martínez, 2004 y 2011).

Con base en estos postulados, la propuesta considera necesario atender a los tres siguientes conjuntos de componentes para estudiar el perfil de daños a la salud de la población mexicana (Martínez, 2004): en primer término, los que hablan de las características de la población y el mundo en el que transcurre su vida, como contexto en el que se gestan las constelaciones de riesgos para su salud; en segundo término, los que describen el perfil de daños a la salud que ahí se forja; y en tercero, los que se refieren a los servicios de atención médica con los cuales se hace frente a esos problemas (esquema 1).

# 2. La población y el mundo en el que vive: constelaciones de riesgos para la salud

El primer conjunto de componentes a considerar es el que se ocupa de la población mexicana,<sup>3</sup> de sus características demográficas y las peculiaridades del mundo en el que transcurre su vida, en tanto que es en esas circunstancias materiales, económicas, sociales, culturales y emocionales en las que se forjan las constelaciones de riesgos a las que se encuentran expuestos sus integrantes a lo largo de su vida. De los numerosos componentes que forman parte de este gran conjunto nos aproximaremos aquí solamente a unos cuantos para tratar de mostrar algunos de sus rasgos más llamativos, a través de la información proporcionada por el INEGI (2011 y 2014).

# 2.1 La población: su magnitud y crecimiento

El censo de población levantado en 2010 encontró en el país un total de 112,336,538 habitantes (INEGI, 2011), un número cuatro veces mayor que el que se contabilizó a mediados del siglo XX (en 1950) y ocho veces mayor que el reportado a comienzos de ese siglo (en 1900) (gráfica 1). Sin embargo, la tasa de crecimiento poblacional, que fue en aumento durante buena parte del siglo XX, había empezado a disminuir ya para 1970 y hoy día es casi tan baja como la que se observaba a comienzos del siglo pasado, si bien con una dinámica demográfica radicalmente distinta de la que prevalecía en aquel entonces.<sup>4</sup> Hoy día, como lo señala el INEGI (s/f), este considerable monto de población ubica al país en el onceavo lugar en el mundo por su número de habitantes.

# 2.2 Su estructura de edad y sexo

En el año de 2010 se encontró que del total de habitantes del país, poco más de la mitad eran mujeres (51.2%) y poco menos de la mitad, hombres (48.8) (INEGI, 2011). En cuanto a su estructura de edad, como lo muestran las pirámides respectivas, de 1950 a nuestros días se produjo un incremento paulatino de los adultos y los adultos mayores, con una disminución relativa de los menores de cinco años (gráfica 2). Este es el proceso al que suele designarse como envejecimiento poblacional. Pese a ello, en 2010 la edad mediana de la población fue de 26 años<sup>5</sup> lo que revela que México tiene aún una población predominantemente joven. En efecto, si se considera al subgrupo de la población en edad productiva (de 15 a 64 años, entre quienes se cuentan también, por cierto, los que forman parte de la población en edad reproductiva), puede observarse que estos constituyen la mayor parte de la población.

Se conoce como razón de dependencia a la relación entre la cantidad de personas en edad de trabajar y las que no lo están porque se encuentran en la primera o en la última etapa de la vida. Dado el elevado monto de población joven que residía en el país en el año 2010, esta razón se calculó en 55 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar. De esos 55 dependientes, 45 lo eran por encontrarse en la infancia y los 10 restantes por estar en la vejez. Si se lo compara con las relaciones que se daban en décadas previas, se diría que la población mexicana se encuentra hoy día en un momento privilegiado en este aspecto (gráfica 3). Sin embargo, esto ocurre solo en términos demográficos. Porque la posibilidad de que la población en edad productiva encuentre, en efecto, empleos adecuadamente remunerados como para sostener a la población dependiente no se relaciona solo con sus características demográficas, sino sobre todo con las características de la economía del país. Y, como lo muestran otras fuentes que aquí no tendremos ocasión de examinar, esta última se encuentra muy lejos de poder ofrecer los empleos que se requerirían para aprovechar la riqueza potencial que ofrece este momento demográfico.

# 2.3 El mundo en el que vive

De la abundante información que ofrecen los censos de población y otras encuestas levantadas en el país sobre las condiciones socioeconómicas y culturales en las que vive la población, vamos a circunscribirnos aquí exclusivamente a tres aspectos, que en esta propuesta interpretativa se consideran fundamentales: primero, la ocupación de los económicamente activos, no solo por los riesgos para la salud que la ocupación determina, sino también porque es de ella de donde obtienen los ingresos que les permitirían a ellos y sus dependientes económicos tener acceso a ciertos bienes y servicios importantes para el cuidado de la salud; segundo, lo que puede averiguarse sobre sus niveles de ingreso a partir de la información censal; y tercero, un indicador con el que intentaremos dar una idea de los extremadamente diversos escenarios en los que transcurre la vida de los integrantes de los distintos grupos de la población mexi-

<sup>3</sup> Con sus respectivas dotaciones genéticas de las cuales, sin embargo, no nos ocuparemos aquí.

<sup>4</sup> En especial por las mucho más reducidas tasas de fecundidad y de mortalidad infantil que se observan en nuestros días

<sup>5</sup> Esto significa que el 50% de la población está por debajo de esa edad, y el 50% restante por encima de ella.

cana: su distribución regional en poblados que van desde los más pequeños asentamientos rurales, las pequeñas y medianas ciudades, hasta las enormes y abigarradas megalópolis; en cada uno de estos contextos la vida económica, social, cultural y afectiva de quienes ahí residen –y los riesgos para la salud que a ella van aparejados– puede tomar las más diversas formas.

En la gráfica 4 se muestra la situación que guardaban para 2010 los dos primeros aspectos mencionados, y los cambios registrados en la primera década del siglo. Se observa que la población económicamente activa ocupada se ubicaba predominantemente en el sector terciario de la economía (comercio y servicios), en tanto que una proporción cada vez menor se ganaba la vida en el sector agropecuario, y la ocupación en el sector industrial era baja y decreciente, de modo que para 2010 no alcanzó a emplear ni a la cuarta parte de los ocupados. Esta tendencia, conocida como terciarización de la economía, se empezó a agudizar ya desde la segunda mitad del siglo pasado y continúa en aumento; lamentablemente, como se observa en la segunda parte de esta gráfica, dicha terciarización se ha dado en condiciones de una gran precarización del empleo. Como ahí puede verse –y como lo han señalado insistentemente los estudiosos del tema (Cortés, 2013)–, los niveles de ingreso de la población ocupada en México son extraordinariamente bajos. El corte utilizado por el INEGI para la elaboración de esta gráfica deja ver que, en la primera década del siglo XXI, más de la mitad de la población ocupada estaba obligada a vivir con menos de tres salarios mínimos, en su mayoría con menos de 2 salarios mínimos, y cerca de una décima parte trabajaba sin recibir ingreso alguno.

Observemos, por último, la distribución regional de la población (gráfica 5). Ya desde 1990, cerca de la mitad de los habitantes del país residían en áreas urbanas de 100,000 habitantes o más (para 2010, 131 localidades entre las que se cuentan las grandes zonas metropolitanas), proporción que se ha incrementado paulatinamente a lo largo de las últimas décadas hasta llegar, en 2010, a un 47.8%. Simultáneamente, ya desde 1990 cerca de la tercera parte de los mexicanos vivían en pequeñas localidades rurales de menos de 2,500 habitantes cada vez más atomizadas, proporción que ha ido decreciendo poco a poco, de entonces a la fecha, para ubicarse, en 2010, en 23.2% del total de la población (en 188,593 localidades). Aún si no se dijera nada más sobre las condiciones de la ocupación, ingreso, alimentación, vivienda, escolaridad, etnia, religión y tantos otros importantes aspectos más, imaginar cómo se vive en cada uno de estos asentamientos puede llevar a hacerse una somera idea de los diversos contextos en los que se originan las constelaciones de riesgos para los integrantes de los distintos grupos de la población hoy día en el país.

# 2.4 La heterogeneidad regional

Aunque no tendremos ocasión aquí de detenernos a describir las acusadas diferencias que existen entre cada una de las regiones del país, 7 no por ello podemos dejar de subrayar las grandes diferencias que pueden observarse en la proporción del total de la población que reside en cada una de ellas, sus tasas de crecimiento (fuertemente influidas por los procesos migratorios tanto dentro como fuera del país<sup>8</sup>), la estructura de edad y sexo de sus habitantes (regiones en donde predominan hombres, mujeres, niños, jóvenes, adultos o adultos mayores), su ocupación, sus niveles de ingreso, su distribución en las localidades de distintos tamaños, y lo que todo esto nos dice sobre sus condiciones de vida, más el resto de los indicadores disponibles que no pudieron ser aquí retomados (niveles de escolaridad, etnia, condiciones de la vivienda, características de los hogares, entre muchos más).

Si lo anterior se estudia desde la perspectiva de su significado como constelaciones de riesgos para la salud, lo que tenemos a la vista es que a lo largo y ancho del país coexisten las más diversas combinaciones de circunstancias que, si se las considera a la luz de sus efectos sobre el perfil de daños a la salud, pueden ser interpretadas como complejas constelaciones de riesgos que conducen a la ocurrencia de las diversas entidades nosológicas que padecen los integrantes de cada grupo de la población en cada momento y en cada lugar, todo lo cual requiere un cuidadoso estudio.

# 2.5 Desafíos sociodemográficos para el cuidado de la salud

Al reflexionar sobre el panorama antes descrito en términos de los desafíos que estas características de la población mexicana y el mundo en el que vive plantean para el cuidado de su salud, podemos resaltar lo siguiente.

A comienzos del siglo XXI en México nos encontramos con una población de magnitud considerable, que aunque a menor velocidad que a mediados del siglo pasado, aún crece; con una estructura demográfica en la que predominan las personas en edad productiva (y reproductiva) pero con una tendencia al incremento de los adultos mayores (envejecimiento poblacional); con sus integrantes económicamente activos ocupados sobre todo en el sector informal de la economía (terciarización y precarización del empleo), con una distribución muy desigual del ingreso pero, en su mayor parte, con muy bajo poder adquisitivo. De lo señalado en la sección previa se desprende también que hay evidencias de la gran diversidad con la que se distribuyen cada una de las características demográficas, socioeconómicas y culturales de la población mexicana a lo largo y ancho del territorio nacional, y en consecuencia, de la diversidad de las condiciones en las que transcurre la vida de sus integrantes.

<sup>6</sup> Que en la primera mitad del siglo pasado ocupaba a la mayor parte de la población económicamente activa.

Muchos de cuyos aspectos pueden revisarse en la amplia presentación de los resultados del censo de 2010 preparada por el INEGI (s/f) disponible en su página web, de la cual están tomadas varias de las imágenes elegidas para mostrar algunos de los aspectos aquí considerados.

<sup>8</sup> Que, como es sabido, tiene como destino predominante los Estados Unidos de América.

Para que el análisis de la rica información sociodemográfica disponible pueda conducirnos a un mejor entendimiento del curso de los fenómenos y procesos a los que se refiere, hay que interpretarla como resultado del contexto en el que estos fenómenos y procesos se configuran, sin descuidar la consideración de los cambios que este ha ido experimentando al paso del tiempo: las vicisitudes históricas por las que ha ido atravesando el país, el impacto que han tenido las decisiones económicas, políticas y sociales tomadas por cada gestión gubernamental sobre la vida de los distintos grupos de la población, con sus repercusiones sobre las tendencias demográficas y socioeconómicas y, por esa vía, sobre sus perfiles de daños a la salud (Martínez y Leal, 2003).

Si lo consideramos desde esa perspectiva, podremos ver cómo los dinámicos procesos vividos de mediados del siglo pasado a nuestros días, <sup>9</sup> han enfrentado a la población mexicana a una brusca transformación de una sociedad agrícola tradicional pobre, en una sociedad informal urbana también pobre, proceso de transformación que dejó a porciones muy grandes de la población expuestas a lo peor de los dos mundos, ante cuyos riesgos se encontraron casi inermes (Martínez y Leal, 2003). Muchos de los mexicanos que llegan al mundo en nuestros días, son criados en contextos de marginación y exclusión social y crecen para ser reclutados en alguna de las nuevas y cada vez más inciertas modalidades laborales, bajo la presión del masivo subempleo y desempleo; para reproducirse en situaciones extremadamente desfavorables; y con frecuencia, para incorporarse a las corrientes migratorias que fluyen en las condiciones más amenazantes. Dicho en breve, la población vive, desde hace décadas, bajo la égida de patrones de producción, consumo y convivencia que dan lugar a situaciones muy precarias e insalubres, para muchos apenas compatibles con la vida, y para casi todos, muy poco propicias para la construcción de la salud y la prevención de las enfermedades (Córdova *et al.*, 1989; Martínez y Leal, 2000b y 2003).

# 3. El perfil de daños a la salud

El segundo conjunto de componentes de la propuesta interpretativa con la que estamos trabajando es el perfil de daños a la salud (Martínez, 2009). Este se encuentra constituido por las enfermedades que padecen los integrantes de los distintos grupos de la población (lo que se conoce como morbilidad), por las discapacidades que estos problemas de salud ocasionan, y por los padecimientos que los conducen a la muerte (lo que se conoce como la estructura de la mortalidad por causas). La composición de este perfil de daños a la salud suele cambiar de una época a otra, y en las distintas regiones geográficas.

Las enfermedades, sostiene la perspectiva epidemiológica, son el resultado de complejas interacciones entre las características innatas (genéticamente determinadas) de las personas y los riesgos para la salud que se originan en el entorno ambiental en el que transcurre su vida (MacMahon y Pugh, 1978; Rothman, 1989). La epidemiología social, por su parte, estudia el papel que juegan las condiciones sociales en la génesis de la enfermedad, y ha reunido a lo largo de los años suficiente evidencia para sostener que los perfiles de daños a la salud son extremadamente sensible a las características de las sociedades y la ubicación que en ellas tienen sus integrantes (OMS, 2008; Eibenschutz, 2011). En cuanto a la interpretación que orienta la propuesta de la autora, esta requiere que la epidemiología se abra hacia nuevas concepciones epistemológicas, históricas, económicas y sociales que permitan ir más allá de la noción lineal de causalidad para trabajar con la complejidad de circunstancias que configuran a las constelaciones de riesgos bajo los cuales transcurre la vida de las poblaciones; una visión desde la cual el concepto epidemiológico de "tiempo" se remita al de historicidad; el concepto de "lugar", al de contexto histórico; y el concepto de "persona", al de sujetos en su contexto, con toda la rica multidimensionalidad que esto involucra. La intención es llevar a la epidemiología más allá del modelo científico que, como heredero del pensamiento cartesiano, para conocer divide, simplifica y reduce, para acercarla a otro capaz de pensar lo que nos permita superar las visiones disyuntivas que nos han llevado a oponer lo social a lo biológico, lo individual a lo colectivo, la prevención a la curación, el sujeto al objeto, y estudiar, en cambio, las mutuas conjunciones que se dan entre todas estas dimensiones (Morin, 1997; Martínez, 2004, 2009 y 2011).

Esta es la perspectiva desde la cual han de entenderse aquí los ángulos del perfil de daños a la salud que se ofrecen en las páginas siguientes: su situación actual,<sup>10</sup> así como la breve alusión que se hace a sus cambios con el paso del tiempo y a las variaciones en su distribución regional.

Las fuentes de las cuales está tomada la información que aquí se presenta son tres: la morbilidad reportada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Gutiérrez et al., 2013), la discapacidad registrada por el censo de 2010 (INEGI, 2011), y algunos análisis de la mortalidad por causa elaborados con la información de los registros de mortalidad disponibles en la hoja web de la Secretaría de Salud (INEGI, 2014a). Comenzaremos con esta última, para ocuparnos a continuación de la morbilidad y finalizar con una muy breve mención sobre la discapacidad a partir de la todavía bastante escasa información de la que se dispone a este respecto.

### 3.1 Un siglo de cambios en el perfil de la mortalidad por causas

La mortalidad por causas habla de los daños más graves que afectan a la población: los que ocasionan la muerte. Su análisis es un valioso elemento para orientar la reflexión sobre las complejas situaciones que subyacen a su ocurrencia, y puede auxiliar en la búsqueda de mejores alternativas para enfrentarla (Martínez, 2009).

<sup>9</sup> Su examen y análisis ha sido materia de trabajo de los estudiosos de la sociodemografía en el país, cuyas obras habría que consultar para encontrar los fundamentos de estas afirmaciones.

<sup>10</sup> Tal y como se puede observar a través de la información más reciente publicada a la fecha de la elaboración de este escrito.

De las 602,354 personas que fallecieron en el país en el año 2012,<sup>11</sup> la mayor parte de ellas murió a causa de alguna enfermedad del corazón (18.1%) generalmente por enfermedades isquémicas; en segundo término, por diabetes mellitus (14.1%); como tercera causa de muerte figuraron los tumores malignos (12.2%); la cuarta fueron los accidentes (6.3%) en especial los de vehículos de motor, y la quinta, las enfermedades del hígado (5.5%), cerca de la mitad de ellas por enfermedad alcohólica. Las siguientes cinco causas de defunción fueron, en ese orden, las enfermedades cerebrovasculares, las agresiones (homicidios), las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, la influenza y neumonía, y las afecciones originadas en el período perinatal (cuadro 1).

Pero aún cuando la situación que se observa en 2012 es similar a la que ha prevalecido en los años más recientes, no siempre han sido estos los padecimientos que han conducido a la muerte a los mexicanos, ni tampoco los niveles de mortalidad han sido siempre similares. Las tasas de mortalidad en el país disminuyeron en forma ininterrumpida a lo largo del siglo pasado, muy en especial la que afectaba a los niños más pequeños (Martínez y Leal, 2000). Y en el cuadro 2 puede tenerse un atisbo del dramático cambio de la mortalidad por causa de principios del siglo XX –cuando las personas morían principalmente de neumonía e influenza, diarreas y enteritis, fiebre y caquexia palúdicas, tosferina y viruela (estas últimas más tarde abatidas gracias a los programas de vacunación) – a la fecha, en respuesta a las transformaciones de las formas de vida de la población (Martínez, 2009).

El examen de las variaciones en la estructura de la mortalidad por causas para los distintos grupos de edad y sexo, y su distribución diferencial en cada una de las entidades federativas, nos permitiría ahondar en el impacto que tienen sobre los daños a la salud las condiciones socioeconómicas y culturales en las cuales transcurre la vida de los distintos grupos de la población (de las cuales nos ocupamos al considerar el primer conjunto de componentes de esta propuesta interpretativa). Pero, pese a su interés, no podremos emprender aquí ese análisis debido a que su extensión excedería con mucho los límites propuestos para esta comunicación.

# 3.2 ¿De qué enferma la población mexicana?

El segundo elemento a considerar como parte del perfil de daños a la salud es el de las enfermedades con las que la población convive hoy en día: lo que se conoce como la morbilidad. Pero la enfermedad es un objeto de estudio de bastante difícil abordaje (Martínez, 1997). Hay enfermedades de los más diversos tipos, algunas que aparecen y luego se resuelven, otras que acompañan al enfermo el resto de su vida. Además, en nuestra sociedad el marco dentro del cual adquiere sentido el concepto de enfermedad es el del conocimiento médico, que es el que permite identificar la ocurrencia de cada una de las entidades nosológicas conocidas por nuestra civilización, le pero no toda la población del país, cuando enferma, tiene acceso a estos servicios. Así que, a nivel poblacional, no son eventos fáciles de identificar ni tampoco de contabilizar. Una de las principales fuentes de información sobre ellas son los registros de los servicios de atención médica, pero hay que saber que en estos no encontraremos al total de las enfermedades que afectan a la población. Una fuente adicional son las encuestas de salud que ocasionalmente se levantan en México, cuyos alcances y limitaciones pueden deducirse al revisar la sección metodológica de cada una de ellas. Así las cosas, en esta sección recurriremos a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición levantada en el año de 2012 para intentar ofrecer al menos una muy somera visión de la morbilidad reciente.

Como se observa en el cuadro 3, las más frecuentes enfermedades por las cuales la población entrevistada consultó a los servicios médicos ambulatorios en los quince días previos a la entrevista fueron, en primer lugar, los trastornos respiratorios agudos; en segundo, padecimientos crónicos como la diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad; en tercero, problemas gastrointestinales, y a continuación, lesiones. Estos cuatro tipos de padecimientos ocasionaron más de la mitad de las consultas reportadas. Este cuadro permite observar también cómo esta patología se distribuye diferencialmente en los distintos grupos de edad, con mayor frecuencia de las enfermedades respiratorias agudas en los menores, más presencia de los problemas crónicos en los mayores, y una frecuencia relativamente similar de las enfermedades gastrointestinales en todos los grupos. Evidentemente, si se incluyera en el análisis la variable sexo, se tendría una diferenciación más fina de este cuadro.

Es de suponer, también, que un análisis más detallado de la información que ofrecen tanto los registros de los servicios médicos como las encuestas de salud que logran alguna representatividad regional, mostraría que todos estos padecimientos afectan también de distintas formas y con distinta intensidad a los habitantes de los distintos grupos de edad y sexo en cada una de las muy diversas regiones geográficas del territorio nacional. Esto hace necesario, realizar un seguimiento continuo de la forma en la que todo esto va ocurriendo en cada uno de estos espacios, para lograr una comprensión más cabal de la morbilidad, su curso y sus relaciones con el mundo en el que vive la gente (Martínez, 2009).

# 3.3 ¿Qué sabemos sobre la presencia de la discapacidad?

Revisemos, por último, lo que nos deja ver aún si es en forma muy gruesa la todavía no muy abundante ni precisa información sobre las discapacidades que aquejan a la población mexicana de la que ha empezado a disponerse. Para ello vamos a recurrir exclusivamente

<sup>11</sup> Fecha a la que corresponde la última información sobre el tema publicada por el INEGI (2014a).

<sup>12</sup> Aunque no podremos abordar aquí el apasionante debate sobre los muchos y polémicos aspectos relacionados con los alcances y limitaciones de la definición científica de la enfermedad.

a la información provista por el censo de 2010 (INEGI, 2011), aún cuando la ENSANUT-12 ofrece también alguna información al respecto que podría contrastarse con la anterior.

Como puede verse en el cuadro 5, el censo de población registró a más de cuatro y medio millones de personas con alguna discapacidad. Dada la forma en la que se indagó con este instrumento al respecto, es de imaginar que se tratará muy probablemente de solo una porción de las discapacidades: aquellas que son más evidentes y fácilmente perceptibles. Por los resultados que ahí se observan, son también las que afectan principalmente a los adultos mayores. De ellas, casi la quinta parte es la limitación para la marcha y el movimiento, pero las discapacidades visuales y auditivas también muestran su importancia. Sin embargo, es mucho lo que queda aún por indagar sobre este importante elemento del perfil de daños a la salud de la población mexicana.

# 3.4 Desafíos epidemiológicos para el cuidado de la salud

Los principales desafíos epidemiológicos derivados de la exposición de los integrantes de los distintos grupos de la población a las constelaciones de riesgos constituidas por las formas de vida que su sociedad les depara, de acuerdo a la información aquí revisada, serían los siguientes.

Nos encontramos ante una población cuya vida cotidiana transcurre en medio de episodios de enfermedades infecciones, respiratorias y gastrointestinales, a la vez que pasa la vida aquejada por diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, obesidad, lesiones (accidentes y violencias) y algunos otros padecimientos no fáciles de resolver. Una población con un monto considerable de discapacidad, en especial en las edades más avanzadas de la vida, que fallece predominantemente por enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, tumores malignos, accidentes, enfermedades hepáticas, enfermedades cerebrovasculares y problemas perinatales.

Más allá de la información aquí revisada, y de acuerdo al seguimiento que hemos realizado en trabajos previos que incluyeron la revisión de otras fuentes (Martínez, 2009), podríamos añadir que el perfil de daños a la salud en México parece cursar hacia nuevos y cada vez más difíciles momentos caracterizados por:

- a) el incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles, que no esperan hasta las edades avanzadas para hacer su aparición, con una historia natural que transcurre en condiciones de pobreza y, muy frecuentemente, al margen de la atención médica;
- b) la elevada incidencia de enfermedades transmisibles, tanto las de presencia ancestral en el país como las de reciente aparición (como VIH/SIDA), además del retorno de otras que se llegó a creer estaban ya superadas (cólera, malaria), solo que ahora en una era de resistencia bacteriana y nuevos, pero demasiado costosos medicamentos;
- c) nuevas y complejas constelaciones de riesgos que, sin haber desaparecido aún las antiguas, se suman a ellas para complejizar la ocurrencia de los distintos tipos de lesiones accidentales y violentas (incluyendo el homicidio y el suicidio);
- d) todo ello en una población de más de 100 millones de personas, con proporciones crecientes de adultos y adultos mayores cuya existencia transcurre en las más heterogéneas condiciones de riesgo;
- e) con una concentración de los daños a la salud en los sectores de menor poder adquisitivo, en un momento en el que el acceso a la atención médica se encuentra en vías de quedar librado a la capacidad de compra del enfermo, pese a la fuerte aspiración de grandes sectores de la población que consideran a este servicio como un bien público, y aún cuando en el momento actual México posee todavía una enorme red de instituciones públicas de salud, que lamentablemente se encuentran en un profundo estado de deterioro a causa del abandono en el que se las ha dejado durante las últimas décadas. A este último componente hemos de dedicar todavía una reflexión en los párrafos finales.

### Conclusiones

Aún con la información recabada por el censo de 2010 (INEGI, 2011),<sup>13</sup> los servicios públicos de atención médica en nuestros días están muy lejos de alcanzar al total de la población (cuadro 5). Las condiciones en las que se ofrecen son cada vez más precarias. Las instituciones que brindan una atención verdaderamente integral cubren a proporciones cada vez más reducidas de la población. Y buena parte de quienes se encuentran al margen de ellas no suelen tener el poder adquisitivo suficiente para acceder a los servicios privados de alta resolutividad y calidad.

Como lo hemos señalado en trabajos previos (Martínez y Leal, 2000b y 2003; Leal y Martínez, 2002), a la par que la población del país se convirtió de predominantemente rural en mayoritariamente informal urbana, con todas las implicaciones económicas, sociales, culturales, demográficas y epidemiológicas que esto trajo, las políticas públicas de salud se concentraron en las intervenciones preventivas de bajo costo y alto rendimiento dirigidas a disminuir la mortalidad por algunas de las más frecuentes enfermedades transmisibles, con los efectos nada despreciables observadas en el cuadro 2. Lamentablemente, también conforme avanzó el siglo xx, vino la renuncia paulatina a la búsqueda de políticas preventivas más radicales frente a estas nuevas constelaciones de riesgos que así se estaban gestando, y que hubieran involucrado la participación no solo de las políticas sociales, sino también de las económicas. El interés por el cuidado y crecimiento de la importante red de seguridad social que se había empezado a forjar hacia mediados de ese siglo fue también desapareciendo. Y para finales del mismo, lo único que pareció quedar para oponer a estas cada vez más complejas constelaciones de riesgos era prevención precaria –con culpabilización de las víctimas– para las grandes mayorías empobrecidas, y atención médica de alto costo para quien pudiera pagar por ella. A comienzos del siglo XXI, la dirección que parece desear imprimirse al futuro del sistema nacional de salud es hacia lo que algunos entendemos como un "racionamiento a la baja" de los servicios tanto curativos como preventivos, con una pretendida universalización de los servicios bajo un modelo más del tipo restrictivo del Seguro Popular, que el de la atención integral que representó el modelo de la seguridad social hoy en vías de extinción.

Sin una transformación del cuadro global de los patrones de producción y consumo, con la consecuente modificación efectiva de las constelaciones de riesgos así originadas, no se ve de dónde podrían venir mejores tiempos para la salud de la población. Y en ausencia de un sistema de salud orientado por políticas públicas responsables, abocado a enfrentar las consecuencias sobre la salud de tales circunstancias, que encontrara un adecuado equilibrio entre la verdadera prevención y los servicios curativos que este perfil de daños requeriría, el destino de la salud de la población no se ve nada halagüeño. Si el sector salud carece de la fuerza que se requeriría para propiciar un escenario verdaderamente preventivo y adecuadamente curativo, ¿cuál podrá ser el destino de la salud de la población mexicana? ¿quién se hará responsable del cuidado integral de los problemas de salud de los grupos mayoritarios de la población? Estas preguntas apuntan a algunos de los principales desafíos que el país enfrenta a una década de iniciado el siglo XXI.

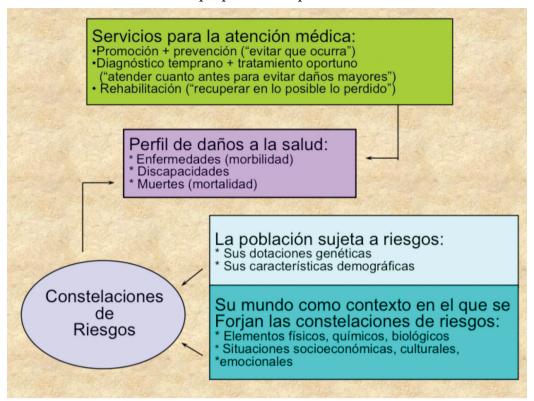
<sup>13</sup> Que según algunos estudiosos del tema podría no ser la más precisa para describir este ángulo de la situación.

# REFERENCIAS

- Córdova, A.; Leal, G.; Martínez, C. (1989) El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta. México: Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco).
- Cortés, F., (2013). Medio siglo de desigualdad en el ingreso en México. Economía 10(29): 12-34.
- Eibenschutz, C.; Tamez, S.; González, R., (Comps.) (2011). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana Colección Abate Faria 8.
- Gutiérrez, J.P.; Rivera-Dommarco, J.; Shamah-Levy. T.; Villalpando-Hernández, S.; Franco, A., Cuevas-Nasu, L.; Romero-Martínez, M.; Hernández-Ávila, M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados nacionales.* 2a. ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- INEGI (2011). Censo de Población y Vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en http://www.inegi.gob.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.
- ---- (2014a). *Población. Población, hogares y viviendas*. Disponible en http://www.inegi.gob.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.
- ---- (2014b). Estadísticas de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en http://www.inegi.gob.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.
- ----, (s/fd). Censo de Población y Vivienda 2010. Principales Resultados. Divulgación. Presentación de resultados. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en http://www.inegi.gob.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.
- Leal, G.; Martínez, C. (2002). "Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México", Papeles de población, 34: 107-133.
- Little, M., (1998). "Assignments of meaning in epidemiology". Social Science & Medicine.
- 9(47): 1135-1145.
- MacMahon y Pugh, (1978). Fundamentos de epidemiología. México: Prensa Médica Mexicana.
- Martínez, C., (1997). "Aspectos metodológicos para el estudio de la morbilidad por encuesta en comunidades pobres urbanas", en Schteingart M. (coord.), *Pobreza, condiciones de vida y salud en México*. México: El Colegio de México.
- ---- (2000a). "Cuando nos hablan de salud ¿podemos confiar en los expertos?", El Cotidiano 103: 73-81.
- ---- (2000b). *Población y salud en México. Perspectivas de fin de siglo. Reporte de investigación 84*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco).
- ---- (2003). "Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico". Social Science & Medicine 3(57): 539-550.
- ---- (2004). Tres ventanas para el estudio de la problemática de salud: una propuesta de aproximación fenoménica ilustrada con el caso mexicano. Anales de la Asociación Latinoamericana de Población. I Congreso ALAP, Caxambú, MG, Brasil, 18-20 de septiembre de 2004.
- ---- (2009). "El perfil de daños a la salud de la población mexicana. Reflexiones a partir de tres décadas de observación", en Chapela, C. y Mosqueda, A. (coords.). *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años*. México: Departamento de Atención a la Salud, México, UAM-X. 79-102.
- ---- (2011). "Abrir la epidemiología", en Eibenschutz, C., Tamez, S., González, R. (comp.)
- ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller *Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Colección Abate Faria 8, 71-90.
- Martínez, C.; Leal, G., (2000). "Demografía y epidemiología. Importancia estratégico-política de los indicadores". *El Cotidiano* 101: 103-112.
- Morin, E., (1997). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.
- OMS, (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Rothman, K., (1989). Epidemiología Moderna. Madrid: Díaz de Santos.
- SSA (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Gobierno de la República.

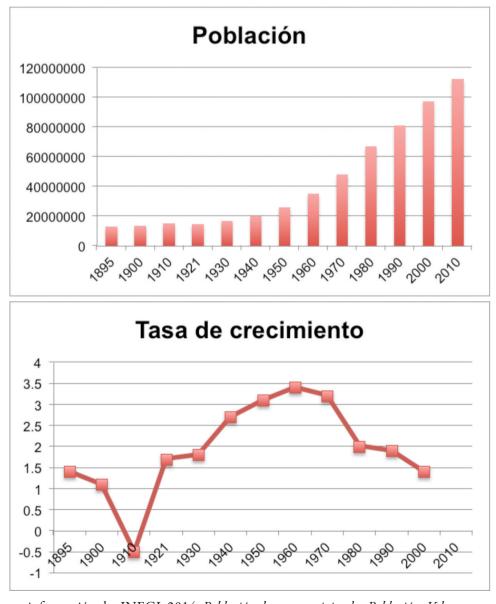
Esquema 1

La propuesta interpretativa



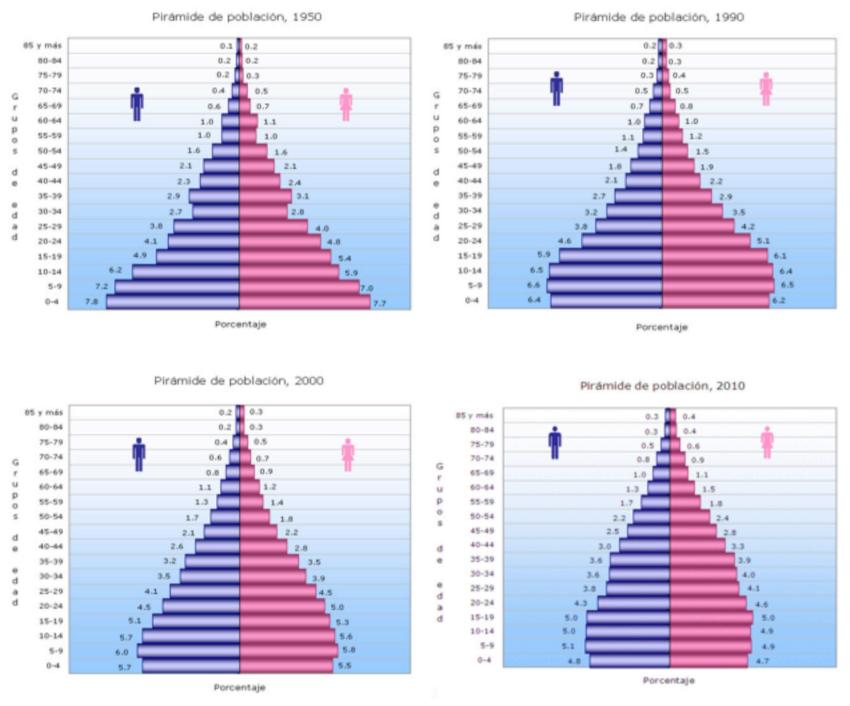
Fuente: Elaboración de la autora (Martínez, 2004).

Gráfica 1 Población total (número de habitantes) y tasa de crecimiento Estados Unidos Mexicanos, 1895-2010



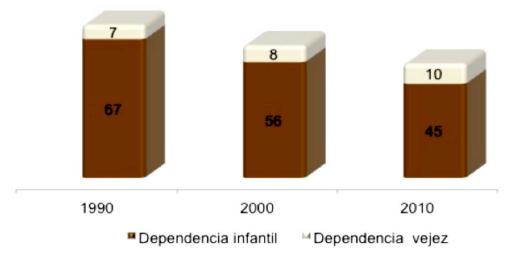
Fuente: Elaborada por la autora con información de: INEGI, 2014. *Población, hogares y vivienda. Población. Volumen y crecimiento. Población total por entidad federativa 1895-2010. Censos de Población y Vivienda, 1895 a 2010.* Disponible en http://www.inegi.org.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.

Gráfica 2. Pirámides de población. Estados Unidos Mexicanos 1950, 1990, 2000 y 2010



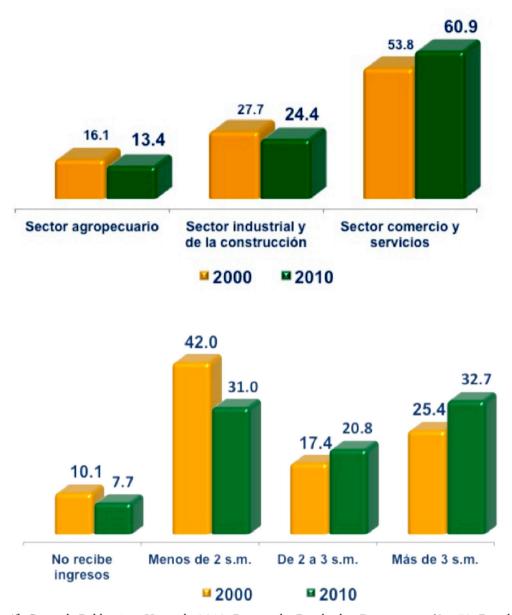
Fuente: Tomadas de INEGI, 2014. *Población, Hogares y Vivienda. Pirámides de población*. Disponible en http://www.inegi.org.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.

Gráfica 3. Razón de dependencia infantil y de vejez. Estados Unidos Mexicanos, 1990, 2000 y 2010.



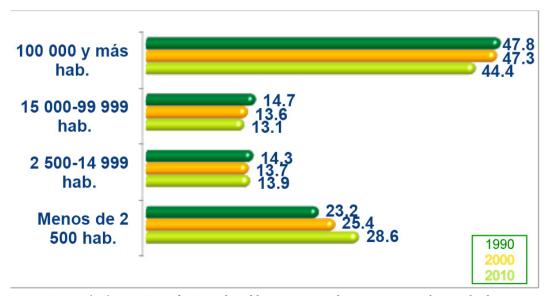
Fuente: Tomado de INEGI, s/f. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Principales Resultados. Diapositiva 12. Divulgación. Presentación de resultados. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI: http://www.inegi.gob.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.

Gráfica 4. Distribución porcentual de la población ocupada de 12 años y más según sector de actividad económica y según ingresos por trabajo Estados Unidos Mexicanos, 2000 y 2010.



Fuente: Tomado de INEGI, s/f. *Censo de Población y Vivienda 2010. Principales Resultados. Diapositivas 68 y 70. Divulgación. Presentación de resultados.* Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en http://www.inegi.gob.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.

Gráfica 5. Distribución porcentual de la población por tamaño de localidad. Estados Unidos Mexicanos, 2010.



Fuente: Tomado de INEGI, s/f. *Censo de Población y Vivienda 2010. Principales Resultados. Diapositiva 9. Divulgación. Presentación de resultados.* Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. Disponible en http://www.inegi.gob.mx, consultado el 10 de diciembre de 2014.

Cuadro 1 Principales causas de mortalidad general. Número y porcentaje Estados Unidos Mexicanos, 2012

Principales causas	Número de defunciones	%
Enfermedades del corazón	109309	18.1
(Enfermedades isquémicas del corazón)	(74057)	(12.3)
Diabetes mellitus	85055	14.1
Tumores malignos	73240	12.2
Accidentes	37727	6.3
(De tráfico de vehículos de motor)	(17098)	(2.8)
Enfermedades del hígado	33310	5.5
(Enfermedad alcohólica del hígado)	(12540)	(2.1)
Enfermedades cerebrovasculares	31905	5.3
Agresiones	25967	4.3
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18532	3.1
Influenza y neumonía	15734	2.6
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14391	2.4
Insuficiencia renal	11955	2.0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9414	1.6
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7730	1.3
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	5549	0.9
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5172	0.9
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4974	0.8
Septicemia	4516	0.7
Anemias	3647	0.6
Enfermedades infecciosas intestinales	3347	0.6
Úlceras gástrica y duodenal	2496	0.4
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10656	1.8
Las demás causas	87728	14.6
Total	602354	100.0

Fuente: INEGI, 2014. Estadísticas de mortalidad.

Cuadro 2 Distribución porcentual de las cinco principales causas de mortalidad general Estados Unidos Mexicanos, 1922-2010

					Año	,				
Causa (a)	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Neumonía e influenza	11.2	11.0	16.3	16.7	12.5	17.2	8.8			
Enfermedades infecciosas intestinales	7.1	18.1	21.0	17.2	14.1	14.8	9.5			
Paludismo	6.9	6.2	5.2	5.5						
Tos ferina	3.9	4.2								
Viruela	3.3	3.9								
Accidentes			5.1	5.9	3.2		11.1	9.3	8.1	6.4
Sarampión			3.9							
Afecciones perinatales				6.0	10.4	5.2		5.5		
Tumores malignos					2.8	3.8	6.1	9.7	12.6	11.9
Enfermedades del corazón						6.9	8.5	12.5	15.7	17.8
Diabetes mellitus								6.1	10.6	14.0
Enfermedades del hígado									6.3	5.5
% del total de defunciones	32.4	43.4	51.6	51.3	43.0	48.0	44.0	43.1	53.3	55.6

<sup>(</sup>a) Las equivalencias de las diversas versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) utilizadas para la elaboración de este cuadro en Martínez y Leal, 2002.

Fuente: Elaboración de la autora. De 1922 a 1990: reproducido de Martínez y Leal, 2002. Para 2000 y 2010: cálculos propios. Mortalidad, disponible en http://sinais.salud.gob.mx/.

Cuadro 3 Distribución porcentual de la morbilidad según causas de consulta en los servicios ambulatorios curativos en los quince días previos Estados Unidos Mexicanos, 2012

Motivo de la atención	Total	Total % por grupos de edad						
	Número	%	0 a 4	5 a 19	20 a 49	50 a 69	> 69	
Enfermedades y síntomas respiratorios agudos	3,182,154	36.5	68.2	53.8	25.8	12.0	12.9	
Diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad	1,003,024	11.5	0.0	1.0	9.2	30.1	33.0	
Enfermedades y síntomas gastrointestinales	493,161	5.7	6.3	5.2	6.1	5.5	4.3	
Lesiones	357,169	4.1	1.0	4.1	5.7	5.0	2.9	
Enfermedades urológicas	190,999	2.2	0.0	1.0	3.7	2.0	3.4	
Enfermedades y síntomas								
respiratorios crónicos	174,651	2.0	2.0	3.6	1.0	1.0	2.0	
Síntomas neurológicos y psiquiátricos	167,107	1.9	0.0	1.0	3.0	3.0	2.0	
Enfermedades y síntomas reumatológicos y dermatológicos	142,014	1.6	1.0	1.0	2.0	2.7	2.0	
Otros (incluye embarazo, oras infecciones y otros síntomas)	3,014,929	34.6	20.9	29.3	43.3	38.3	38.0	

Fuente: Gutiérrez et al. (2013). Resultados Nacionales. Cuadro 2.1, p. 37

Cuadro 4 Número y distribución porcentual de población discapacitada por tipo de discapacidad según grupos de edad Estados Unidos Mexicanos, 2010

Tipo de limitación	Total		% por grupos de edad						
	Número	%	0 a 4	5 a 19	20 a 49	50 a 69	> 69		
Caminar o moverse	2,437,397	2.2	0.3	0.4	1.0	5.7	21.0		
Ver	1,292,201	1.2	0.1	0.4	0.7	3.1	8.0		
Escuchar	498,640	0.4	0.0	0.1	0.2	0.8	5.4		
Hablar o comunicarse	401,534	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	1.2		
Atender el cuidado personal	229,029	0.2	0.1	0.1	0.1	0.3	2.1		
Poner atención o aprender	209,306	0.2	0.1	0.3	0.1	0.1	0.8		
Mental	448,873	0.4	0.2	0.4	0.4	0.4	1.0		
Total con limitación en la actividad	4,527,784	4.0	0.8	1.7	1.1	9.4	29.5		

Fuente: Elaboración de la autora con datos del Censo de Población 2010, INEGI.

Cuadro 5 Coberturas de atención médica según institución Número y distribución porcentual Estados Unidos Mexicanos, 2010

Institución	Población	%
IMSS	35,380,021	31.49
ISSSTE	6,303,630	5.61
Otras de Seguridad Social	1,992,205	1.77
Seguro Popular y Seguro Popular para una Nueva Generación	26,229,071	23.35
Institución Privada	2,006,687	1.79
Otras	1,647,155	1.47
Sin cobertura	38,020,372	33.85
No especificado	1,801,653	1.60
Total (a)	112,336,538	100.0

(a) Incluye cerca de 1% con más de una cobertura.

Fuente: Elaboración de la autora con datos del Censo de Población 2010, INEGI.

# ¿Cómo entender los determinantes sociales de la salud?

María de los Angeles Rodríguez Casillas Norma Cruz Maldonado

### Resumen

Explicar las causas por las cuales las personas y las sociedades enferman no es tema nuevo, pero si amplio y complejo. El presente artículo tiene el propósito de mostrar las principales explicaciones teóricas, paradigmas y modelos involucrados en el análisis de los determinantes sociales de la salud. Aborda las características de los modelos de dilucidación del proceso salud-enfermedad y muestra una rápida descripción histórica de la directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el estudio de los determinantes sociales de la salud. El propósito es presentar las bases conceptuales que sirvan como referencia al personal de trabajo social que tiene su campo de acción en los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: Salud, social, determinantes.

### Abstract

To explain the reasons for which the persons and the societies fall ill is not a new topic, but if wide and complex. The present article has the intention of showing the principal theoretical explanations, paradigms and models in the analysis of the social determinants of the health. Sets out the characteristics of the models of elucidation of the process health-disease and shows a rapid historical description of the directive of the World Health Organization (WHO). The intention is to present the conceptual bases that serve as reference to the personnel of social work that has his field of action in the social determinants of the health.

Keywords: Health, social, determinants.

# Introducción

En su informe 2008, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) señaló que en un mismo país se aprecian marcadas diferencias en el estado de salud, estrechamente vinculadas con el grado de desfavorecimiento social. En su reporte expone como ejemplo que en Glasgow, en el barrio de Calton1 la esperanza de vida de los hombres al nacer es de 54 años, mientras que en Lenzie, a unos pocos kilómetros de distancia, es de 82 años (Vega, 2009).

¿Qué factores contribuyen en el estado de salud de las personas? ¿Por qué las marcadas diferencias en la situación de salud y en la expectativa de vida en grupos de población tan cercanos? ¿Por qué una persona de un mismo grupo se enferma y otra no?

Establecer una relación causal que responda de manera lineal a alguna de estas interrogantes no es tarea fácil. En palabras de Moiso (2007: 163) la enfermedad es concebida como un "fenómeno poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados".

En consecuencia, la enfermedad, o mejor dicho, el proceso salud-enfermedad es un sistema complejo que se caracteriza por ser abierto, no reducible, sin proporciones directas entre causa y efecto. Es un espectro que no se limita al conocimiento de la causalidad y del riesgo. Es un sistema "holístico" que se determina no por la acción de factores de riesgo individuales, sino por la participación de "lo social", articulado con "lo biológico" y relacionado con "lo económico", como una totalidad. Implica la existencia de distintas "dimensiones" interrelacionadas que actúan como factores de exposición o vulnerabilidad, o bien como protectores de la salud. Estas influencias biológicas, psicológicas, sociomédicas y ambientales son consideradas como los determinantes sociales de la salud.

# Panorama histórico

El tema de los determinantes sociales de la salud, referido por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) como el "conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja" (OMS, 2007) evidentemente no es un tema nuevo ni ajeno a la medicina social y a la salud colectiva. Han sido situaciones explícitas abordadas desde hace muchas décadas. De hecho, Rosen (1985) señala que estas corrientes de pensamiento en salud parten de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, donde se consideró a la salud como motivo de preocupación social en el cual se postulaba que las condiciones sociales y

Es la mayor ciudad de Escocia y la tercera del Reino Unido después de Londres y Birmingham; y es la segunda área metropolitana más poblada del Reino Unido.

económicas tenían fuerte vinculación con la salud y la enfermedad, y que esta relación debería ser motivo de investigación científica.

Si bien esta investigación acerca del estado de salud de las personas y su relación con las condiciones sociales se revitaliza en la década del siglo xx, hay evidencias que nos permiten identificar que el estado de salud y su asociación con factores externos a la biología humana data desde el siglo xv, al identificarse enfermedades vinculadas con el empleo. En ese sentido, Hernández (2005) destaca las descripciones de Ulrico Ellenbog en 1473 sobre los efectos nocivos del trabajo con metales de los orfebres en Ausburgo; y de Georg Agrícola en 1556 acerca de los numerosos accidentes traumáticos y problemas respiratorios que padecían los mineros de aquella época. Años después, en 1713, el amplio tratado de Bernardino Ramazzini sobre los daños a la salud que afectaban a quienes se dedicaban a las actividades artesanales y manufactureras, no solo significó el inicio de la tradición científica en medicina del trabajo, sino que estableció por primera vez, la importancia del medio social como causa de las enfermedades, al reclamar que las condiciones de vida y trabajo deberían tomarse en cuenta para su estudio.

Así, podemos observar que el tema de los determinantes sociales surgió desde hace varias décadas ante el reconocimiento de las limitaciones de las investigaciones biomédicas dirigidas a conocer los riesgos individuales de enfermar que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Esta nueva valoración en mucho tiene que ver con el desarrollo mismo de la ciencia, en donde el saber científico (caracterizado por la exactitud y la medición) perdió fuerza dando paso al desarrollo de las ciencias de la modernidad, en el que distintos descubrimientos científicos realizados durante los siglos XIX y XX llegaron a conclusiones opuestas. Como bien señala Ramis (2009: 66) "La incertidumbre, la borrosidad, la emergencia, el caos, aparecen como expresiones de una nueva forma de pensar científico que quiebra el ideal de certidumbre reinante tras cinco siglos de indiscutibles éxitos de las ciencias clásicas, dando paso a las ciencias sociales", lo cual permitió tomar en cuenta lo individual y poblacional y con ello que se diversificaran las formas de investigar e intervenir en salud.

Un panorama que abona a la comprensión de la diversidad de los paradigmas involucrados en el análisis de las condiciones que determinaban el proceso salud-enfermedad lo encontramos en Piña (1990) quien identificó once modelos que explican cuándo y por qué una persona o grupo enferma: (figura 1).

Modelo Modelo Modelo Histórico-Social Geográfico Mágico-Religioso Modelo Modelo Sanitarista **Ecológico** Económico Modelo Modelo Modelo **Epidemiológico** Interdisciplinario Social Modelo Modelo Unicausal Multicausal

Figura 1

Modelos explicativos del proceso salud-enfermedad

Fuente: Elaboración propia con base en Piña (1990).

Si bien la explicación de estos modelos es muy amplia, y excede a los propósitos de este artículo, es necesario presentar un panorama que muestre la diversidad de las distintas propuestas que abonaron alrededor de este objeto de análisis:

# 1. Modelo mágico-religioso

Concibe a la enfermedad como resultado de fuerzas o espíritus y se constituye como un castigo divino o como un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) conforman las variables condicionantes del estado de salud-enfermedad de un individuo o sociedad.

Este modelo también circunscribe la prevención de las enfermedades a la obediencia de normas y tabúes; y considera la curación a través de la ejecución de rituales. Entre sus muchas desventajas destacan el impedimento del avance cognoscitivo y el fomento de una actividad pasivo-receptiva del individuo. Diversas prácticas derivadas de este modelo las podemos identificar en las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas.

### 2. Modelo sanitarista

Plantea que la salud-enfermedad es consecuencia del entorno insalubre que rodea al hombre. Sostiene que las condiciones ambientales son los determinantes primarios, por lo que promueve la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbimortalidad. La principal limitante de este modelo es que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de entornos de vida insalubres para las diferentes clases sociales. Su época se ubica en la revolución industrial europea con la penetración capitalista en las colonias. Sus exponentes Smith y Pettenkofer.

### 3. Modelo social

Propone que la salud-enfermedad se genera por las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el aspecto más importante. El inconveniente de este modelo es que en su aplicación como herramienta de análisis, se corre el riesgo de reducir la complejidad del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. Se pueden considerar como máximos representantes a Peter Frank, Virchow y Ramazzini (siglo XIX).

# 4. Modelo unicausal

Sostiene que la salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno que depende de un agente biológico causal (patógeno) y de la propia respuesta del individuo. Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual de la enfermedad; empero no explica el por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de esta aclarar el rol de otros factores. El surgimiento de este modelo se dio en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX. Sus máximos exponentes son Pasteur y Koch.

# 5. Modelo multicausal

Demuestra la influencia paralela de factores que conciernen al agente, al huésped y al ambiente, que en conjunto, son la primera instancia condicionante del estado de salud del individuo o población. Sostiene que a través del análisis de las variables señaladas se puede conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuales se puede actuar preventivamente. Su principal desventaja es que no establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno. La segunda mitad del siglo xx fue la época de aparición de este modelo y sus representantes fueron Leavell y Clark.

# 6. Modelo epidemiológico

Incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, condición que constituye su mayor ventaja. La limitación esencial de este modelo es que el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo xx y sus exponentes fueron MacMahon y Pugh.

### 7. Modelo ecológico

Refiere que la salud-enfermedad es el resultado de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que revela tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, agrega un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio. Esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social. Tuvo como principal portavoz a Susser (década de los setenta).

# 8. Modelo histórico-social

Desde la perspectiva de esta propuesta concurren perfiles diferenciales de salud-enfermedad en estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Plantea que todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Introduce cinco variables para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte especial es que conecta la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Al igual que el modelo social, en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica. Sus exponentes son Berlinguer, Laurell y Breilh.

# 9. Modelo geográfico

Sostiene que la enfermedad es el resultado de la interacción de factores patológicos y factores del ambiente geográfico (aspectos geógenos). Privilegia el ambiente geográfico como aspecto determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social como parte de los aspectos geógenos, no da la suficiente importancia como determinante del proceso. Este modelo se generó en el siglo xx y sus principales representantes son Jaques May y Voronov.

# 10. Modelo económico

Introduce la teoría del capital humano y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo. Esta propuesta da una visión más amplia al sostener que el ingreso económico, los esquemas de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables a considerar en el análisis de los determinantes de la salud-enfermedad. Además incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión. La limitante de este modelo es el riesgo de tomar una postura reduccionista hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes. Esta propuesta de análisis es paralela al surgimiento de la economía de la salud del siglo xx y sus principales exponentes son Anne Mills, Gilson y Muskin.

# 11. Modelo interdisciplinario

Plantea que el estado de salud-enfermedad corresponde a la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. La propuesta expone tres niveles: 1) Determinantes básicos (nivel sistémico: ambiente, genoma, entre otros); 2) Determinantes estructurales (nivel socio-estructural: estratificación social, redistribución de la riqueza, entre otros.); y 3) Determinantes próximos (nivel institucional-familiar: estilos de vida, sistemas de salud, entre otros). La principal ventaja de esta propuesta es que propone un enfoque integral para el estudio de los determinantes. Su principal desventaja es que, al igual que otros modelos, no desagrupa la influencia de los factores que considera y no pondera el valor concreto de cada determinante. Este modelo surgió a finales del siglo xx y sus exponentes son Julio Frenk y colaboradores (Arredondo, 1992).

Si bien estos once modelos explican desde diferentes perspectivas los factores que determinan el estado de salud de las personas, debemos aceptar que cada uno de ellos abordó el problema en cuestión dado su referente histórico-social y desde distintas variables (incluso contrapuestas) hecho que refleja en sí mismo las diversas maneras de interpretar la realidad y el mundo mediante explicaciones que van desde la evidencia empírica hasta la asociación de variables científicas.

Aquí vale la pena recordar a Popper (1996), al referirse que la ciencia no tiene nada de absoluta y que la estructura de sus teorías se eleva sobre un terreno pantanoso. Desde esta perspectiva, se considera el progreso científico no como la acumulación de observaciones, sino como el constante derrocamiento de teorías científicas y su reemplazo por otras mejores o más satisfactorias (carácter revolucionario de la ciencia). Incluso Jaramillo (2004) indica que este derrocamiento no acontece de súbito, sino gracias a los esfuerzos de los científicos por diseñar experimentos y observaciones con el fin de probar las teorías.

Si bien la transición de paradigmas se acompaña de cambios en la definición de políticas de salud, prioridades de investigación en salud, necesidades de capacitación de recursos humanos, organización de los sistemas de salud y operación de los servicios de salud, entre muchos otros, podemos identificar que esta "revolución del saber científico" que inició desde el siglo XV ha permitido la constitución de diferentes teorías que se construyeron sobre la base del derribamiento de los ideales de racionalidad, para dar paso a diferentes perspectivas y posturas para explicar las relaciones causales del proceso salud-enfermedad.

Para el tema que nos ocupa, fue hasta el siglo XIX cuando comenzaron a discutirse con mayor intencionalidad los hechos relacionados con el trabajo y las condiciones de vivienda y su influencia sobre la salud. Como lo señala Alfaro (2009: 47) "La posibilidad de identificar las inequidades en salud es un tema que se ha trabajado desde finales del siglo XIX, con el modelo conocido como tradicional o ecológico, en el cual se planteaban tres componentes esenciales: el agente, el huésped y el entorno o ambiente".

Posteriormente, la llegada del siglo XX trajo consigo no solo el avance del pensamiento científico, sino una creciente preocupación en los cambios que experimentó la sociedad en su transición epidemiológica y en sus formas de enfermar, y con ello la configuración de respuestas específicas para explicar el proceso salud-enfermedad.

# La respuesta formal

Si bien los modelos anteriores brindan un panorama del desarrollo del saber científico, también identificamos tres importantes acontecimientos como la respuesta formal que reflejó lo más avanzado del pensamiento médico-social:

# 1. Creación de la Organización Mundial de la Salud en 1946 (OMS)

Dicha constitución también hizo explícito, dentro de sus funciones, la colaboración con los Estados miembros y los Organismos especializados apropiados "para promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio" (Villar, 2007: 9).

A partir de su creación se gestaron una serie de constructos para mejorar la calidad de vida de las personas en el mundo. De entre los que destaca en 1967 la consagración de la definición de la salud como un "estado de pleno bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o afecciones, así como un derecho fundamental de los individuos".

# 2. La Conferencia Internacional de la Salud de Alma-Ata en 1978

La OMS (en esos momentos dirigida y asesorada por un colectivo progresista de defensores de la salud pública) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), promovió en 1978 en la URSS, la organización de la Conferencia de Alma-Ata en la que participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales. Durante su celebración se llegó a la ratificación de los acuerdos de la 28.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada 2 años antes (Gervás, 2004) y se adoptó como estrategia mundial *La meta de salud para todos al año 2000*.

Asimismo, se consideró la necesidad urgente de la participación conjunta de los gobiernos, del personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de los pueblos del mundo.

Los fines y objetivos de la Conferencia de Alma-Ata (1978) fueron los siguientes:

- I. Promover el concepto de la atención primaria de salud en todos los países.
- II. Intercambiar experiencias e informaciones acerca de la organización de la atención primaria de salud en el marco de sistemas y servicios nacionales de salud completos.
- III. Evaluar la situación actual de la salud y de la asistencia sanitaria en todo el mundo por cuanto guardan relación y pueden ser mejoradas con la atención primaria de salud.
- IV. Definir los principios de la atención primaria de salud así como los medios operativos que permitan superar los problemas prácticos que plantee el desarrollo de la atención primaria de salud.
- V. Precisar la función de los gobiernos y de las organizaciones nacionales e internacionales en la cooperación técnica y la ayuda para el desarrollo de la atención primaria de salud.
- VI. Formular recomendaciones para el desarrollo de la atención primaria de salud.

Esta Conferencia, además de reiterar el concepto de salud que había dado la OMS en 1946, reconoció que las profundas desigualdades en salud son inaceptables y que corresponde al Estado asegurar la salud de todos sus ciudadanos. Por ello, se instó a todos los países a instrumentar estructuras basadas en el desarrollo de la atención primaria de acuerdo con el espíritu y contenido de su Declaración (Alma Ata, 1978). Para llegar a este fin, la declaración de Alma-Ata defendió el concepto de atención primaria de salud que promovía la autonomía y la participación individual y comunitaria máximas en la planificación, en la organización, en la operación y en el control (Vos y cols., 2009: 127).

Con las aportaciones que la conferencia se avanzó hacia un enfoque integral de los determinantes políticos, sociales, económicos y ecológicos de la salud, incluyendo el desarrollo integral de servicios de salud accesibles y de calidad. Además, la declaración confirmó que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus ciudadanos y que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individualmente y de manera colectiva en la planificación y la implementación de sus cuidados de salud (Alma Ata, 1978). La adopción de su estrategia de Salud para todos y Atención primaria de la salud (SPT/APS) marcó la reaparición vigorosa de los determinantes sociales como principal inquietud de salud pública.

# 3. Creación de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud (CDSS) (2005)

Establecida por la OMS y patrocinada por su Director General Jong-Wook Lee. Dicha Comisión se instaló en Santiago de Chile en 2005 y se integró por 20 destacadas figuras de diversas disciplinas: formuladores de políticas, investigadores y practicantes de la medicina y la salud pública, y de otras esferas de la sociedad y la política, así como de líderes sociales y representantes de los gobiernos. Fue liderada por el epidemiólogo británico Michael Marmot, reconocido investigador de las desigualdades en salud, y en ese entonces, director y jefe del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud y del Departamento de Epidemiología y Salud Pública del University College of London.

Esta comisión se planteó como propósito investigar y promover acciones para encarar permanentemente las profundas desigualdades en la salud que existen tanto entre países como entre clases sociales y grupos dentro de un mismo país.

Para su organización, la CDSS se conformó en nueve redes de conocimiento cuyos integrantes formularon recomendaciones sobre intervenciones para mejorar la salud y reducir las inequidades en salud a partir de la revisión de las evidencias existentes al respecto. Las redes centraron su atención en temas como desarrollo temprano del niño, mujer y equidad de género, globalización, condiciones del empleo, escenarios urbanos, exclusión social, condiciones prioritarias de salud pública, sistemas de salud, entre otros. En el proceso de trabajo se establecieron comisiones asociadas por países que, de modo experimental, llevaron a cabo un trabajo similar con miras al desarrollo de políticas y programas nacionales pioneros en Brasil, Canadá, Chile, Kenia, Irán, Mozambique, Reino Unido y Suecia (Vega, 2009).

Posterior a su creación, y después de más de tres años de trabajo y elaboración de muchos documentos preliminares, reuniones y discusiones, la CDSS de la OMS presentó el 28 de agosto de 2008 en Ginebra Suiza el Informe Final de la Comisión (IC) traducido en su versión resumida castellana como "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud".

Si bien este ensayo no tiene el propósito de profundizar en el informe de la CDSS, si aceptamos que probablemente se trata de uno de los textos de mayor interés en el campo de la salud de los últimos tiempos, que por una parte ha sido objeto de reconocimiento por la labor realizada y el llamado que hace a todos los gobiernos para que tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud; y por otro lado también ha sido el blanco de diversas críticas radicales que señalan que el informe olvida que "lo justo" es algo que, de entrada, no puede ofrecer un sistema capitalista.

# La definición

Como hemos observado, desde la creación en 1946 de la Organización Mundial de la Salud se han venido gestando una serie de constructos para mejorar la calidad de vida de las personas y para explicar las causas que determinan el estado de salud de los individuos y la sociedad.

En el caso que nos ocupa, desde 1974 con el aporte del Informe Lalonde, hasta la fecha, numerosas han sido las entregas que abordan conceptual y operativamente el tema de los determinantes de la salud:

- 1974 Son factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades (Public Healthy Agency of Canada). El Informe Lalonde estableció un marco conceptual para los factores clave que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud (Lalonde, 1974).
- 1998 Los determinantes son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que definen el estado de salud de los individuos o poblaciones. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos (OMS, 1998, en Alfaro 2009).
- Se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, que pueden ser alteradas a través de intervenciones (Krieger, 2002).
- Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y la discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes (OMS, 2004).
- Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, o en la frase de Tarlov "las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar". Los DSS apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud (Marmot, 2001; OMS, 2005).

- 2008 Las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, que se traducen en efectos en su salud (OPS, 2008, en Alfaro 2009).
- 2008 Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2008).
- Son las "causas de las causas" (CDSS), es decir, es la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país y en las condiciones sociales que son producto de dicha jerarquía, que determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen" (Koplan J.P., *et al.*, 2009).

En un intento de integración, los DSS representan las características específicas: psicosociales, económicas, culturales, conductuales y biológicas que influyen en la salud y que en gran medida son resultado de construcciones sociales muy vinculadas a las políticas (globales y locales), incluidos los mismos sistemas de salud y que –añadiendo la aportación de Vargas (2004)– constituyen el marco global que explican en qué medida la complejidad de la estratificación y la vulnerabilidad de la sociedad tienen impacto sobre la salud.

No obstante la claridad en su definición, algunas veces el concepto es tratado de manera ambigua. Como lo observa Graham (2004): el concepto determinantes sociales ha adquirido un significado dual aludiendo por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que inherentes a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad.

En aras de subsanar la explicación dual que genera el concepto de DSS abordaremos en el siguiente apartado los principales modelos explicativos que integran las diferentes perspectivas que permiten abordar de manera holística el término.

# Modelos explicativos

El primer abordaje teórico que se conoce para el estudio de los determinantes de la salud lo propone Morris en la década de los sesenta del siglo xx, posteriormente lo hacen Mosley- Chen y Mckewon. A partir de ello, el primer modelo canadiense de Laframboise-Lalonde, seguido de Dever y Blum, en EE.UU. y más adelante las nuevas propuestas de Evans, Stoddart, Marmot, Frank, Wilkinson, Raphael y otros (Álvarez, 2005).

De todos ellos, la primera influencia ha sido el modelo del entonces Ministro de Salud Canadiense Marc Lalonde (1974), que identificó los factores que influyen y modelan la salud de los individuos y en el cual, por primera vez, sobresale que si queremos mejorar la salud de la población, tenemos que mirar más allá de la atención de enfermedad. Su reporte destaca cuatro grupos de los determinantes de la salud: el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana, y el sistema de salud. Cada uno determina la salud en un 19%, 43%, 27%, y 11%, respectivamente (figura 2).

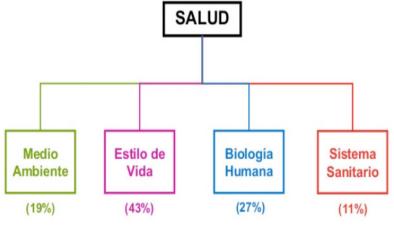


Figura 2. Factores determinantes de la Salud

Fuente: Lalonde, M. A. (1974)

Estos cuatro elementos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud (Lalonde, 1996):

a. *Medio ambiente*: engloba todos los fenómenos relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control.

- b. *Estilos de vida*: son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud.
- c. *Biología humana*: están incluidos aquí todos los aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano. Comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona.
- d. *Sistema sanitario*: consiste en la cantidad, calidad ordenamiento, naturaleza, y relaciones de la gente, y los recursos en la provisión de los servicios de salud.

El Informe Lalonde "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses" representó el primer marco conceptual que identificó los factores que parecían determinar la situación de salud. Desde entonces nuevos conocimientos apoyan, refinan y amplían las proposiciones del informe. En particular, destaca el Modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña.

Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia (Whitehead, 2006) (figura 3). Explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades y a nivel de políticas de salud.

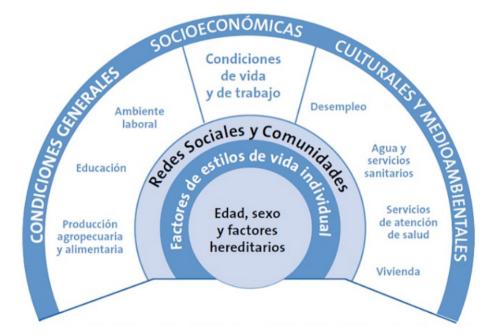


Figura 3. Modelo de Dalhigren y Whitehead de producción de desigualdades en salud

Fuente: Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006).

Notemos que al centro de este modelo se encuentra el individuo y los factores condicionales que afectan a su salud, pero que no son cambiables. A su alrededor se localizan las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, como lo son los estilos de vida individuales. En otro nivel identificamos que estos individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y por las redes sociales, las que pueden sostener o no su salud; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. En el siguiente nivel se localizan los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (Frenz, 2005).

Como queda ilustrado en el modelo de Dalhlgren y Whitehead, existe un amplio rango de determinantes de la salud, desde los determinantes proximales o microdeterminantes, asociados a variables del nivel individual, hasta los determinantes distales o macrodeterminantes, asociados a variables de los niveles de grupo y sociedad, es decir, poblacionales.

Otra aproximación al entendimiento de DSS la encontramos con el modelo propuesto por la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud. Esta propuesta tomó como base los anteriores modelos y, con la intención de aclarar aún más los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidad en salud, develó su relación con los otros determinantes (figura 4):

ECONÓMICO Y POLÍTICO ..... Circunstancias Posición socio económica biológicos Políticas sociales, mercado Factores psicosociales Género **EN LAS** Etnia DESIGUALDADES EN SALUD Y EN BIENESTAR Políticas públicas, salud Educación educación, prote Û social públicas Û Ingreso DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS DESIGUALDADES DE SALUD DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD

Figura 4. Marco Conceptual para abordar los DSS (OMS)

Fuente: Comisión de Determinantes Sociales en Salud, 2005.

Este marco delinea la trayectoria a seguir a partir de que el contexto social y político, incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos, da origen a posiciones socioeconómicas desiguales. Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud (CDSS, 2005). Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos.

Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal (Frenz, 2005).

De igual manera incorpora al sistema de salud como un determinante social más porque, por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tiene un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso, y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre los determinantes sociales.

Así, desde la incorporación de los cuatro factores identificados por el canadiense Lalonde (biología humana, ambiente social, estilos de vida y los servicios de salud) se ha avanzado en la incorporación y refinamiento de este marco conceptual propuesto en 1974, hasta llegar a la caracterización de diferentes niveles de influencia y factores interrelacionados entre sí.

A manera de especificación la Tabla 1 enlista los determinantes sociales propuestos por el Ministerio de Canadá y más tarde por la OMS en el informe de Richard Wilkinson y Michael Martmot en 2003:

Tabla 1. Determinantes de la Salud

### Ministerio de Salud Organización Mundial de la (Canadá) Salud 1. Gradiente social 1. El ingreso y el estatus social 2. Las redes de apoyo social 2. Estrés 3. La educación 3. Infancia temprana 4. El empleo/las condiciones de 4. Exclusión social trabajo 5. Condiciones de trabajo 5. Los ambientes sociales 6. Desempleo 6. Los ambientes físicos 7. Apoyo social 7. La práctica de salud personal y las 8. Adicciones habilidades para cubrirse 9. Alimentación saludable 8. El desarrollo infantil saludable 10. Transporte 9. La biología y la dotación genética 10. Los servicios de salud 11. El género 12. La cultura

Fuente : Elaboración propia con base en Moiso, A.. (2007)

Los determinantes propuestos por el Ministerio de Salud de Canadá y por la OMS han sido los factores de clasificación "dominantes", empero, existen diversos modelos para explicar los componentes de determinación de la salud, en los cuales se les denomina como premisas, campos de salud, factores claves, o simplemente factores determinantes de la salud (Rosen, 1984; García, 1994; Álvarez, 2005). La tabla 2 permite identificar cuáles son los factores que se utilizan en cada modelo de determinación de la salud utilizado internacionalmente.

Tabla 2. Principales factores de determinación social de la salud utilizados internacionalmente

Factores determinantes	Lalonde (Canadá)	Dever (USA)	Evans (Canadá)	Health (Canadá)	Frankish (UBC)	Marmot (UK)	Starfield (USA	Marmot (OMS)	Álvarez (Cuba)
Contexto político y de políticas							Χ		X
Ingresos y nivel social				X	X	Χ	X	Χ	X
Redes de apoyo social				X	X	Χ		Χ	X
Educación				Χ	X	Χ		Χ	X
Empleo y condiciones de trabajo				X	X	Χ	Χ	Χ	Χ
Entorno psicosocial y demográfico	X	Χ	Χ	X	X		X	Χ	X
Entorno físico		Χ	Χ	X	X		X	Χ	X
Estilos de vida (comportamiento)	X	Χ	Χ	X	X		X	Χ	X
Desarrollo sano del niño				X	X	Χ		Χ	X
Biología humana*	X	Χ	Χ	X			X	Χ	X
Sistema y servicios de salud	X	Χ	Χ	X	X		X	Χ	X
Género				X	X			Χ	X
Cultura				X	X			X	X
Estrés						Χ	X		X
Exclusión social						Χ			
Desempleo						Χ			X
Adicción						Χ			X
Alimento y agricultura						Χ		Χ	X
Transportación						Χ		Χ	X
Vivienda								Χ	X
Residuales (despilfarro)								Χ	X
Energía								Χ	X
Industria								Χ	X
Urbanización								Χ	Χ
Agua								Χ	Χ
Radiación								Χ	Х
Nutrición y salud								X	X

\*genética /envejecimiento Fuente: Álvarez (2005)

Como podemos observar en la tabla 2, los determinantes sociales considerados en cada país tienen una caracterización muy particular, dependiendo del sistema económico- social que se vive, de la ideología que impera y de la cultura dominante. Debemos precisar que, como determinantes, estos procesos y condiciones sociales deben conceptualizarse como factores esenciales que fijan ciertos parámetros, aunque sin ser necesariamente "deterministas" en el sentido de "determinismo fatalista".

De ahí la importancia que los DSS se constituyan como referentes indispensables para explicar la situación de salud (de las personas y de los colectivos) y a partir de ello se establezca un marco de referencia para definir estrategias apropiadas de intervención (Sapag, 2007). Infortunadamente, los DSS están inmersos en las desigualdades socioeconómicas que constituyen una gran amenaza al estado de salud de las personas y de las sociedades. Por ello, en determinados contextos se les percibe más bien como generadores de inequidad en salud.

# Reflexiones

En la explicación del por qué las personas o grupos enferman se han rebasado en mucho los tiempos en los que las relaciones causaefecto eran obvias. Hoy, la única certidumbre es la de un proceso complejo que se revela en todos los ámbitos: económicos, sociales, culturales, políticos, ideológicos, demográficos, epidemiológicos, entre otros, que tienen un "efecto determinante" sobre la salud de las personas y las sociedades. Si bien los avances teóricos que los determinantes sociales de la salud presentan para analizar los factores inherentes y la influencia de la estructura social en el estado de salud de los individuos y los grupos de población, aun se trata de un campo de estudio e intervención en construcción, todavía no suficientemente delimitado que presenta enormes retos.

Para el caso específico de nuestra disciplina, cuyo objeto de intervención "recae en lo social, precisamente en el punto de intersección que genera la relación sujeto, problema, contexto" (Tello, 2015: 7) debemos asumir como referencia obligada en nuestras actividades de investigación e intervención en el análisis del proceso salud-enfermedad desde el denominado enfoque de los determinantes sociales. Nos corresponde desarrollar la capacidad para profundizar en diferentes planos de interpretación, que den cuenta de las relaciones, especificidades y formas de articulación entre los factores determinantes.

Nos corresponde la responsabilidad profesional de indagar las particularidades de nuestras inequidades en salud y sus determinantes, que seguramente se comportan de manera distinta y tienen efectos diferentes a las de otros países; por lo que requerimos afinar nuestras herramientas teóricas y metodológicas cuantitativas y cualitativas para indagar cómo la estructura de nuestra nos enferma, y cómo lo hace desde una manera desigual.

De reconocer y atender esta imperiosa necesidad, el segundo paso nos conduciría a la adecuación de nuestros esquemas de intervención con nuevas y mejores respuestas integrales hacer frente a los complejos problemas de salud y a las crecientes necesidades de nuestra población.

# REFERENCIAS

- Alfaro, Eyleen (2009). *Uso de las concepciones teóricas sobre los determinantes sociales de la salud*. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/03%20Uso%20de%20las%20concepciones.pdf
- Alma Ata, D. de (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12.
- Álvarez Pérez, A. G.; García Fariñas, A.; Bonet Gorbea, M. (2005). *Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud. Caso Cuba*. La Habana: INHEM.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Cad Saúde Pública, 8(3), 254-281.
- CDSS (2005) Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5.
- Frenz, Patricia (2005). "Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud". *Rev. Chile. Salud Pública*, Vol. 9 (2): 103-110.
- García Juan César (1994). "Entrevista a Juan C. García", en *Pensamiento social en salud en América Latina* (JCG). Interamericana México: McGraw-Hill; OPS; 1994. p 185.
- Gervás, J. (2004). "Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata". SEMERGEN-Medicina de Familia, 30(5), 245-257.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Q. 2004; 82(1): 101-24.
- Hernández, F. Gi (2005) Tratado de Medicina del Trabajo. México: Masson Doyma.
- Jaramillo, L.; Aguirre, J. (2004). "La controversia Kuhn-Popper en torno al progreso científico y sus posibles aportes a la enseñanza de las ciencias. Cinta de Moebio". *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (20).
- Krieger, N., (2002). "Glosario de epidemiología social". *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, Tomo 11, Vol. 5 y 6, p. 480-490.
- Koplan, J.P.; Bond, T.C.; Merson, M.H., Reddy, K.S., Rodríguez, M.H., Sewankambo, N.K.; Wasserheit, J.N. (2009). Towards a common definition of global health. Lancet . 373: 1993-19-95.
- Lalonde, M., (1974). Minister of National Health and Welfare. A new perspective on Health of the Canadians. A working document. Ottawa, Government of Canada.
- ---- (1976). Determinantes de la salud según Marc Lalonde. Disponible en
- http://es.scribd.com/doc/141534353/Determinantes-de-la-Salud-Segun-Marc-Lalonde
- -docx#scribd, consultado el 19 de agosto de 2015.

- ---- (1996). "El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense", en *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica Núm. 557. Washington, D.C.: OPS, p. 4.
- Marmot, M., (2001) "Economic and social determinants of disease". Bull World Health Organ,
- Tomo 79, Vol. 10, p. 988-989.
- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. Fundamentos de la Salud Pública. Argentina, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Nota de la Secretaría. (EB115/35). Ginebra. Publicación Científica.
- ---- (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Versión Preliminar. Sin editar.
- ---- (2007). El Informe sobre la salud en el mundo. Un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Disponible en http://www.who.int/whr/2007/07\_report\_es.pdf?ua=1
- ---- (2008). Los determinantes sociales de la salud. Disponible en www.who.int/social\_determinants/es/.
- Piña, B. (1990). Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I, México: Universidad Autónoma de México.
- Popper, Karl (1996). La lógica de la investigación científica. México: Rei, p. 16
- Ramis Andalia, R. M.; Sotolongo Codina, P. L. (2009). "Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud". *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 65-77.
- Rosen, George (1985). De la policía médica a la medicina social. México, Siglo XXI editores.
- ---- (1984). "Análisis histórico del concepto medicina social", en Lesky, E., *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984, p. 21.
- Sapag, J. C.; Kawachi, I. (2007). "Capital social y promoción de la salud en América Latina". Rev Saude Pública, 41(1), 139-49.
- Tello Peón, N. E. (2015). Apuntes para el Trabajo Social. Ed. Estudios de Opinión y Participación Social, México.
- Vargas LA, Casillas LE. (2004) El efecto del padecer sobre el individuo-persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto u objeto. México. UNAM.
- Vega Romero, R. (2009). "Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 7-11.
- Villar, E. (2007). "Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil". Saude Soc, 16(3), 7-13.
- Vos, Pol. de; Malaise, G.; Ceukelaire, W. de; Pérez, D. P.; Lefèvre, P. L.; Van der Stuyft, P. (2009). "Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización". *Medicina Social*, 4(2), 127-134.
- Whitehead, M. Dahlgren, G. (2006). "Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up", Part 1. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health, 2.

# DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD A PARTIR DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Aída I. Valero Chávez

### Resumen

En este documento se abordan aquellos elementos que se constituyen como determinantes sociales de la salud, a partir de lo establecido internacionalmente por la OMS (2008) que señala que [...] los determinantes sociales de salud son aquellas condiciones en que la gente vive y trabaja, que afectan a su salud y pueden ser mejoradas. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. (Villar, 2007, pág. 73)

Por ello, se describe el sistema de salud en México en el que encontramos que hay ciudadanos que tienen derechos sociales y otros, los más, son sujetos de la acción asistencial del Estado.

Palabras clave: determinantes, salud, sistema, México

### **Abstract**

This document addresses those elements that constitute social determinants of health, based on what is established internationally by the WHO (2008), which states that [...] the social determinants of health are those conditions in which people live and work, which affect your health and can be improved. The social determinants of health are the circumstances in which people are born, grow up, live, work and age, including the health system. (Villar, 2007, page 73)

Therefore, we describe the health system in Mexico in which we find that there are citizens who have social rights and others, the most, are subject to the welfare action of the State.

Keywords: determinants, health, system, Mexico.

### Introducción

El Trabajo Social en el área de la salud se concibe como el conjunto de procedimientos encaminados a investigar los factores sociales que afectan la salud de la colectividad a fin de proponer, coordinar y ejecutar alternativas y variables que modifiquen dichos factores. Esta área estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivados en problemas y necesidades inciden en la salud, por lo que se requiere identificar las formas y medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tiendan a alcanzar la salud integral de los individuos.

En el presente siglo el Trabajo Social ofrece una imagen muy distinta de la que tuvo en el siglo que le precede. Los cambios en su ser no han sido exclusivamente cuantitativos, fruto del mero paso del tiempo, es decir; nuestra profesión no solo ha crecido, se ha desarrollado, se ha hecho adulto y se ha fortalecido en la práctica diaria, alcanzando consolidación, madurez, fuerza y prestigio, pero además, como lo señala Manuel Moix (2006), ha sufrido una serie de cambios cualitativos que lo configuran en nuestros días, dándole hasta cierto punto una fisonomía nueva.

Es un hecho que los cambios demográficos y sociales, por una parte y la concepción institucional del bienestar, por otra, han otorgado al trabajo social un papel cada vez más amplio, y ello no por el tipo de programas institucionales, sino también porque les ofrecen, cuando no les exigen, la oportunidad de contribuir a configurar la política social.

Día con día los trabajadores sociales nos preguntamos qué se requiere de nosotros en la práctica profesional en este tercer milenio. Milenio que ha traído consigo no solo cambios en lo económico, en lo político y en lo social, sino cambios tan complejos que a solo unos cuantos años ya se presentan con un impulso que conlleva grandes avances en la ciencia, en la tecnología, en la cibernética, pero sin embargo, a pesar de estos cambios, no dejamos de reconocer las grandes contradicciones que la modernidad ha traído consigo: mayor injusticia y desigualdad. Bástenos con echar un vistazo a nuestra geografía y a los hombres que pueblan los diversos espacios de la vida nacional; hombres sedientos de justicia, hombres con el deseo de tener para ellos una vida digna, que les permita darse y dar a los hijos de sus hijos condiciones de vida con mayor calidad que sea compatible con nuestra naturaleza humana.

Por esto, lo que haremos es vincular los determinantes sociales de la salud que dan cuenta de las condiciones en que la población enfrenta el proceso de salud-enfermedad, de los recursos institucionales para su atención y de las diferencias que hay en México para acceder a los servicios de salud con el Trabajo Social que es

"la acción ejercida mediante metodología científica para el conocimiento de los factores sociales que influyen en la salud, para intervenir en la investigación, planeación y administración de programas tendientes a concientizar, organizar y movilizar a la población, a efecto de contribuir a las transformaciones sociales necesarias para la salud integral" (Valero, 2015, pág. 19).

# Acerca de los enfoques de los determinantes sociales de la salud

[...] desde el comienzo, el sistema de salud de México, nació dividido entre quienes tenían derecho sociales y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado (González, 2006).

Avance continuo, diferencias persistentes.

El enfoque de desarrollo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo enfatiza que las personas y sus capacidades son el criterio más importante para evaluar el desarrollo de un país.

Desde esta perspectiva, el desarrollo se concibe como el proceso de expansión de las libertades de los individuos, entre las cuales, tres son esenciales: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y lograr un nivel de vida digno (PNUD, 1990).

Existen dos concepciones de las determinantes sociales de la salud, una podríamos denominarla sectorial y a la otra integral. La primera, plantea su accionar especialmente o específicamente dentro del campo de la salud, es decir, secundariza las problemáticas de tipo social o estructural que conforman desde nuestro punto de vista la totalidad de la cuestión sanitaria.

La segunda, justamente, plantea lo opuesto, o sea, entiende a la salud como emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas desde lo teórico como en la práctica. Así esta aproximación a lo social, atendiendo a la consulta; la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud, como emergentes de una situación mucho más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral (Cordera, 2012).

Asimismo, hay que considerar las particularidades del medio ambiente en el que se encuentran asentadas las poblaciones y los hábitos que caracterizan a las personas, sus familias y sus comunidades.

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

La vulnerabilidad de las personas con relación a los determinantes sociales, es el resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales, se consideran vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo.

El que la población tenga acceso a la salud depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual de la riqueza y de los recursos se traduce en grandes diferencias en materia de salud al interior de las naciones Puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes ingresos económicos que limitan el desarrollo humano de las personas y por lo tanto sus determinantes sociales de la salud (Villar, 2007).

Condiciones de vida
y de trabajo

Desempleo

Reides sociales y comunitario

Reides sociales y

Gráfica 1. Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud

Fuente: OMS. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

En 2005, la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de Salud con el objetivo de apoyar a los países en la implementación de enfoques amplios que puedan hacer frente a los problemas de salud para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

- 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
- 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- 3. Medición y análisis del problema

Posteriormente, la Declaración de Río (2011) identificó cinco esferas de actividades para el abordaje de las inequidades sanitarias entre las que sobresalen la necesidad de una mejor gobernanza, la participación social, la reorientación del sector salud con foco en la reducción de las inequidades sanitarias, la cobertura universal de salud y la necesidad de adoptar un enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud.

# Diagnóstico sobre las condiciones de salud en México, sus determinantes sociales

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad, esta disminución se acompañó de un cambio igualmente significativo en las principales causas de discapacidad y muerte. Hoy en el país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición que en la primera mitad del siglo xx fueron las principales causas de muerte (Muñoz Martínez, 2011).

Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas y las prácticas sexuales inseguras.

En México habitan 118 millones 395,054 personas con una esperanza de vida de 74.5 años a nivel nacional; de 77 años para las mujeres y 71 para los hombres. Las entidades más pobladas son el Estado de México con 16.4 millones, seguida del Distrito Federal con 8.9 millones y Veracruz con 7.9 millones de habitantes (INEGI, 2010).

De acuerdo con las Proyecciones de Población 2010-2050, elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2050 habrá 150 millones 837,517 mexicanos, esto es 32 millones más, y la esperanza de vida a nivel nacional será de 79.42 años.

Debido a los avances en materia de salud que ha habido, nuestro país ha sufrido una transición epidemiológica; esta implica que las enfermedades infectocontagiosas han dejado de ser las principales causas de muerte y las enfermedades crónico-degenerativas han aumentado su prevalencia en la población y necesitan cada vez más recursos para su prevención y curación. Asimismo, con los avances que se han tenido durante décadas, la esperanza de vida se ha incrementado a la par que la mortalidad infantil se ha reducido considerablemente, lo que da paso a una transición demográfica, hacia una sociedad en donde cada vez hay un mayor número de personas de la tercera edad demandando atención y cuidados sanitarios.

El CONAPO estimó que en las siguientes tres décadas habrá una menor proporción de la población menor de 15 años y si bien la correspondiente a la mayor de 65 se incrementará, en el balance la población de 15 a 64 años incrementará su importancia en los próximos años. Esta combinación de las condiciones demográficas propicias constituye el llamado bono demográfico que brindaría al país la oportunidad de invertir en capital humano para enfrentar los retos del desarrollo y hacer frente al envejecimiento demográfico.

Las proyecciones establecen además que la población de mujeres en edad reproductiva en el rango que va de 15 a 49 años alcanzará los 32 millones 740,000 es decir, 27.7% del total de la población, amén de que representarán 54% del total de mujeres en el país. En este marco, la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva por las mujeres significará un desafío que la política pública debe considerar en sus planes y programas. Mientras que la población joven del país, que se ubica entre 12 y 29 años de edad, alcanzará los 37 millones 990,000 personas, lo que representa casi un tercio de la población total del país, al contabilizar 32.1%.

En el rubro de la vejez, se estima que la razón de dependencia a nivel nacional será de 10 personas de 65 o más años por cada 100 en edades laborales y que el estado con el nivel más alto de dependencia económica en adultos mayores es Oaxaca con 13 y el más bajo Quintana Roo, con cinco.

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte.

Diabetes Mellitus 80,788 24.70% Enfermedad del corazón 71,072 21.73% Cerebrovascular 31,235 9.55% Cirrosis y otras del hígado 28,392 8.68% Homicidios 27,213 8.32% Enfermedad pulmonar 6.91% 22,595 Hipertensión 18,942 5.79% Accidentes de vehículo 16,615 5.08% Enfermedades respiratorias 16,401 5.01% 13,858 4.24% Nefritis y nefrosis

Tabla 1 Principales causas de muerte

Fuente: (INEGI, 2014).

La diabetes, las enfermedades del corazón y cardiovasculares siguen siendo las tres principales causas de muerte en México (INEGI, 2014), juntas suman más del 50% de las muertes en el país.

Los homicidios se colocaron como quinta causa principal de decesos en México, con un notable crecimiento, pasando de la décima posición en el 2006 a la quinta en el 2013. Ocho de cada 100 mexicanos que fallecen tiene que ver con agresiones y violencia. Las muertes por homicidios, alcanzaron 27 mil 213 muertes en el 2013, lo que significa que casi se triplicaron en cinco años, y coincide con el ambiente de inseguridad y violencia que priva en parte del país.

Información del Consejo Nacional para la Prevención Contra Accidentes (CONAPRA) con cifras al 2011, revela que en las cuatro primeras causas de muerte no hubo cambios: diabetes (24.70%), enfermedades del corazón (21.73%), cardiovasculares (9.55%), y cirrosis y otras enfermedades del hígado (8.68%).

Las enfermedades crónico-degenerativas se explican en mucho por los malos hábitos de alimentación y consumo de alcohol y tabaco; hoy siete de cada diez mexicanos padecen de sobrepeso u obesidad, que se explica por un estilo de vida sedentario.

Datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), señalan que se suman los accidentes de tránsito y los suicidios, que son las tres principales causas de muerte en la población joven del país.

Otras enfermedades importantes de salud pública son las hepáticas, es decir, las del hígado, como la cirrosis y la hepatitis A, B y C.

Entre los tumores malignos destacan cánceres, en la mujer el cérvico-uterino, que ha disminuido, pero es alarmante ahora el de mama, que tiene una mortalidad de 10 fallecimientos por día. En tanto que en los hombres los más regulares son próstata, pulmón y gástrico.

Sobre las enfermedades cardiacas, el problema del corazón está relacionado con una alta prevalencia, es decir, de cada 100 hombres y mujeres de 20 años o más, 30 tienen problemas de hipertensión a nivel nacional.

Lo grave es que todos están expuestos, sino se controlan y cuidan, a que tengan una consecuencia cerebro-vascular como lo son hemorragias cerebrales, embolias y trombosis, entre otras, y de corazón la cardiopatía isquémica e infartos.

Sin embargo, existen importantes desafíos por superar derivados principalmente de la transición demográfica y de la desigualdad económica. Las muertes por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida –como la diabetes y la hipertensión–, así como las lesiones por accidentes o violencia, representan hoy el 85% de todas las muertes que se registran en México. Estos padecimientos son complejos y de tratamiento costoso.

El otro 15% corresponde a las muertes por enfermedades asociadas con la pobreza, siendo parte importante de los determinantes sociales de la salud, como las infecciosas, la desnutrición y las que tienen que ver con la reproducción, mismas que hace 50 años eran las más frecuentes en el conjunto de la población y que ahora afectan sobre todo a quienes viven en situaciones precarias. Las personas más pobres tienen mayor riesgo de morir a edades más tempranas que el resto de la población. Como puede apreciarse, la salud de la sociedad mexicana refleja las desigualdades sociales y económicas del país.

Esta desigualdad, expresada en la dimensión de la salud de las personas, puede observarse también entre regiones. Por ejemplo, en 2006 la tasa de mortalidad infantil en Nuevo León fue de 10.2 fallecimientos por cada mil niños nacidos, mientras que en Guerrero fue cercana a 25. En 2005, el porcentaje de muertes en menores de cinco años causadas por enfermedades infecciosas fue de 5.1% en Aguascalientes, mientras que llegó a representar 24% en Chiapas durante el mismo año.

En los sectores más rezagados socialmente conviven al mismo tiempo las llamadas enfermedades del subdesarrollo y las del desarrollo, lo que complica todavía más las soluciones. Sencillamente, la infraestructura para el tratamiento de las enfermedades asociadas a comunidades económicamente desfavorecidas es muy distinta a la que atendería enfermedades características de personas con niveles de vida apreciables.

Tomar en cuenta la dimensión demográfica de la sociedad mexicana es importante para comprender las necesidades más importantes en materia de salud. Para empezar, hay que considerar que la estructura de la población por edades ha variado mucho en las últimas décadas, lo cual plantea desafíos adicionales al sistema de salud, es decir, que no estaban necesariamente previstos por la oferta presente de servicios de salud (García, 2014).

Destacadamente, cada vez hay menos niños y más adultos. En 1970, de cada 100 mexicanos 19 eran niños de cinco años o menos. Ahora son solamente 9 de cada 100. Por contraste, la población en edad de trabajar se triplicó entre 1960 y 2000. Actualmente ésta representa el 65% de toda la población mexicana. Este dato distingue justamente nuestra transición demográfica, pues prácticamente dos terceras partes de la población son muy probablemente perceptores de ingresos por ubicarse en edades productivas.

Pero es necesario advertir que, por otra parte, la población de adultos mayores crece considerablemente y con ello poco a poco disminuye la base social de personas que aportan recursos al conjunto social. En otras palabras, el bono demográfico que representa un segmento mayoritario de la población en edad productiva se irá disminuyendo, indefectiblemente, con el tiempo. Se augura que en menos de 25 años el sector de adultos mayores pasará de 6 a 15.6 millones de personas, de manera que para el año 2030 representará 12% de la población nacional. Los problemas de salud de adultos y adultos mayores serán, por lo tanto, el componente que más atención demande (Calderón, 2007).

En promedio, la esperanza de vida aumentó de 51.7 a 75.7 años en cinco décadas. Ello representa un logro importante del Sistema Nacional de Salud. No obstante, la desigualdad que presenta la esperanza de vida entre las regiones y entre los sectores de población es dramática. Existen marcadas diferencias en los servicios de salud públicos entre los estados de la República. Mientras que el Distrito Federal cuenta con tres médicos y cinco enfermeras por cada mil habitantes, el Estado de México, Chiapas y Puebla tienen menos de un médico y una enfermera por cada mil. Estas disparidades entre regiones en materia de salud son inaceptables bajo un criterio elemental de justicia y son expresión de inequidad en desarrollo humano: en Oaxaca, Guerrero y Chiapas la esperanza de vida es casi 10 años más baja que en Baja California Sur, Nuevo León o el Distrito Federal.

Asimismo, en las zonas con menos de 5% de población indígena, la esperanza de vida promedia 78 años, y donde esta proporción es superior a 75%, se reduce a 66 años.

La pobreza, la desnutrición y la insalubridad que afectan a la población de menos recursos económicos, se relacionan con 3 y 2% de las muertes de mujeres y hombres, respectivamente, en ese sector de la sociedad. Si bien la proporción es reducida en comparación con otras causas de muerte, lo más doloroso es que se trata de muertes que pueden evitarse con un poco más de inversión en servicios públicos y capacitación a la población.

La posibilidad de enfermar es más grande entre las personas que habitan en municipios marginados. Esta proporción es de 1.7 veces mayor en los hombres y de 1.5 en las mujeres. Ello representa un obstáculo evidente al desarrollo humano de las personas que viven en dichos municipios.

Las acciones de combate a la pobreza han contribuido a disminuir la desnutrición y, con ella, la baja talla de los niños al nacer. Sin embargo, el número absoluto de estos niños, más de 1.2 millones, sigue siendo de una magnitud muy preocupante. Sencillamente, esta desventaja a una edad tan temprana resulta inaceptable, debido a sus efectos negativos en el desarrollo de esos mexicano (Calderón, 2007).

En México, el cuadro más frecuente de enfermedades contagiosas sigue siendo expresión de la falta de una cultura elemental de la salud en muchas de nuestras comunidades. Los padecimientos transmisibles más frecuentes en nuestro país son, en orden de importancia, infecciones respiratorias, diarrea, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.

Un avance muy importante en materia de salud ha sido el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. Por ejemplo, hace 50 años, uno de cada 12 niños fallecía ante de cumplir el primer año, y de los que sobrevivían, la mitad moría antes de los 35. Hoy, la sobrevivencia hasta el primer año es de 98.5% de los recién nacidos (Calderón, 2007).

Por lo que hace a las causas de muerte, la obesidad, los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio se relacionan con las enfermedades del corazón y la diabetes, que a su vez son responsables del 32% de las muertes de mujeres y del 20% en los hombres.

El sexo sin protección se asocia, de manera muy importante, al cáncer de cuello del útero en las mujeres, y a la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH-SIDA, entre los hombres. La tasa de mortalidad por SIDA en 2005 fue de 16.6 por mil en los hombres, y de 3.1 por mil en las mujeres.

Si bien los casos nuevos de SIDA se dan más frecuentemente entre los hombres, el porcentaje que representan las mujeres se ha ido incrementando con los años, de modo que en 2005 eran ya uno de cada cinco casos.

El virus del papiloma humano es el mayor causante de infecciones de transmisión sexual en los últimos años. El riesgo se incrementa debido a que un gran número de mujeres no ejerce de manera informada y protegida su sexualidad.

#### Estructura del sistema de salud en México

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos (Constitución, 2014), sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias; y la población con capacidad de pago.

El Sistema de Salud de México es un sistema organizado en tres ejes, cada uno de los cuales puede ser identificado con diferentes niveles socioeconómicos. Estos ejes son productos de la evolución histórica de un sistema que desde su nacimiento ha presentado una clara división entre aquellas personas que son beneficiarias de la seguridad social, conformada en su mayoría por trabajadores del sector formal de la economía, y quienes, por carecer de un empleo formal o encontrarse en situación de pobreza debían acceder a la cobertura en especies brindada por la Secretaria de Salud: la población abierta (Gómez Dantés, 2011).

El primer eje está conformado por la seguridad social y el seguro popular. Ambos sistemas implican el acceso a una cobertura integral de salud y beneficios sociales, tales como jubilación y pensión. Ahora bien, este primer eje se divide a su vez en dos sectores, la división se presenta a partir de la pertenencia o no a la economía formal.1

El segundo eje del sistema está conformado por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y la Secretaría de Salud, máxima autoridad nacional en el área. Como afirma el *Working Paper* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Secretaría es la institución rectora del sistema. La misma tiene a su cargo la elaboración de las normas mexicanas en el área, la actualización de las normas en regulación sanitaria y evaluar la prestación de servicios. A su vez, la misma provee atención de salud a la población que carece de aseguramiento: población abierta.

<sup>1</sup> Por economía formal entendemos a las personales que se desempeñan en cualquier ámbito laboral en el marco de las legislaciones laborales determinadas para cada país.

Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la población denominada abierta comprende un 49% de la población total del país, incluye a los auto-empleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo.

El tercer eje está conformado por los seguros privados de salud y los pagos realizados por prestaciones determinadas. Es decir, hay quienes se afilian a un sistema de protección en salud de manera privada.

México cuenta con 4,203 hospitales, de los cuales 1,121 son públicos y 3,082, privados. El sector público cuenta con un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la Organización Mundial de la Salud, que es de una cama por cada mil habitantes. Las instituciones de seguridad social tienen una tasa de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social (Gómez Dantés, 2011). Claramente, en nuestro país aún existe un significativo déficit de camas hospitalarias por cada mil habitantes.

En el orden más general de la vida social, el acceso a servicios de salud no alcanza aún a toda la población, y pagar por servicios privados resulta muy difícil para la mayoría. Entre 2000 y 2005 se aprecia una disminución de la población no derechohabiente debido, principalmente, a la elevada afiliación al Seguro Popular, que es un seguro médico voluntario dirigido a evitar el empobrecimiento de las familias por gastos emergentes de salud.

La falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos no generan los mismos efectos en la prestación de los servicios de salud de las diferentes dependencias, pues puede llegar en algunas ocasiones hasta el 20%.

En cuanto a la cantidad de personal capacitado disponible en el sector salud, México tiene 1.85 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio internacional deseable, que es de tres médicos. Cabe señalar que además de este indicador debe también atender la distribución geográfica de médicos.

La desigualdad se observa también entre instituciones. PEMEX, por ejemplo, tiene un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos. Ello refleja que existen diferencias entre los servicios de salud que reciben derechohabientes del sector paraestatal.

El abasto de medicamentos ha mejorado en las unidades de atención ambulatoria, no así en los hospitales. Mientras que en las unidades de IMSS-Oportunidades ha sido posible surtir hasta 94.3% de las recetas expedidas por sus médicos, los servicios estatales de salud apenas lograron 61.2%.

La cobertura efectiva también es desigual. En conjunto, el Distrito Federal registra la mayor cobertura de servicios, que alcanza a 65.1% de la población, en tanto que Chiapas tiene un alcance de 54%.

Es evidente que la modernización de los servicios de salud requiere grandes inversiones para lograr los estándares deseables. México destina 6.5% de su producto interno bruto al rubro de la salud, cifra menor al promedio internacional.

El aumento de recursos financieros no basta para elevar la calidad de los servicios de salud. Se requiere del compromiso de sus médicos y enfermeras para brindar una atención más responsable, eficiente y amable. Si bien no es solo en los servicios públicos donde se da un trato con frecuencia poco amigable, sí es en ellos donde se registra el mayor número de quejas de los usuarios en ese sentido.

El esfuerzo del Estado mexicano por hacer accesibles los servicios de salud a más personas, se ha reflejado en una infraestructura hospitalaria y de servicios médicos de grandes dimensiones, aunque se enfrenta al doble desafío de atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo, como son la desnutrición y las infecciones que afectan principalmente a la población marginada, y padecimientos propios de países desarrollados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Hacer frente a esta doble problemática representa un reto muy complejo, que para ser atendido adecuadamente requiere de la unión de recursos y compromisos entre la sociedad y los tres órdenes de gobierno. Esta suma de esfuerzos resulta indispensable para moderar las inequidades y acelerar el camino hacia la igualdad de oportunidades para los mexicanos, lo que es esencial para un progreso y una prosperidad (Calderón, 2007).

A partir de la reforma de 2003 a la Ley General de Salud se crea el Sistema de Protección Social de Salud. El mismo ha buscado consolidar el avance hacia la universalidad en materia de salud y la conformación de un ámbito de protección financiera para aquel sector de la población más desprotegido y que se encontraba en importante desigualdad de condiciones en materia de acceso a servicios de salud (LII Legislatura, 2015).

# Desafíos para el sistema de salud

Podemos sinterizar los desafíos que se presentan en México, particularmente dentro del Sistema de Salud y que se encuentran enmarcados dentro de las determinantes sociales de la salud.

- Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
- Abatir las desigualdades e inequidades y la exclusión social en salud.
- Proteger a la población de daños y riesgos a la salud (acumulación epidemiológica).
- Contribuir a la cohesión social y garantizar a los ciudadanos el derecho social a la salud.
- Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS).
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.
- Fortalecer el derecho a la salud, como un cumplimiento a las estipulaciones internacionales de los derechos humanos, y como seguimiento de las normas imperativas aceptadas por la comunidad internacional.

Alcanzar los compromisos que se expresan en los Objetivos del Milenio (ONU, 2013) observamos que siguen presentes los determinantes sociales de la salud, que limitan el goce pleno del derecho a la salud, ya que los brutales efectos que ha traído consigo la crisis económica del país, ha tenido su mayor efecto en sectores esenciales para el desarrollo social, como lo son la educación, la salud, la vivienda, el empleo, ya que si bien se han ampliado programas sociales, estos han demostrado en unos cuantos años y hasta meses su inoperancia (Ejemplo: Oportunidades, Progresa y Prospera).

#### Conclusiones

Con base a lo anterior, nos planteamos como profesionales el compromiso de atender a un mayor número de personas con menos recursos, lo que implica echar a andar nuestra creatividad, tener un espíritu emprendedor, que nos permita de manera conjunta con los sujetos con quienes estamos vinculados desarrollar iniciativas que logren atender y solucionar en el mejor de los casos, los problemas y las necesidades sociales. Por ello, las futuras generaciones de trabajadores sociales deberán de contar con nuevos conocimientos y nuevas herramientas para el ejercicio profesional.

# REFERENCIAS

Calderón, F. (2007). Plan Nacional de Desarrollo. México: Presidencia de la República.

Constitución, P. d. (2014). "Artículo 4º". México: Porrúa Hermanos.

Cordera, R. C. (2012). Los determinantes sociales de la salud en México. México: Fondo de Cultura Económica.

García, V. L. (2014). Estudio de los determinantes sociales de la salud en una población semiurbana del estado de Michoacán. México: Programa de Posgrado en Ciencias Médicas.

Gómez Dantés, O. M. (2011). "Sistema de salud de México". Salud Pública, México, Vol. 53(2), 220-232.

González Pier E; Barraza Lloréis M; Gutiérrez Delgado C; Vargas Palacios A; (2006). Sistema de Protección Social en Salud –Elementos conceptuales, financieros y operativos – Secretaría de Salud de México, FCE. México.

INEGI (13 de Septiembre de 2014). Cuéntame. México, INEGI.

LII Legislatura, C. d. (4 de junio de 2015). Ley General de Salud. México, México: Secretaría de Gobernación.

Moix, M. (2006). Teoría del Trabajo social. Síntesis, Madrid.

Muñoz Martínez, J. (2011). Los determinantes sociales de la pobreza en la salud pública. México: Facultad de Ciencias, UNAM.

ONU. (2013). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington: ONU.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990). "Informe desarrollo humano" [en línea], disponible en: http://www.undp.org/spanish/about/basics.shtml, recuperado: 25 de octubre de 2015.

Valero, C. A. (2015). Desarrollo Histórico del Trabajo Social. México: ENTS-UNAM.

Villar, E. (2007). "Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado". Saúde Soc., Vol. 7, 7-13.

# Los determinantes sociales en el campo de la salud: una mirada socioantropológica y del trabajo social

Guillermo Campos y Covarrubias

#### Resumen

El presente trabajo reflexiona en torno a la salud, los procesos y modelos que se han implementado en los últimos años bajo la visión de los determinantes sociales o como los denomina la OMS "las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales", en las cuales se ven factores invariables como edad y sexo; los cuales se ven alterados a través del estilo de vida del individuo que se reproduce por medio de las redes sociales comunitarias en factores concretos, como educación, vivienda, seguridad social, etcétera.

Existen definiciones y corrientes teóricas metodológicas que abordan este problema, desde un aspecto biopsicosocial. En nuestro país, no ha sido más que un discurso dentro de la política sustentable de la salud (Bermúdez, 2009). En cuanto a las ciencias sociales y los profesionales e investigadores analistas y políticos no es más que un campo para la discusión, sin generar alternativas de solución a un problema que al igual que la pobreza pone en situación de alarma a la población mexicana, existiendo pocas opciones de programas y políticas.

Se hablará desde la Socioantropología y el Trabajo Social de esta problemática, ubicados en el modelo de universalización de los servicios de salud, el cual consiste en la cobertura total de salud, haciendo énfasis en la diferencia entre programa y modelo. Existen definiciones y corrientes teóricas metodológicas que abordan este problema, desde un aspecto biopsicosocial. En nuestro país, no ha sido más que un discurso dentro de la política sustentable de la salud.

Palabras clave: salud, modelos, factores, procesos.

#### **Abstract**

The present work reflects on health, the processes and models who have been implemented in the last years under the vision of the social determinants or it names since the WHO "the socioeconomic, cultural and environmental conditions", in which factors are seen as age and sex; which meet altered by style that of life of the individual who reproduces by means of the social community networks in concrete factors, as education, housing, social safety, etc.

There exist definitions and theoretical methodological currents that approach this problem, from an aspect biopsicosocial. In our country, it has not been any more than a speech inside the sustainable politics of the health. As for the social sciences and the professional and investigative analysts and politicians it is not any more than a field for the discussion, without generating alternatives of solution to a problem that as the poverty puts in situation of alarm to the Mexican population, existing few options of programs and political.

One will speak from the Socioantropología and the Social Work of this problematics, located in the model of universalization of the services of health, who consists of the total coverage of health, doing emphasis in the difference between program and model.

Keywords: Health, models, factors, processes.

#### Desarrollo

Los antecedentes de la seguridad social a nivel mundial se remiten a Inglaterra en el año de 1942. En México, la seguridad social aparece en la década de los años cincuenta, con la creación del Instituto Mexicano de Seguridad Social, en respuesta a las demandas sociales originadas en la revolución mexicana.

Para hablar sobre determinantes sociales en la salud, es importante la incorporación de profesionales de las ciencias sociales, como es el caso del trabajador social, cuya disciplina tiene su origen en el sistema salud. Las enfermeras eran las encargadas de la recuperación de datos de identificación de los pacientes, así como de la información de su familia, realizando lo que hoy conocemos como familiogramas, pero esta labor requería de más técnica y es así como surge el Trabajo Social.

Es importante mencionar que los datos anteriores nos brindan una visión más amplia sobre las determinantes sociales en la salud, a partir de la incorporación de los estudios socioeconómicos en la atención médica, lo cual nos permite conocer las actividades laborales, hábitos alimenticios y culturales del paciente.

La identificación de los factores sociales de la salud es indispensable al momento de desarrollar políticas públicas que busquen dar atención a las demandas de la sociedad. En respuesta, el Estado, a través de sus instituciones, tratará de dar solución a las exigencias de la población.

A continuación, se presentaran algunas concepciones y definiciones sobre los determinantes sociales de la salud:

[...] son las circunstancias en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2014).

También se entiende como "las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud, o las características sociales en que se desarrolla la vida" (Frenz, 2005: 105).

Es decir, la influencia de varios factores (vejez, pobreza, contaminación, drogas, violencia) pueden afectar la salud de las personas y el de las comunidades, con ello, el contexto en el que se desenvuelvan se reflejará en la preservación o deterioro de la calidad de vida de los seres humanos.

Hablar de los determinantes sociales, va más allá de la disponibilidad de los servicios de salud, es decir, entender las causas por las que las desigualdades obstaculizan las oportunidades de los individuos para ser saludables. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud declara que:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de la salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y servicios, y por consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y la posibilidad de tener una vida prospera (Organización Mundial de la Salud, 2008: 01).

Si bien es cierto que América Latina se encuentra en un importante crecimiento económico, no ha sucedido lo mismo con lo social. Los ingresos monetarios de la población no le permiten cubrir sus necesidades básicas gracias a la desigualdad en la que se encuentran. "La desigualdad tiene implicaciones importantes tanto para la salud como para sus determinante sociales, ya que conduce a una mayor estratificación en los países y entre ellos" (Marmot *et al.*, 2013: 382).

El neoliberalismo y su influencia sobre América Latina específicamente, ponen en debate la necesidad de que se reconsidere la importancia del acceso universal a la salud como un derecho humano imprescindible.

Sin embargo, a raíz de la celebración en 2011 de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud en Río de Janeiro, se vigorizan las intenciones de llevar los esfuerzos realizados a la aplicación de políticas públicas.

Es indispensable hablar de programas de cobertura universal, como es el caso de países como Cuba, Perú, Uruguay y Japón, pero es pertinente aclarar que las dimensiones de población no son las mismas en todos los países, la explotación demográfica es un impedimento para la realización de dichos modelos universales en algunos gobiernos. La Organización Mundial de la Salud declara que cada país es libre de decidir lo que considera cobertura universal en salud, lo cual permite casos en donde solo se presta atención a un padecimiento en específico, aunque existan muchos más e incluso más dañinos a la vida humana.

Es necesario un esfuerzo que involucre a todas los partes de manera integral y efectiva

Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud han de contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales (OMS, 2008: 01).

Cabe destacar que en algunos países de América Latina se han dado los primeros pasos por reducir las inequidades en la salud a través de diferentes estrategias

[...] en Brasil se estableció la Comisión Nacional de los Determinantes Sociales de la Salud, en Argentina y Chile, donde se crearon estructuras para promover este enfoque... mediante la acción a nivel local y nacional (Marmot *et al.*, 2013: 382-383).

Aun cuando se aplican acciones que tienen en cuenta las determinaciones sociales, siguen existiendo las inequidades en el acceso a la salud.

Los países necesitan seguir cuantificando su progreso con los determinantes sociales de la salud, abordar retos nuevos y emergentes y estrategias de mejora y ajustar gradualmente sus políticas y programas (Marmot *et al.*, 2013: 384).

Así mismo sería factible la cooperación entre los países, con el fin de intercambiar experiencias sobre sus esfuerzos y retroalimentar los mismos, dadas las particularidades de la región.

Para actuar sobre los determinantes sociales, los gobiernos de cada país deben coordinar sus esfuerzos con cada una de sus partes, con el fin de lograr reducir las inequidades de la salud e incidir en el mejoramiento de esta. "El desarrollo de la gobernanza, gracias a la cual todos los sectores asumen la responsabilidad de reducir las inequidades en salud, es esencial para lograr este objetivo" (OMS, 2011: 12).

Antes de continuar, es importante definir gobernanza, con el fin de tener puntualizado el término y su importancia:

La gobernanza estudia todos los mecanismos, procesos y reglas a través de los cuales se ejerce la autoridad económica, política y administrativa de una organización, tanto empresarial como estatal o del tercer sector (ONG's). Busca comprender cómo queda determinada la conducta de las instituciones por todo el variado conjunto de agentes y reglas que influyen sobre ella (Instituto de Gobernanza Empresarial y Pública en la Organización Mundial de la Salud (2011: 13).

[...] la manera en que los gobiernos (incluidos sus diferentes sectores constitutivos) y otras organizaciones sociales interactúan, al modo en que estos organismos se relacionan con los ciudadanos y a como se toman las decisiones en un mundo complejo y globalizado (Graham, 2011:13).

Concebido como todo un proceso en donde se toman decisiones, es necesario delimitar y definir quiénes las tomarán y quiénes se harán cargo de asumir las responsabilidades, de la misma manera, la sociedad civil debe ser protagonista a través de su participación.

El hablar de equidad en el acceso a los servicios de salud, se refiere a la distribución de los recursos que permitan enfrentar los problemas relacionados con la salud que sufre la sociedad. "Ciertamente la equidad no trata solo de la distribución de la salud... en efecto la equidad en salud tiene un alcance y relevancia enormemente amplios" (Zen, 2002: 302).

Sin los facilitadores necesarios para que se dé la participación de los individuos y comunidades, no se lograría el objetivo de reducir la inequidad en la salud ya que no se involucrarían en el diseño, supervisión y evaluación de las políticas públicas.

La participación es una intervención clave para fortalecer la sostenibilidad política en los niveles nacional y mundial, y para conseguir que las políticas y las intervenciones reflejen las necesidades de la gente. Es de especial importancia la participación de las comunidad para garantizar la responsabilidad de las decisiones (OMS, 2011: 18).

Es imperante el involucramiento de los individuos dentro de las alternativas de solución para sus problemas, ya que de esta forma la población misma es la encargada de asignar las prioridades a sus dificultades dentro del contexto en el que se desarrollan.

Sin embargo, dicha participación puede encontrar dificultades en las medidas gubernamentales que obstaculizan de forma activa la capacidad que tienen las comunidades de exponer sus preocupaciones acerca de las condiciones de la vida diaria y proponer soluciones para los problemas.

El otorgar poder de decisión al pueblo e involucramiento en la vida política del país, reforzará a su vez las relaciones entre los grupos políticos y sus correligionarios, según la OMS:

[...] un grupo más amplio de partidarios que se identifiquen con los procesos políticos y crean en los cambios y en sus beneficios subsiguientes, la participación de las comunidades puede impulsar reformas difíciles (OMS, 2011: 19).

Esto quiere decir que se debe dar una nueva distribución del poder en pos de las comunidades, con la libertad de tomar sus propias decisiones; pero también de las consecuencias de estas.

De acuerdo con la Comisión sobre Determinantes Sociales en la Salud (2008: 2) se deben seguir tres recomendaciones:

- Mejorar las condiciones de vida. Mejorar el bienestar de las niñas y mujeres, las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no solo hay que fortalecer instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalué la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones de equidad sanitaria.

#### Algunos de los principales determinantes sociales:

La inequidad en el reparto de los recursos, ya sean naturales o económicos, forma parte de los determinantes sociales debido a que, el carecer de ellos afecta directamente al desarrollo humano. El no contar con la solvencia económica para adquirir una dieta balanceada, el estrés provocado por no poder cubrir las necesidades básicas tanto del individuo como del hogar, no permiten gozar de salud.

Las personas de escasos recursos al enfermar, no siempre cuentan con servicios de atención médica pública. El subempleo o bien el desempleo no permiten a los individuos incorporarse a servicios médicos públicos, y mucho menos el poder costear los gastos de un servicio privado, es cuando acuden, en el mejor de los casos, a los programas como el seguro popular, pero debe tomarse en cuenta que no todas las enfermedades se encuentran en el catálogo de gratuidad, y hay atención a ciertas enfermedades que pueden llegar a ser costosas, quizás mucho más barato que en el servicio privado, pero implican un costo que en ocasiones no puede solventar la población más pobre.

El medio ambiente es un factor determinante en la salud de todos los individuos, la contaminación no discrimina entre pobres y ricos, aunque es cierto que dependiendo del contexto en el que se desarrolle la persona será el impacto del daño. Una población que se encuentre en una ciudad urbana, que cuente con todos los servicios públicos, no es garantía de que no se vea afectada por la contaminación, ya que el aire es un gas en movimiento, y afectará la salud. Cabe destacar que no será el mismo tipo de problemas de contaminación, ya que una comunidad establecida en una zona industrial, dónde se encuentran más cerca de los desechos tóxicos, será más gravemente afectada en cuestiones de salud.

La contaminación del agua mayormente frecuente en países subdesarrollados, y comunidades rurales es un riesgo muy latente, que no solo puede llevar a las personas a contraer una enfermedad sino hasta la muerte.

El desarrollo regional es un determinante social en la salud, debido a que un territorio se va consolidando por regiones, estas regiones se constituyen dependiendo sus características, ya sean de tipo de actividad económica, recursos naturales, infraestructura, entre otras. Estas regiones se construyen debido a sus diferencias, y dentro de ellas podemos encontrar la estratificación social, los sujetos que carecen de recursos se establecen en zonas irregulares; lo cual conlleva riesgos como el estar cerca de industrias altamente contaminantes, que no cuenten con servicios como agua potable, y con mayor porcentaje de riesgos ante fenómenos naturales.

La infraestructura para servicios de atención médica no es la misma entre regiones, por ejemplo, en el caso de México podemos constatar que los principales hospitales se encuentran en la región centro, no es que las personas de la zona sur no se enfermen, sino que la distribución de estos servicios no es equitativa; las personas alejadas de la zona centro, además de no contar con servicio médico especializado, en los casos en los que requieren otro nivel de atención, los enfermos tienen que desocupar su residencia y enfrentar los gastos que esto contrae.

La educación es un punto de análisis relevante en cuestiones de salud, desde la educación de la población en general; como es el saber preparar los alimentos adecuadamente, vivir en condiciones de higiene, asistir a los servicios médicos y tener conocimiento de programas establecidos por sus gobiernos en el caso de no contar con seguridad social.

En el caso de la educación y la formación médica, va desde enseñar al médico a tratar a los pacientes, en ocasiones se les olvida que tratan con personas, deshumanizándose sobre el dolor. Otra de las acciones en cuestiones de formación médica es ampliar la matrícula, ya que siguen faltando médicos para abastecer a la población, los hospitales, que tampoco son suficientes, cuentan con poco personal en comparación a la alta demanda, a los residentes y prestadores de servicio social, en ocasiones se les carga de trabajo, y este excesivo desgaste físico los lleva a cometer negligencias médicas. La cultura se entiende como un conjunto de patrones aprendidos y desarrollados por los sujetos, dentro de una sociedad. (Malinowski, 1975).

Es importante la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud, ya que esto podría mejorar la salud de las personas sin enfocarse a sus preferencias sexuales o cuestiones de género. De igual forma es pertinente que se incorpore en la formación médica que en las investigaciones clínicas se tome como referencia también a la mujer, ya que es comprobado que biológicamente el cuerpo de un hombre y una mujer no son iguales, los tratamientos y el desarrollo de la enfermedad no son iguales, muchas veces mueren mujeres debido a confusiones en el diagnóstico por falta de conocimiento o incluso por anteponer sus juicios de valor, un ejemplo es la prevención de infartos, mujeres que llegan a tiempo y no son atendidas, debido a que el médico afirma que está sufriendo un ataque de ansiedad.

Las personas migrantes indocumentadas, son en especial vulnerables al no gozar de salud óptima, por el simple hecho de trasladarse de un lugar a otro en condiciones poco cómodas, donde pueden contraer infecciones gastrointestinales debido a la poca higiene para preparar alimentos e incluso el poco aseo de ellos, deshidratación y desnutrición, aunado a los riesgos que corren como violaciones en las cuales pueden contraer infecciones de transmisión sexual.

El pertenecer a un grupo étnico poco dominante en la sociedad, puede ser un factor de discriminación en los servicios de salud, como lo fue el caso de la mujer indígena de la comunidad del tamarindo en la costa chica de Guerrero, que dio a luz en plena banqueta, frente al hospital comunitario.

Los medios de comunicación actualmente han invadido de anuncios y comerciales, en los cuales ofrecen productos milagro, especialmente medicamentos para la gastritis, colitis, hemorroides, relajantes, acné, control de obesidad, caída del cabello, caspa, verrugas, fomentando la automedicación, evitando asistir al médico a que otorgue un diagnóstico apto al padecimiento y el medicamento correcto.

Por otro lado también colabora a los estereotipos de cómo debe ser nuestro físico, y puede ocasionar depresión y trastornos alimenticios, por no alcanzar esas siluetas corporales que en la mayoría de las ocasiones son operadas o manipuladas con photoshop.

La religión puede afectar la salud de un ser humano, ya que es bien sabido que el tener ciertas creencias en algo, en ocasiones interfiere con la salud, ya que evita por prohibición procedimientos quirúrgicos, transfusiones y donaciones de sangre, aun cuando corra riesgo la vida de la persona, un ejemplo de esto son los testigos de Jehová.

La cultura es la base de toda organización social, la intención de dejarla al último es para realizar una integración de cada uno de los aspectos antes mencionados, ya que todos estos son existentes gracias a los procesos culturales. Pero de igual forma podemos ampliarlos, por ejemplo los hábitos alimenticios, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, cierto tipo de empleos.

Cada país, e incluso cada región, tienen su propia cultura, que está influenciada por varios factores, entre ellos, los pueblos que pasaron por esos territorios, la música, la danza, la forma de vestir, la tradición, el arte, la religión, etc. La cultura va más allá de las fronteras, pudiendo haber una misma cultura en diferentes países y diferentes culturas en un mismo país, mezclando contenidos de unas con otras.

Busca alcanzar o representar el conocimiento con experiencia de una comunidad, que ha sido aprendido por la organización de su espacio, llegando a lo que podríamos llamar su alma cultural en el sentido de los estándares estéticos ideales de comportamiento y formas de presentación, todos ellos diseñados para sus necesidades. Podríamos decir, que todo aquello que no forma parte de la naturaleza, es decir todo lo modificado por el hombre, creado por el hombre, es cultura, todo lo social, por lo tanto la cultura es el principal determinante social y de ella parten todos los mencionados anteriormente. La cultura es la base de toda organización social, la intención de dejarla al último es para realizar una integración de cada uno de los aspectos antes mencionados, ya que todos estos son existentes gracias a los procesos culturales. (Clifford, 1973).

Tabla 1. Las enfermedades causantes de mayor número de defunciones a nivel mundial

N°	Causa	N° estimado de muertos (en millones)	Porcentaje del total de muertos
1	Cardiopatía Isquémica	7.25	12.8
2	Afección cerebrovascular	6.15	10.8
3	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3.46	6.1
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.28	5.8
5	Enfermedades diarreicas	2.46	4.3
6	VIH/SIDA	1.a78	3.1
7	Cánceres de tráquea, bronquios o pul- món	1.39	2.4
8	Tuberculosis	1.34	2.4
9	Diabetes mellitus	1.26	2.2
10	Cardiopatía hipertensiva	1.00	2.0

Fuente: Causes of death 2008 update

Tabla 2. Las enfermedades con mayor número de defunciones en México

Enfermedad	Defunciones
Diabetes mellitus	75,572
Enfermedades isquémicas del corazón	59,579
Enfermedad cerebrovascular	30,212
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2,822
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20,565
Enfermedades hipertensivas	15,694
Infecciones respiratorias agudas bajas	15,096
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	14,767
Nefritis y nefrosis	12,592
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,697

Fuente: SINAIS, 2008

La intención de colocar las tablas es para reconocer las enfermedades que ocasionan con mayor frecuencia defunciones, a su vez identificar los determinantes sociales que originan dichas enfermedades, y de ese modo poder realizar un análisis. En el caso de la diabetes mellitus que la segunda causa de muerte en nuestro país, podemos decir que es consecuencia de una mala dieta, y esta puede ser originada por varias cuestiones como lo es no tener recursos económicos para costear alimentos sanos, malos hábitos derivados de la adopción de otro esquema de vida, como lo es incluir comida rápida en la alimentación, la actividad diaria que no permita la preparación de alimentos.

Con esto podemos relacionar los procesos de enculturación, que es la transmisión de formas de conocimientos, pensamientos, costumbres a las generaciones más jóvenes, conservando ciertos estilos de vida que se acomodaban al contexto en el que se desenvuelven. Pero cuando se enfrentan ante el caso de la transculturación, que es cuando un grupo social recibe, transforma y adopta las formas culturales que proviene de otro grupo, sustituyendo gran parte de sus prácticas culturales, se pueden sufrir cambios tan drásticos en los estilos de vida, que puede verse reflejado en el deterioro de la salud de los individuos.

La salud humana, no se puede estudiar únicamente desde la perspectiva biológica, ya que todo lo que incluye al hombre en sociedad se ve directamente relacionado con la cultura, los hábitos, costumbres, pobreza, discriminaciones por etnia o género. El querer mantener o recuperar la salud de un individuo sin tomar en cuenta los aspectos sociales parece un error.

Quedando clara la idea anterior, se puede afirmar que el número creciente de enfermedades, es debido al poco interés de integrar a la problemática de la salud los aspectos sociales, cuando un médico recomienda a un paciente ingerir alimentos con una dieta más balanceada, no toma en cuenta el modo de vida de ese sujeto, si su trabajo le permite la preparación de dichos alimentos, o cuenta con el poder adquisitivo para efectuar la dieta.

# Conclusiones

La importancia que se brinda a los determinantes sociales es mínimo en cuestiones de salud. Se le otorga mayor relevancia al descubrimiento de intervenciones quirúrgicas, medicamentos. La descripción de los determinantes sociales es un gran avance, debido a que es relevante el identificarlos, pero la descripción por sí sola, no propone nada, es indispensable enfocarse en acciones de prevención a la enfermedad.

En el campo de la salud en los últimos años, se ha tenido el cuidado, por parte de los profesionales del bienestar biológico social de los individuos, de ver a la enfermedad no solo desde el punto biológico, sino desde la perspectiva biopsicosocial.

Para lo cual se han interrelacionado estos profesionales con las ciencias sociales, abriendo el horizonte interdisciplinar al mundo multidisciplinar, a la transdisciplinariedad y a la ciencia sin frontera.

Es así como los procesos de la salud enfermedad han sido en gran medida determinados por los factores socioeconómicos, sobretodo de la pobreza. Factor que provoca una serie de fenómenos no solo de carácter social, sino, como se dijo anteriormente, de salud.

Hoy en día es muy común escuchar hablar de enfermedades producto del carácter social, tales como: depresión, estrés, colitis nerviosa, gastritis, diabetes mellitus, trastornos alimenticios. Por lo que los organismos internacionales abocados a la salud hablan de las condicionantes socioeconómicas, ambientales y culturales, como son producción de alimentos, educación, ambiente laboral, condiciones de vida y trabajo, agua y saneamiento, vivienda.

Finalmente, queda claro que la salud de un individuo, se ve afectada por factores más allá de los biológicos, como lo son los estilos de vida, redes sociales y comunitarias, condiciones de vida y de actividades laborales (ambiente laboral), desempleo, educación, agua y saneamiento, servicios de atención a la salud, vivienda, agricultura y producción de alimentos.

# REFERENCIAS

- Bermúdez Sánchez, Roberto (2009). "Salud y metamorfosis", Metamorfosis Nacional, México, EDIMPRO, 2009, 231-253.
- Bronislaw, Malinowski (1975). "La cultura" en Kahn, J. S. El concepto de cultura: textos fundamentales, Barcelona, Anagrama, 85-127.
- Clifford, Geertz (1973). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. La interpretación de las culturas, Nueva York, Gedisa, 19-40.
- Frenz, P. (2005). "Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud". Revista Chilena de Salud Pública, 103-110.
- Graham, J.; Amos, B.; Plumptre, T. (2003). "Principles for good governance in the 21st century". En Organización Mundial de la Salud, Cerrando la brecha: La política de acción sobre los Determinantes sociales de la salud. Conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasil, 13.
- Marmot, M. et al. (2013). "Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas". Revista Panamericana de Salud Pública, 382-384.
- Instituto de Gobernanza Empresarial y Pública (2014). *Instituto de Gobernanza Empresarial y Pública*. Disponible en http://www.igep.org.ar/index.php/gobernanza, consultado el 13 de septiembre de 2014.
- OMS (2008). Subsanar las desigualdades en una generacion. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.
- ---- (2011). Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud. Brasil: Organizacion Mundial de la Salud.
- ---- (2014). Organizacion Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/social\_determinants/es/, consultado el 13 de septiembre de 2014.
- Zen, A. (2002). "¿Por qué la equidad en la salud?", Revista Panamericana de Salud Pública, 302-309.

# FACTORES DE RIESGO SOCIAL MODIFICABLES

Blanca Lilia Gaspar del Ángel

#### Resumen

El presente artículo representa una revisión y una reflexión de los factores y problemas ejes en las intervenciones sociales en salud en enfermedades crónicas. Se hace un análisis de las intervenciones y la evaluación que de ellas emana para evidenciar su impacto en la salud. Se describe la importancia en el marco progresivo para alcanzar la salud de la población según la Organización Mundial de la Salud y de las intervenciones sociales al analizar estadísticas de la obesidad y el cáncer. Posteriormente, se hace una reflexión respecto de la dirección que deben llevar las intervenciones en las enfermedades crónico-degenerativas considerando el proceso histórico en el entendimiento del proceso salud-enfermedad. Se realiza en este apartado una comparación breve de los paradigmas de la salud poblacional, y se ponen en la mesa de discusión los conceptos relacionados en el campo de lo social: la trilogía "illness", "disease" y "sickness". Finalmente, se cuestionan los factores de riesgo modificables desde el enfoque de los estilos de vida y de los determinantes sociales. Se hace una propuesta para las intervenciones en salud desde el Trabajo Social.

Palabras clave: salud, enfermedad, social.

#### **Abstract**

This article represents a review and reflection on the main problems and factors of health social interventions on chronic diseases. An analysis is made regarding the interventions and their evaluations to show the impact on health. We describe the importance in the progressive framework to reach the population health based on the stated by the World Health Organization and based on the social interventions by analyzing statistics on obesity and cancer. A reflection is after carried out regarding the course the interventions should take when considering chronic-degenerative diseases, taking into account the historical processes in the understanding of the health-disease process. A brief comparison is made in this section of the paradigms of the population health, and the concepts related to the social field are presented for discussion: the trilogy "illness", "disease" and "sickness". Finally, the modifiable risk factors are discussed from the lifestyles and social decisive approaches. A proposal is then made for health interventions from the Social Work point of view.

Keywords: Health, disease, social.

# Introducción

Reducir las desigualdades sociales en salud es uno de los desafíos más importantes que enfrentan los profesionales de la salud; la World Health Organization (WHO, 2008) hace un llamado a establecer e implementar medidas para su reducción. Los organismos internacionales y nacionales coinciden en que se requiere de intervenciones específicas que incidan en las desigualdades sociales relacionadas con la salud (Petticrew *et al.*, 2004). Sin embargo, a las intervenciones y estrategias de prevención que han sido evaluadas se cuestiona la metodología utilizada en relación al impacto, así como de los parámetros cualitativos utilizados para incidir en una mejor salud.

Es necesario proporcionar evidencia sobre las intervenciones en salud ya que estas orientan en su momento a la toma de decisiones correctas, por su impacto poblacional tienen la facultad de cambiar la distribución de los riesgos para la salud al abordar el gradiente social, económico y ambiental. Las intervenciones no solo deben derivar de programas o políticas diseñadas y desarrolladas en el sector de la salud, sino también las que se realizan por otros sectores como el educativo (Hawe, 2009).

Las intervenciones sociales en salud son consideradas por la OMS como acciones estratégicas que con una buena orientación puede incidir en las enfermedades crónicas ya que la población que las presentan pueden someterse a períodos largos de tratamiento, percibir cambios en su estilo de vida y actitud, e intentar mantener conductas de autocuidado (Ogilvie *et al.*, 2005).

Dado que representan las principales causas de morbilidad y están relacionadas con las causas de mortalidad, es necesario analizar los factores de riesgo causales al respecto, ya que las estrategias de prevención y control no solo deben contemplar parámetros biológicos sino incluir los factores psico-sociales.

Para las intervenciones de corte social en salud se propone el conocimiento amplio de las dimensiones psico-sociales en su planeación, pues si bien predomina el enfoque biologicista, las redes sociales y las formas de experimentar la enfermedad deben ser objeto de intervención.

#### Desarrollo

Evaluar el impacto de las intervenciones sociales en salud no ha sido nada fácil, algunos estudios refieren que la evidencia sobre los efectos de las intervenciones está sesgada por la aplicación de métodos de evaluación poco rigurosos o por la nula evaluación al respecto (Ogilvie *et al.*, 2005).

Las intervenciones de carácter poblacional son menos frecuentes que las intervenciones locales o individuales, debido a que para las primeras se requiere de diseños de evaluación más rigurosos. La mayoría de las evaluaciones a nivel poblacional se hacen con ensayos controlados aleatorios, los estudios realizados al respecto concluyen sobre la eficacia, pero no identifican categorías adicionales de
intervención que ameritan más investigación, no proporcionan evidencia para cuestionar los supuestos sobre los efectos reales de las
desigualdades y la política y tampoco las dimensiones sociales en la población como lo son las percepciones, las opiniones, los cambios
de conducta (Barreto, 2005).

Existe un desacuerdo sobre el tema de las intervenciones basadas en la comunidad, con el argumento de que su evaluación no puede llevar a la generalización de los aprendizajes en salud.

Smith *et al.*, (2013) describió que las intervenciones en salud sobre desigualdades sociales tienen mayor impacto cuando la población cuenta con conocimiento; sin embargo, sigue siendo compleja por la diversidad de factores y causales intervinientes.

Desarrollar una adecuada intervención en salud requiere de utilizar métodos apropiados que expliquen de manera clara la relación causal entre el entorno social de los resultados de salud. Berkman (1995) refiere que el grado en que las relaciones y el apoyo social están relacionados con la salud; alude a que las personas que están aisladas tienen mayor riesgo de morir por varias causas que aquellas que no lo están. Reconoce la urgencia de comprometer recursos para implementar intervenciones en promoción de la salud que enfatice la responsabilidad de la salud sobre las familias y las comunidades ya que según lo evidencia en sus estudios, el apoyo social ayuda a la supervivencia de enfermedad crónica del corazón, en específico infartos al miocardio.

Son consideradas como enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares, cánceres, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos neuropsiquiátricos y de los órganos sensoriales, enfermedades osteomusculares y afecciones bucodentales, enfermedades digestivas, trastornos genitourinarios, malformaciones congénitas y enfermedades cutáneas.

La OMS (2015) refiere que las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables entre los que destacan: una alimentación poco sana; la inactividad física; el consumo de tabaco. Pronostica que de los 64 millones de personas que fallecerán en 2015, 41 millones lo harán de enfermedades crónicas.

Trescientos ochenta y ocho millones de personas morirán en los próximos 10 años de una enfermedad crónica. A decir de la OMS, se ha descuidado el desarrollo de actividades dirigidas a estas enfermedades a pesar de ser la principal causa de morbimortalidad en adultos en todas las regiones del mundo. En su informe del 2005 señaló que las enfermedades crónicas impactan el crecimiento económico reduciendo el potencial de desarrollo de los países; por ello hace un llamado a adaptar en sus metas e indicadores la inclusión de acciones destinadas para la prevención, control, y capacitación de recursos.

Para obtener mejores resultados a bajo costo propone adoptar medidas de mayor impacto basadas en intervenciones de carácter poblacional, local e individual. Cuadro 1.

En México, existen diversas instituciones que tienen por objeto realizar intervenciones poblacionales en salud desde diferentes perspectivas, incluyendo la social, para la prevención, control o tratamiento de enfermedades crónicas: el Instituto Nacional de Salud Pública; la UNAM a través de sus diversas escuelas y facultades; el Instituto Politécnico Nacional; y las diversas instituciones de educación superior que imparten carreras en salud poblacional. En sus procesos de intervención persiguen originar cambios desde los niveles propuestos por la OMS: intervenciones poblacionales, locales y dirigidas a grupos específicos.

Los países de bajos y medios ingresos tienen el 80% de las muertes por enfermedades crónicas, es decir, la mayor parte de la población mundial, aun así el 20% restante no es inmune a estos problemas. Las enfermedades crónicas son un problema grave de salud debido a sus repercusiones. El impacto social se ve reflejado en la economía, en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Marco Progresivo

1 PLANIFICACIÓN — PASO 1
Estimar las necesidades de la población y preconizar la adopción de medidas

2 PLANIFICACIÓN — PASO 2
Formular y adoptar una política

3 PLANIFICACIÓN — PASO 3
Determinar los pasos de aplicación de la política

Intervenciones poblacionales

Pasos de aplicación — Paso 1
MEDIDAS BÁSICAS

Aplicación — Paso 3
MEDIDAS AMPLIADAS

Intervenciones que es posible aplicar con los recursos existentes a corto plazo.

Intervenciones que es posible aplicar tras un aumento o redistribución realista de los recursos a medio plazo.

Intervenciones basadas en la evidencia pero inviables con los recursos existentes.

Cuadro 1. Propuesta de Marco progresivo según la OMS, (2005).

Fuente: OMS (2005).

#### Importancia de las intervenciones sociales

El más reciente estudio (*Krishnan et al.* 2014) resalta la relación entre el alto Índice de Masa Corporal (IMC) y diferentes tipos de cáncer. Krishnan realizó una investigación a gran escala donde detalla los patrones de riesgo en todos los tipos más comunes de cáncer. Dicha investigación consistió en la obtención de datos primarios de individuos, de los datos de IMC. A través de modelos de correlación estadística investigó las asociaciones entre el IMC y 22 de los cánceres más comunes. Su muestra fue de 24 millones de individuos. Encontrando que 166 955 desarrollaron algún tipo de cáncer. El IMC se asoció con 17 de 22 tipos de cáncer, entre sus resultados reportó que por cada 5 kg de incremento/m² en el IMC hay una asociación lineal con cánceres de útero, de vesícula biliar, de riñón, de cuello uterino, de tiroides y leucemia, de hígado, de colon, de ovario. Estimó que un 1 kg/m² de aumento en toda la población en el IMC se traduciría en 3.790 pacientes anuales adicionales.

Si bien una forma simple de medir la obesidad es a través del índice de masa corporal, una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. México es el país con mayor número de obsesos, sus factores de riesgo se relacionan con la forma de alimentarse y los tipos de alimentos, los malos hábitos, y los factores socioculturales.

Así como la obesidad, las diversas enfermedades crónicas tienen factores de riesgo sociales. La OMS reconoce que la prevalencia creciente de la obesidad se debe a cambios sociales; asociada no solo con los comportamientos, sino también con el desarrollo social y económico y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación, procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos.

El problema es social y por consiguiente requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales. La actividad económica de cada región, municipio o localidad permea el consumo, los alimentos, el ritmo de vida, el nivel educativo, el nivel socioeconómico influyen en la aparición de las enfermedades crónicas.

#### Hacia dónde enfocar las intervenciones sociales en las enfermedades crónico-degenerativas

A lo largo de la historia el entendimiento del proceso salud-enfermedad ha propiciado el desarrollo de diversos enfoques y modelos para su comprensión y abordaje, mismos que complementan su estudio. Estas posturas están claramente relacionadas con la transición epidemiológica, desde el modelo de la tríada ecológica para la comprensión de la aparición de enfermedades infecciosas ocasionadas por algún agente patógeno hasta las derivadas de los comportamientos humanos como las lesiones y las enfermedades crónicas (esquema 1).

Factor B
Condicionamientos
Sociales

Factor D
Fa

Esquema 1. Evolución de la comprensión del proceso salud-enfermedad.

Fuente: Elaboración propia con base en la información de los autores.

Factores de riesgo social modificables, 2014.

En dicha evolución histórica, las políticas en salud enfocan sus programas e intervenciones en las causas y factores de riesgo. Actualmente se orientan a considerar los componentes del campo de la salud como lo son el estilo de vida y el ambiente, así como un énfasis particular en los determinantes sociales.

De la misma manera han preponderado dos paradigmas en el abordaje de las enfermedades y los problemas de salud: la salud pública y la medicina social. Con sus características propias realizan intervenciones con propósitos semejantes: mejorar la salud de la población. Es importante para las intervenciones en salud desde Trabajo Social considerarlas, (cuadro 2).

 Salud Pública
 Medicina Social

 Modelo positivista
 Modelo funcionalista

 Metodología cuantitativa
 Metodología cuali y cuantitativa

 Individuo y grupo como unidad de análisis
 Colectivo como unidad de análisis

 Población: es la suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos por ciertas características.
 Población e instituciones: como totalidades cuyas características en grupos por ciertas características.

Cuadro 2. Medicina social *versus* Salud pública. Campos de acción.

Trico de la Sur Committe de la Commi	11.1000 do 10 gan causi y causiciones va
Individuo y grupo como unidad de análisis	Colectivo como unidad de análisis
Población: es la suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos por ciertas características.	Población e instituciones: como totalidades cuyas características trascienden de los individuos que las componen.
Utiliza la epidemiologia y las investigaciones, las realiza a partir de poblaciones específicas.	Define el problema y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico metodológico colectivo, es decir un contexto social determinado.
Se calculan aritméticamente a partir de características individuales de quienes comparten ese grupo poblacional.	Categorías de análisis la reproducción social, las clases sociales, producción económica, cultura, etnia, género, etc.
Sus categorías de análisis son grupos poblacionales, riesgos	Salud enfermedad como proceso dialéctico.

Fuente: Elaboración propia, 2014.

El concepto salud-enfermedad como proceso dicotómico.

específicos, factores relacionados, etc.

En las ciencias sociales, no basta con conocer los enfoques y modelos de comprensión del proceso salud-enfermedad, es necesario ubicar que en el estudio de la salud de las poblaciones existen tres conceptos a considerar en las intervenciones provenientes de las ciencias sociales. En particular para Trabajo Social el concepto de *enfermedad*: "Illness", "sicknes" y "dissease". Por su relevancia con el orden social, podemos decir que las enfermedades crónicas son el resultado de los modos, condiciones y el estilo de vida (Schluchter, 1991).

La trilogía de los conceptos "illness", "disease" y "sickness", se ha utilizado para capturar diferentes aspectos de la enfermedad:

# Illness

Se refiere a la enfermedad que la persona identifica en sí misma; a menudo basada en el auto reporte de síntomas mentales o físicos. En algunos casos la referencia que se hace puede significar solo un problema de salud menor o temporal, pero en otros casos la enfermedad

reportada puede incluir problemas graves de salud. Son los constructos que se hace cada individuo respecto de la enfermedad, puede incluir condiciones que limitan la capacidad de la persona para llevar una vida normal. Se usa para referirse a la sensación subjetiva de malestar; dicho padecimiento no define una patología específica, sino que se refiere la experiencia subjetiva de una persona sobre sí misma, tales como cansancio o malestar general. La forma en que una persona refiere síntomas está influenciada por su entorno cultural. Término que concierne a las concepciones sociales y culturales manifestadas en las condiciones de salud (por ejemplo, el temor de cáncer o el estigma de la enfermedad mental), lo que a su vez influye en las acciones de la persona (Wikman, Marklund, Alexanderson, 2005). En resumen, hablar de "illness" o del "padecimiento", se refiere a las percepciones sociales y representaciones de la enfermedad.

#### Disease

Este concepto pretende restaurar la integridad y la función fisiológica del paciente. La enfermedad "disease" se refiere al reconocimiento y a la aplicación de una etiqueta a un patrón de signos y síntomas en términos de estructura o función anormal de las células, órganos y sistemas. Desde el modelo biomédico se refiere a los procesos patológicos, que para su comprensión, diagnóstico y tratamiento requieren de los aspectos físicos y biológicos de la enfermedad.

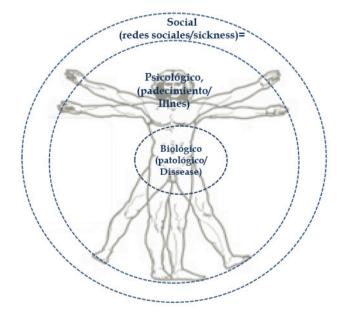
#### Sickness

El concepto está relacionado con un fenómeno diferente, a saber, el rol social de una persona con una enfermedad, su función en la sociedad y en diferentes ámbitos de la vida. Por ejemplo, el efecto que tiene una enfermedad en el ausentismo laboral. El sickness se utiliza para medir las consecuencias sociales de la persona enferma.

A manera de integración, cuando se alude a una enfermedad o problema de salud debemos considerar que el *illnes*, *sickness* y *dissease* aparecen en forma complementaria (nunca lineal) que merece ser diagnosticada y atendida en estas tres modalidades; pues si bien la enfermedad o problema de salud se diagnostica por un profesional de la medicina, el sujeto refiere la experiencia al respecto y cómo se modifican sus relaciones sociales a raíz de la enfermedad. En realidad, los problemas de salud-enfermedad-atención son más complejos, dependen en cada sujeto de las formas de experimentarla. Por ejemplo, para alguien los síntomas pueden ser muy molestos, puede o no referir ayuda disponible, y puede o no conducir a una enfermedad vista desde la patogenia.

Las intervenciones de Trabajo Social en enfermedades crónicas y cualquiera que sea el problema de salud debe hacer práctico el concepto de salud de la OMS (2015) "un estado de completo bienestar físico, mental y social", que no se limite a realizar acciones encaminadas a restaurar únicamente el estado físico, si no que sea incluyente de la información subjetiva del sujeto como paciente. Es decir, considerar los conceptos de padecimiento "Illness" y redes sociales "sickness", ya que en las condiciones reales la persona enferma experimenta la enfermedad de cierta manera, situación que derivará en distintas formas e itinerarios de atención.

La enfermedad, el padecimiento y el predicamento representan diferentes elementos de morbilidad que confluyen en el sujeto. Atender el aspecto de la enfermedad desde el punto de vista patológico, no siempre significará un cambio en la salud (esquema 2). Desde esta óptica, algunos factores de estas enfermedades crónicas tenderán a englobar más elementos sociales que biológicos.



Esquema 2. Áreas de intervención en salud-enfermedad

Fuente: Elaboración propia. Factores de riesgo social modificables, 2014.

#### Factores de riesgo modificables

Los factores de riesgo según la OMS (2015), son cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Según el gobierno de Canadá aproximadamente 4 de 5 de sus pobladores tienen al menos un factor de riesgo modificable en una enfermedad crónica. En México no se tiene claro este parámetro, empero, Lozano (2010), al estudiar la carga de enfermedad, lesiones y factores de riesgo estima que los daños a la salud son atribuibles a la exposición a 67 factores de riesgo, los principales son modificables y correspondientes a la parte psicosocial. Estos están relacionados principalmente con la conducta (consumo de tabaco, alcohol, drogas; y por inactividad física); la dieta (deficiencias de micro-nutrimentos, consumo elevado de grasas o de azúcares industrializados, entre otros); agua y saneamiento (porcentaje de dotación de agua potable y drenaje dentro de las viviendas); y ocupacionales, entre otros.

Se consideran factores de riesgos modificables a los relacionados con el estilo de vida, es decir, con los hábitos (conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático). Los comportamientos (la manera en la cual se porta o actúa un individuo) relacionados con la educación, la familia, y algunos determinantes sociales como los espacios públicos, la vivienda, y el trasporte.

Así, la equidad, el desarrollo social, la situación económica, la planificación urbana, el medio ambiente, la educación y pobreza, las condiciones de trabajo, el agua y saneamiento, y el transporte son determinantes sociales que deben ser considerados al momento de planear una intervención social en salud.

Una de las aportaciones de Lozano (2010) sobre los factores de riesgo y la carga de la enfermedad es la relacionada con la distinción de sexo ya que los factores de riesgo más importantes son responsables de 35.6% de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) en hombres y 40% en mujeres 2010. Para ambos sexos el sobrepeso y la obesidad, seguidos por la glucosa elevada, la hipertensión arterial, consumo de alcohol y tabaco, distingue la baja actividad física en las mujeres.

Además de lo anterior, también las disciplinas sociales resaltan factores que pueden ser modificables, por ejemplo: las representaciones sociales que hacemos de la enfermedad; la construcción social del cuerpo; las creencias respecto al tratamiento y su funcionamiento; así como las causas del por qué enfermamos (mitos y ritos de orden social. A manera de ejemplo, Lara (2009) realiza un estudio con personas obesas en situaciones de pobreza con la intensión de responder a preguntas que lleven a identificar las representaciones sociales que apoyan la elección de la alimentación en esos sujetos, encontrando que es la situación económica y el desconocimiento los que les hace tener una alimentación insuficiente de nutrimentos; analiza la necesidad de políticas educativas y nutricionales específicas para este tipo de población.

#### Conclusiones

La investigación de las enfermedades crónicas ha sido tradicionalmente dominada por la biomedicina y se ha centrado principalmente en los aspectos clínicos y la adhesión médica. El enfoque de las ciencias sociales debe centrar su intervención en las creencias, representaciones, cohesión comunitaria y experiencias de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, el cáncer, por mencionar algunas con diferentes grupos poblacionales.

El objetivo central de cualquier intervención de salud debe ser la modificación de factores de riesgo, la reducción de los efectos nocivos, la comprensión del "illness" y el "sickness" que permitan diseñar con mejor precisión estrategias de salud para entonces logra que la salud encuentre atención desde lo biológico, lo psicológico y lo social.

# REFERENCIAS

- Barreto, Mauricio L. (2005). "Efficacy, effectiveness, and the evaluation of public health interventions". *Journal Epidemiol Community Health*; 59: 345-346.
- Berkman, Lisa F. (1995). "The Role of Social Relations in Health Promotion". Psychosomatic Medicine. Vol. 57, Isuue 3, 245-254.
- Hawe, P.; Potvin, L. (2009). "What is population health intervention research?". Can J Public Health, 100 (Suppl I): 8-14.
- Lara Peretti, María; Mercedes Romero, María; Rovetto, Agustina (2009). "Obesidad en la pobreza. Prácticas y representaciones asociadas a esta patología en sectores de bajos recursos". *Invenio*, noviembre, 81-94.
- Lozano, Rafael *et al.*, (2013). "La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México". *Salud Pública de México*, 55(6), 580-594, Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0036-36342013001000007&lng=es&tlng=pt, consultado el 18 de junio de 2015.
- Ogilvie, D.; Egan, M.; Hamilton, V.; Petticrew, M. (2005). "Theory and Methods Systematic Reviews of Health Effects of Social Interventions: 2. Best Available Evidence: How Low Should You Go?". *J Epidemiol Community Health*, 59: 886-892. DOI:10.1136/jech.2005.034199.
- Organización Mundial de la Salud (2015). "Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas".

  Disponible en http://www.who.int/chp/chronic\_disease\_report/part1/es/index17.html, consultado el 19 de enero de 2015.
- Petticrew, M. et al. (2004). "Evidence for Public Health Policy on Inequalities 1. The Reality According to Policymakers". *J Epidemiol Community Health*, 58, 811-816.
- Schluchter, W. (1991). "Max Weber: El origen del modo de vida burgués". Revista de Estudios Políticos, (71), 39-52.
- Smith, B.T. et al. (2013). "Reducing Social Inequalities in Health: The Role of Simulation Modelling in Chronic Disease Epidemiology to Evaluate the Impact of Population Health Interventions". J Epidemiol Community Health, 1-6.
- World Health Organization (2005). "Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas". Disponible en http://www.who.int/chp/chronic\_disease\_report/part1/es/index4.html.
- ---- (2008a). "Commission on Social Determinants of Health: final report". Disponible en http://www.who.int/social\_determinants/thecommission/.
- ---- (2008b). "Factores de riesgo". Disponible en: http://www.who.int/topics/risk\_factors/es/.

# Intervención social en las enfermedades crónico-degenerativas

Lydia Elena Pérez Márquez

#### Resumen

El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica a finales del siglo XIX, manteniendo desde entonces una estrecha relación. El área de la salud se caracteriza por mantener una relación directa entre el enfermo y su familia, toda vez que el trabajador social se convierte en el vínculo de enlace entre los servicios que ofrecen las instituciones de salud y los grupos de población que requieren de estos al presentar alguna enfermedad. El desarrollo de la sociedad ha generado que los procesos de salud-enfermedad sean cada día más complejos, situación que ha llevado a la necesidad de que la intervención del Trabajo Social sea cada día más especializada. El presente ensayo describe la praxis profesional del Trabajo Social en una institución que brinda atención de alta especialidad a personas que presentan alguna enfermedad respiratoria en México.

Palabras clave: trabajo social, instituciones de salud, enfermedad crónico-degenerativa.

#### **Abstract**

Social Work was born linked to medical science in the late nineteenth century, maintaining a close relationship since then. The area of health is characterized by maintaining a direct relationship between the patient and his family, since the social worker becomes the link between the services offered by health institutions and the population groups that require these services, to present a disease. The development of society has generated health-disease processes are increasingly complex, a situation that has led to the need for the intervention of Social Work is more specialized every day. This essay describes the professional practice of Social Work in an institution that provides highly specialized care to people who have a respiratory illness in Mexico.

Keywords: social work, health institutions, chronic-degenerative disease.

#### Introducción

El Trabajo Social en el área de la salud presenta un ejercicio profesional diferenciado de sus otras áreas de intervención. Se caracteriza por ejecutar de forma cotidiana funciones de investigación, asistencia, gestión, educación, promoción y administración, a fin de coadyuvar en el restablecimiento de la salud de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

La intervención del trabajador social se caracteriza por ser:

- Formal y organizada
- Responder a necesidades o problemas sociales
- Incidir significativamente en lo "social" (interacción con las personas)

El Trabajo Social en esta área de intervención puede definirse como

La actividad profesional de tipo clínico que implica, por una parte, el diagnóstico social de la persona afectada como aportación al diagnóstico global y al plan de tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática social que incide o está relacionada con el proceso salud-enfermedad, siempre dentro de un contexto general de tratamiento y con el objetivo de alcanzar la salud (Ituarte, 2012).

# Por otra parte, se indica que

La intervención social sanitaria es sobre todo una herramienta favorecedora del cambio del individuo y de su red social respecto a los problemas originados por la presencia de una o varias enfermedades y/o episodios de ingreso (Colom, 2008).

Así, el trabajador social se encuentra en los tres niveles de atención a la salud aplicando –principalmente– las metodologías de intervención en caso y grupo. Además, la complejidad de la atención al enfermo ha generado que se considere la participación del profesional en Trabajo Social como recurso humano integrante del equipo multidisciplinario que coadyuva en la planificación, ejecución y seguimiento del plan de tratamiento del usuario, toda vez que es el profesional que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y gestiona la utilización de los recursos disponibles.

Derivado de las funciones y actividades que realiza en este ámbito, se ha convertido en un vínculo entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos de población que demandan sus servicios.

#### Las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son padecimientos de larga duración y por lo general de progresión lenta (Organización Mundial de la Salud, 2008). Las enfermedades cardíacas y respiratorias, así como los infartos, el cáncer, y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de estas. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% tenía menos de 60 años de edad.

Las enfermedades crónicas tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables, entre los que destacan:

- Una alimentación poco sana: 2.6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad, y1000 millones de personas tienen exceso de peso.
- La inactividad física: 4.4 millones de personas mueren como resultado de niveles de colesterol elevados, y 7.1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.
- Consumo de tabaco: 4.9 millones de personas mueren por enfermedades asociadas al tabaco.

Nuestro país no es la excepción, ya que las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad. Estas se encuentran relacionadas con el poder adquisitivo de la población así como con el marco cultural y social de los mexicanos. Las personas socialmente desfavorecidas son más vulnerables y enferman fácilmente, mueren antes que las personas de mayores ingresos económicos y mejor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud (tabla 1).

Causa Causa n n Cardiopatía 42,070 12.6 Diabetes 43,238 1 16.4 Isquémica ardiopatía Diabetes 40,619 12.2 33,054 12.6 quémica Enfermedades Homicidios 19,134 16,221 6.2 cerebrovasculare Enf. Respiratoria Cirrosis 4.1 4 17,454 10,724 Crónicas Enf. 5 15,008 Enf. hipertensiva 10,656 4.1 cerebrovasculares Enf. Respiratorias nf respiratorias 12,665 8,225 3.1 Crónicas agudas Accidentes de 12,174 3.6 Cirrosis 5,831 2.2 tráfico Enf. respiratorias 9,964 Cáncer de Mama 5.338 agudas Enf. hipertensiva 8,321 2.5 Insuficiencia renal 5.086 Insuficiencia renal Congenitas 6,430 1.9 4,274

Tabla 1. Principales causas de muerte por sexo

Fuente: Secretaría de Salud (2015). *Prontuario de la Salud: Informe sobre la salud de los mexicanos*. México.

El alto costo de estos padecimientos no solo se encuentra relacionado con el gasto público destinado para su atención a través del Sistema Nacional de Salud; sino también con el alto costo social que generan. La aparición de una enfermedad crónica en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema. Los costos de la atención médica para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y llevarlas a la pobreza, debido a los gastos catastróficos.

Se prevé que el rápido aumento de estos males será un obstáculo para las iniciativas mundiales de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, principalmente porque se destinará más dinero del ingreso familiar para la atención médica.

Una estrategia importante para reducir las enfermedades crónico degenerativas consiste en atenuar los factores de riesgo asociados a estas a través de acciones de bajo costo, tales como:

- Incidir en la reducción del consumo de tabaco
- Promover la ingesta de alimentos a través de dietas más saludables
- Combatir la inactividad física
- Desincentivar el consumo del alcohol

Existen otras opciones como las intervenciones esenciales de alto impacto que pueden aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección temprana y el tratamiento oportuno.

#### La experiencia desde Trabajo Social en la atención

#### de las enfermedades respiratorias

Trabajo Social es la única profesión que tiene como su objeto de intervención las necesidades y problemas sociales. Considerando que las enfermedades están altamente relacionadas con problemas o necesidades sociales, ya sea como causa o como efecto, el trabajador social hoy en día es uno de los profesionistas que intervienen en el proceso de la atención al enfermo. Esta acción se caracteriza por estar orientada profesionalmente haciendo uso de modelos que integran saberes multidisciplinarios.

Para el caso que me ocupa, se hará referencia a las enfermedades respiratorias como enfermedades crónico degenerativas y cómo el profesional de Trabajo Social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias *Ismael Cosío Villegas* (INER) interviene en las mismas.

El INER es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el Sector Salud, que tiene por objeto principal en el campo de padecimientos del aparato respiratorio, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de competencia es todo el territorio nacional.

Los padecimientos que se atienden en este Instituto son: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonías, estenosis traqueal, tumores pulmonares, enfermedades pleurales, tuberculosis pulmonar complicada, enfermedad pulmonar intersticial difusa, complicaciones respiratorias asociadas a VIH-SIDA, bronquiolitis, tuberculosis activa, malformaciones broncopleurales, neumonía adquirida en la comunidad, neumonías complicadas por reflujo gastroesofágico, otorrinolaringología, vértigo, enfermedades del oído, enfermedades de la nariz, rinitis obstructiva crónica, tumores de las vías aéreas superiores, enfermedades de las cuerdas vocales y faringe.

El Departamento de Trabajo Social del INER se integró como tal en 1984. Desde entonces su organización y funcionamiento se ha basado en los principios de la administración por objetivos. En su devenir se desarrolló un modelo de supervisión, evaluación técnica y administrativa que incluyó aspectos tanto cuantitativos como cualitativos, lo que contribuyó de manera importante a generar un proceso permanente de mejora del desempeño profesional de las trabajadoras sociales (gráfica 1).

En 1999, la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud en colaboración con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, organizaron el Curso *Taller Instrumentación del modelo de intervención de Trabajo Social de los institutos*, cuyo propósito fue generar un modelo de intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud (INSalud),a través de homologar los criterios profesionales y los conocimientos teórico-metodológicos del personal de salud, así como las necesidades y características de la población usuaria de éstos. Derivado de este modelo, se identificaron cuatro funciones rectoras de la práctica profesional del trabajador social en los INSalud:

- 1. Asistencia
- 2. Docencia y Educación para la salud
- 3. Administración
- 4. Investigación en salud

• Valoración socioeconómica
• Trabajo social de casos

Ingreso

Atención

• Reincorporación al núcleo familiar y social
• Participación con el equipo de salud
• Participación con el equipo de salud
• Gestión

Egreso

Egreso

Fuente: Elaboración propia.

En el INER se cuenta con trabajadores sociales en las áreas de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias. La participación de Trabajo Social se concreta bajo el modelo de atenciónen Clínicas y Programas específicos (Pérez, 2011):

#### Clínica de Ayuda para dejar de fumar

Se crea en el año 1982. Desde el inicio de sus actividades y hasta la fecha cuenta con la participación e intervención de una trabajadora social desarrollando funciones y actividades asistenciales, de investigación, docenciay educación para la salud.

# Clínica de Tuberculosis

Tiene sus inicios en el año 1989 en lo que se conocía como Departamento de Investigación Epidemiológica. Para los años 1994-1995 comienza a funcionar con la denominación de Clínica de Tuberculosis y desde 1998 se integra al Servicio Clínico 2.

# Subprograma de Educación para la Salud

Es uno de los más antiguos dentro del Instituto, ya que desde la incursión empírica de trabajadores sociales se ofrecían pláticas a los pacientes principalmente sobre tuberculosis que era el padecimiento que más se atendía. Actualmente el espectro de actividades es más amplio considerando además de las pláticas a grupos transitorios, la organización de cursos a pacientes con diagnóstico común, así como la elaboración de diversos materiales didácticos.

#### Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI)

El CIENI surge en el año 2004. Trabajo Social ofrece los siguientes servicios a los usuarios de consulta externa y hospitalización: entrevistas para elaboración de estudios socioeconómicos, orientaciones y asesorías, referencias institucionales, visitas domiciliarias, y platicas de prevención de VIH.

#### Subprograma de Enseñanza

Surge en el año 2008. Antes de esta fecha las funciones y actividades que se llevaban a cabo en el mismo eran desarrolladas por el área de supervisión. Actualmente es el área encargada de coordinar las actividades de docencia, como la organización de cursos de capacitación para personal, asesorar a estudiantes y pasantes de la disciplina, así como de organizar el evento académico anual de Trabajo Social, entre otras.

#### Subprograma de Redes de Apoyo

Se contempla este subprograma a partir del año 2008. Surgió con la finalidad de construir redes de apoyo institucional y extrainstitucionales para los pacientes con necesidades específicas (auxiliares auditivos, oxígeno suplementario, quimioterapia, cánulas, u otro tipo de equipo e implementosmédicos).

#### Clínica de Cáncer

La más joven de la clínicas bajo esta denominación. Surge en el año 2011 a partir de la necesidad de dar atención específicaa los usuarios con este padecimiento, a partir del incremento en el número de pacientes candidatos a recibir tratamiento con quimioterapia.

Por otra parte, se debe destacar que la intervención de Trabajo Social en el INER se desarrolla en estricto apego al marco jurídico que rige a los INSAlud (decretos, leyes, acuerdos, reglamentos, normas oficiales, manuales de organización y procedimientos), y tiene como fundamento teórico-metodológico:

- Teorías sociales
- Metodología de Trabajo Social en atención individualizada
- Redes de Apoyo Social
- Teoría de grupos
- Metodología de la investigación
- Familia
- Educación social

Además, continuamente se evalúan los programas, políticas, normas y procedimientos de atención social para los usuarios del INER.

# **Conclusiones**

Las características, las necesidades y los problemas de los pacientes con enfermedades respiratorias, son cambiantes pero comunes a un gran número de ellos. Nuestra participación profesional, por lo tanto, está referida a un contexto dinámico que orienta la acción profesional.

La condición social y económica puede ofrecer un entorno con limitaciones para la recuperación de la salud o para el desarrollo y bienestar social. Sin embargo, el reto se encuentra precisamente en buscar nuevos y mejores modelos de intervención social que coadyuven al logro de la salud integral.

#### REFERENCIAS

Colom Masfret, Dolors (2008). *El Trabajo Social sanitario. Atención primaria y atención especializada: Teoría y práctica*. España, Siglo XXI. Ituarte Tellaeche, Amaya (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. España, Siglo XXI.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Enfermedades crónicas*. Disponible en http://www.who.int/topics/chronic\_diseases/es/, consultado el 15 de junio de 2016.

Pérez Márquez, Lydia E. (2011). *Modelo de Intervención de Trabajo Social en el INER*. Ponencia presentada en las *XVII Jornadas de Trabajo Social*. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Ciudad de México.

Secretaría de Salud (2015). Prontuario de la Salud: Informe sobre la salud de los mexicanos. México.

# VULNERABILIDAD SOCIOECONÓMICA DE PACIENTES FUMADORES CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Roger Humberto Quintana-Carrillo
Edgar Alberto Quintana-Carrillo
Miriam Mercedes Matamoros Márquez
Daniel San Juan Orta
Lucinda Aguirre Cruz
Oscar Francisco Espinosa Hernández

#### Resumen

Introducción. El consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible en el mundo y representa una carga económica para el paciente, la familia y sociedad. Las características socioeconómicas (CS) de pacientes fumadores (PF) con enfermedad vascular cerebral (EVC) han sido poco exploradas. El objetivo del estudio fue analizar la situación socioeconómica (SS) que prevaleció en los PF con EVC ante los costos de atención médica (AM) de la EVC asociada a tabaco (CAM-EVC-AT). Métodos. Se analizaron retrospectivamente 88 expedientes clínicos de PF con EVC secundario al tabaco que se atendieron en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez en 2011. Se estimaron los CAM-EVC-AT. Resultados. Los PF presentaron una media de 55±13 años de edad, nivel bajo de escolaridad, empleo no calificado, una mediana de ingreso familiar mensual (IFM) de \$PM2,900 (RIC, \$PM2,000-\$PM5,000), clasificación socioeconómica ≤II y habitaron en departamentos populares. El infarto cerebral fue el más frecuente; 20(23%) PF y la hemorragia subaracnoidea la más costosa; \$PM153, 628. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las CS analizadas y los grupos de comparación. Discusión. Los PF fueron vulnerables ante los CAM-EVC-AT. El presente trabajo apoyará las políticas públicas para el control del tabaco en México.

Palabras clave: Enfermedad vascular cerebral, tabaquismo y estatus socioeconómico.

#### **Abstract**

Introduction. Tobacco consumption is the leading preventable cause of death in the world and represents an economic burden for the patient, family, and society. The socioeconomic characteristics (SC) of smoking patients (SP) with cerebrovascular disease (CVD) have been little studied. The aim of this study was to analyze the socioeconomic status (SS) that prevailed in the SP with CVD and their health care costs (HCC) of the CVD associated with tobacco consumption (HCC-CVD-AT). Methods. We analyzed retrospectively the clinical records of 88 SP with CVD secondary to tobacco smoking that were attended at the National Institute of Neurology and Neurosurgery during 2011 in Mexico City. We estimated the HCC-CVD-AT. Results. The SP were 55±13 years-old with low level of schooling, unskilled employment, a median monthly family income (MFI) of \$PM2,900 (IQR, \$PM2,000-\$PM5000), socioeconomic classification ≤II and one bedroom familial apartment. Ischemic stroke was the most frequent; 20(23%) SP and the subarachnoid hemorrhage the most expensive; \$PM153, 628. No statistically significant differences were found between the SC analyzed and comparison groups. Discussion. The SP were vulnerable to the HCC-CVD-AT. This work will support public policies for tobacco control in Mexico.

Keywords: Cerebrovascular disease, smoking, and socioeconomic status.

#### Introducción

A nivel mundial, por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se reportaron 36 millones de defunciones, distribuidos principalmente en enfermedades cardiovasculares, 48%; cáncer, 21%; enfermedades respiratorias, 12% y diabetes, 4% (WHOa, 2011). Las enfermedades cardio-cerebro-vasculares fueron la principal causa de muerte a nivel mundial; 17.3 millones (7.3 millones secundarias a cardiopatía coronaria y 6.2 millones a enfermedades vasculares cerebrales [EVC] (WHO, 2011b). Del total de muertes por ECNT, 80% sucedieron en países con ingresos medios y bajos (WHO, 2011a). Los factores de riesgo asociados a muertes por ECNT, fueron el consumo de tabaco, una mala dieta, sedentarismo y consumo de alcohol (WHO, 2011a).

Estudios de varias décadas han establecido la relación causal entre consumo de tabaco y daños a la salud, al afectar los sistemas respiratorio y cardiovascular; y generar tumores malignos (Rogers, 2005: 259-292; Samet, 2010: s98-s107: U.S. Department of Helath

and Human Services, 2010). Se estima que existen a nivel mundial 1,100 millones de fumadores y aproximadamente 6 millones mueren anualmente debido al humo de tabaco, de continuar esta tendencia, para el 2030, se espera que fallezcan poco más de 8 millones de personas, con la mayor concentración en países de ingresos bajos y medios (WHO, 2011c).

Los hogares de bajos ingresos presentaron índices de tabaquismo mayores a los del resto de la población, lo que implica que los gastos en tabaco se traducen como una pérdida de dinero que podría destinarse a cubrir necesidades básicas, como alimentos, educación y servicios de salud. Los consumidores de tabaco más pobres tienen mayores probabilidades de enfermar y morir prematuramente que los de ingresos más altos (OECD, 2003).

#### México

En 2011, la población total fue de 115,682,868 habitantes; 49% fueron hombres. La esperanza de vida total al nacer fue de 74 años; 71 en hombres y 77 en mujeres (CONAPO). Según el Censo de Población y Vivienda, la población por estrato de edad fue de 15 a 64 años; 64.4% y ≥65; 6.3%. Se registraron 28.6 millones de viviendas particulares habitadas con 3.9 ocupantes en promedio, de las cuales 86.3% tenía paredes de materiales sólidos, 91.7% con piso diferente de tierra, 86.7% disponían de agua de la red pública, 88.8% de drenaje, 93.8% contó con sanitario y 97.8% con electricidad. Durante 2010, el grado promedio de escolaridad en la población ≥15 años de edad fue de 8.6 años y 6.9% de la población total era analfabeta (INEGI, 2010).

La prevalencia de fumadores activos adultos en 2011 (18-65 años de edad) fue 23.6% (15.6 millones); 34.6% fueron hombres (11 millones) y 13.5% mujeres (4.6 millones) (ENA, 2011). Del total de fumadores activos, 10.3% (6.8 millones) fueron fumadores diarios; 15.5% hombres y 5.5% mujeres. La edad promedio de inicio fue 20.6 años; 20.1 en hombres y 21.9 en mujeres. Los hombres reportaron haber consumido 6.9 cigarros diarios mientras que las mujeres 5.7 (ENA, 2011). El gasto promedio mensual fue \$PM400.5 y la cantidad de cigarros adquirida en la última compra fue 15.9; los hombres gastaron en promedio \$PM406.5 y adquirieron 15.4 cigarros en su última compra, mientras que las mujeres gastaron \$PM384.9 y adquirieron 17.1 cigarros en su última compra (ENA, 2011).

En 2010, se reportaron 52.8 millones de habitantes en condiciones de pobreza (CONEVAL). Las condiciones socioeconómicas (CS) de los pacientes (PF) con EVC han sido poco exploradas. El objetivo del presente trabajo fue analizar la situación socioeconómica (SS) que prevaleció en los PF con EVC ante los costos de atención médica por EVC asociados al tabaquismo (CAM-EVC-AT).

# Metodología

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo, en el que se revisaron los expedientes clínicos de PF con EVC atribuibles al tabaquismo, atendidos en un centro de tercer nivel.

# Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNNMVS)

El INNNMVS, es un hospital de atención neurológica de tercer nivel y de referencia nacional. El Instituto se dedica principalmente a la investigación en tres áreas de las ciencias neurológicas: neurología, neurocirugía y psiquiatría, a la enseñanza de alta especialidad y al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales. Sus principales líneas de investigación corresponden a la EVC, las enfermedades neurodegenerativas, la epilepsia, los tumores del sistema nervioso, las alteraciones psiquiátricas, las infecciones del sistema nervioso, los aspectos socio-médicos de las enfermedades del sistema nervioso, la neurobiología, las aplicaciones de la neuro-imagen funcional y las demencias (INNNMVS, 2011).

El Instituto proporciona servicios de atención médica en consulta externa, urgencias y hospitalización, los cuales son certificados por el Consejo de Salubridad General, basados en un sistema de referencia y contra-referencia personal con criterios de gratuidad, con base en las condiciones socioeconómicas de los pacientes, sin que las cuotas de recuperación cambien la función social del INNN-MVS. Entre las principales enfermedades que atiende, se encuentran la enfermedad de Alzheimer, la neurocisticercosis, la depresión y los trastornos bipolares, la epilepsia, la esclerosis múltiple, la esquizofrenia, las enfermedades de Huntington y Parkinson, los tumores neuronales y la EVC (INNNMVS, 2011).

Este Instituto atiende anualmente a más de 6,000 nuevos pacientes, proporciona aproximadamente 90,000 consultas médicas, realiza más de 2,000 intervenciones quirúrgicas, evalúa protocolos de investigación y anualmente publica cerca de 100 artículos en revistas científicas (INNNMVS, 2011).

# Enfermedad vascular cerebral (EVC)

La Organización Mundial de la Salud (Citado en Maza y Dondis, 2008: 6-10) define el término EVC como:

[...] un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y a veces global (aplicable a pacientes con pérdida del estado de alerta o cefalea aguda), que persisten más de 24 horas o conducen a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular.

provocado por interrupciones en el aporte sanguíneo arterial al cerebro. Los daños van desde leves a graves, dependiendo del área del cerebro afectada, y pueden ser transitorios o permanentes (Maza y Dondis, 2008: 6-10). Las personas con EVC pueden presentar distintas manifestaciones clínicas, algunas de ellas son el deterioro de la función gástrica (Esclarin y Pinto, 2001), la deficiencia de la función urinaria (Hollister, 2005), la dificultad motora de las extremidades (García, 2004: 25-35), afasia (Serrano *et al.*, 2005: 527-533), disfagia (González y Bevilacqua, 2009: 252-262) y cambios emocionales (Egido y Diez, 2003), entre otros.

De acuerdo al sistema internacional de clasificación de enfermedades, CIE-10, se describen diez tipos de EVC (I60-I69), los cuales son mostrados en la tabla 1.

**Enfermedad** Código I60 Hemorragia subaracnoidea I61 Hemorragia intraencefalica I62 Otras hemorragias intracraneales no traumáticas I63 Infarto cerebral I64 Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico **I65** Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin ocasionar infarto cerebral **I66** Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral I67 Otras enfermedades cerebrovasculares **I68** Trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular

Tabla 1. Clasificación de la enfermedad vascular cerebral, CIE-10

Fuente: OPS, 1995.

# Clasificación socioeconómica de los pacientes atendidos en el INNNMVS

Toda persona, al ejercer su derecho de protección a la salud, que demande servicios públicos de atención médica para procurar su bienestar físico, deberá ser tratado por las instituciones de salud; con criterios de gratuidad y solidaridad social, al momento de determinar las cuotas de recuperación que se le cobren (DOF, 2013). Para ello, los sujetos demandantes de estos servicios, deberán someterse a una evaluación socioeconómica que permita asignarles una clasificación socioeconómica, por parte de la institución correspondiente, proceso que a continución se detalla. La clasificación socioeconómica se compone de seis indicadores, los cuales son: el ingreso familiar (55%), ocupación (10%), egresos familiares (10%), vivienda (20%) y salud familiar (5%).

En el rubro de ingreso familiar se otorgan más puntos entre mayor sea el ingreso familiar y menor el número de miembros dependientes de ese ingreso y no se otorgarán puntos a quienes tengan ingresos menores o iguales a un salario mínimo (SM), sean de la zonas A/B o reciban hasta 4.5 SM y tengan 9 o más dependientes.

En relación a la ocupación, se obtienen más puntos cuando el proveedor principal de la familia trabaja en las fuerzas armadas, es ejecutivo o inversionista, mientras que los desempleados no obtienen ningún punto.

El puntaje de los egresos familiares como proporción del ingreso familiar, es hasta 10, sí este es de 30% o menos, mientras que los que asignan más del 70% de su ingreso no obtienen puntos.

Las viviendas con menores calificaciones son aquellas que son rentadas, no tienen servicios como agua, luz o drenaje, están hechas de cartón, el número de personas por dormitorio es de 4 o más, tiene hasta 2 habitaciones y es de tipo refugio, cuarto redondo o casa rural. Las viviendas con las calificaciones más altas son los departamentos o casas residenciales propias, con 4 o más servicios intradomiciliarios, está hecha de mampostería, el número de personas por dormitorio es de hasta 2, cuenta con 5 o más habitaciones.

El estado de salud familiar se refiere al número de enfermos crónicos o en rehabilitación que al momento de realizarse el estudio, existan en la familia y que represente una reducción del ingreso. En caso de que haya 2 integrantes o el principal proveedor económico

esté enfermo no se otorgará ningún punto y, en caso de que no haya enfermos en la familia se les otorgará un máximo de 2 puntos. La calificación final es la suma de puntos de todos los rubros y es la que determina el nivel de clasificación socioeconómica (tabla 2).

Tabla 2. Clasificación socioeconómica. Secretaría de Salud, 2013

Puntuación	Clasificación
Final	socioeconómica
0-12	1X
13-24	1
25-36	2
37-52	3
53-68	4
69-84	5
85-100	6

Fuente: DOF, 2013.

#### Población accesible de estudio

Se revisaron retrospectivamente los expedientes clínicos de PF tratados en el INNNMVS en 2011 con diagnóstico de EVC, > 35 años de edad, sexo indistinto, haber reportado consumo de tabaco en el último año previo a la apertura de su expediente, clasificados por el sistema CIE-10 (I60-I69), expediente clínico completo y tener una evaluación socioeconómica. Los pacientes que no cumplieron con los criterios anteriores fueron descartados.

# Características socioeconómicas de los pacientes fumadores

#### con enfermedad vascular cerebral

Las CS se estudiaron a través de una clasificación de cuatro indicadores, nombrados como características generales, indicadores clínicos, de vivienda y económicas. Así, un total de 18 variables fueron analizadas.

#### Características generales

Las características generales se definieron con las variables de edad, sexo, escolaridad y lugar de residencia. La variable escolaridad se organizó en tres categorías; baja para niveles de primaria o secundaria, media para preparatoria o carrera corta y alta para formación profesional o posgrado.

#### Indicadores clínicos

El número de comorbilidades, servicio de atención médica y tipo de referencia definieron los indicadores clínicos. Las comorbilidades analizadas fueron la hipertensión arterial, obesidad, diabetes, infarto agudo al miocardio, temblor, parkinson, osteoartritis, psoriasis, depresión, dislipidemias y otras.

#### Indicadores de vivienda

Los indicadores de vivienda se conformaron por las variables tipo, tenencia y zona de ubicación de la vivienda; además del número de habitaciones, material de construcción y servicios intradomiciliarios. Los servicios intradomiciliaros correspondieron a los servicios con que contaba la vivienda: agua, luz, drenaje, gas, teléfono y otros.

# Indicadores económicos

Los indicadores económicos se integraron por las variables tipo de ocupación, nivel socioeconómico (NSE), número de dependientes económicos e ingreso familiar mensual (IFM). Para facilitar la agrupación de la variable ocupación, esta fue categorizada en hogar,

desempleado, trabajador no calificado compuesto por becarios, trabajadores no calificados, oficiales, operarios, y artesanos de artes mecánicas, trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados y, trabajadores calificados integrados por los empleados de oficina, profesionales, científicos e intelectuales y otros. El IFM se definió como la suma de todos los ingresos de las personas que habitan en la vivienda del paciente y que aportan regularmente al gasto familiar.

#### Costos de atención médica de la enfermedad vascular cerebral

#### asociados al consumo de tabaco

Se reportaron los CAM-EVC-AT del INNNMVS (Quintana-Carrillo *et al.*, 2013: E23), los cuales fueron actualizados al 2011, utilizando un factor de 1.0839. El factor se construyó con la variación del índice nacional de precios al consumidor de diciembre del 2010 a diciembre del 2011 (Banxico, 2010-2011a). Los tipos de EVC que se incluyeron en la actualización de los costos fueron el infarto cerebral (IC), la hemorragia subaracnoidea (HS), la trombosis venosa cerebral (TVC) y la hemorragia intracerebral (HI). La conversión de dólares (\$USD) a pesos mexicanos (\$PM), utilizó un tipo de cambio de 1\$USD=\$PM12.3496 correspondiente a diciembre de 2010. El tipo de cambio utilizado fue el FIX; para solventar obligaciones con el exterior (Banxico, 2010b).

#### Tipos de ingresos de los pacientes fumadores

#### con enfermedad vascular cerebral

Para realizar un análisis comparativo entre los CAM-EVC-AT y los ingresos anuales de los pacientes, se utilizó el PIB per cápita del 2011 (BM) y el ingreso que reportaron los PF con EVC. También se incluyó el gasto total en salud per cápita (GTSP) del 2011 (SINAIS-DGIS). El PIB se definió como el valor de todos los bienes y servicios producidos por un país en un periodo de tiempo determinado, mientras que el PIB per cápita como el cociente entre el PIB y la población; ingreso que obtiene un habitante promedio (Dornbusch, Fischer, y Startz, 2009).

#### Análisis estadístico

El análisis exploratorio de las CS de los PF fue construido usando frecuencias y proporciones para variables categóricas y medias ± DE para variables continuas, o medianas con rango intercuartil 25-75% para datos con distribución no normal. La comparación entre grupos para variables continuas, se efectuó con un análisis ANOVA de una vía y cuando no fue el caso, se realizó la prueba de Kruskall-Wallis. Para variables categóricas, la comparación entre grupos se hizo con la prueba X2 o exacta de Fisher; cuando correspondía. Una p<0.05 se estableció como estadísticamente significativo. Los datos se analizaron con Stata 12.

#### Resultados

#### Indicadores socioeconómicos y consumo de tabaco en el INNNMVS

Se revisaron un total de 437 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de EVC atendidos en el 2011, se eliminaron 85 por estar repetidos, no se localizaron o no tenían el estudio socioeconómico. De esta manera, un total de 352 expedientes presentaron información completa, de los cuales 284 tenían más de 35 años de edad. De manera que la población de estudio correspondió a 88 PF.

#### Características clínicas y sociodemográficas generales

El IC fue el tipo de EVC que concentró el mayor número de pacientes 20 (23%) mientras que la HI fue la menor con 6 (7%) pacientes, excluyendo la clasificación "Otros" (tabla 3). La mayor concentración de pacientes con HS provino de la delegación Tlalpan y otros municipios de los estados (figura 1). Para HI e IC, la mayor afluencia se presentó en otras delegaciones del Distrito Federal. Mientras que Tlalpan fue la más dinámica al mostrar todos los tipos de EVC (figura 1).

La edad promedio de los pacientes fue  $55 \pm 13$  años y 45 (51%) fueron hombres. La escolaridad baja fue la más frecuente 52 (59%) pacientes. Un análisis más detallado se muestra en la tabla 3.

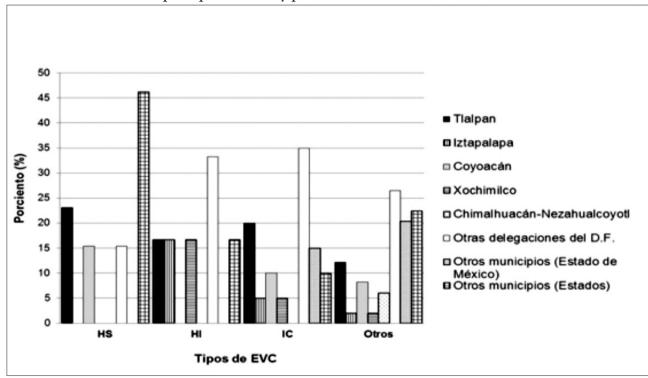
Tabla 3. Características demográficas de pacientes fumadores según tipos de EVC. INNNMVS, 2013.

	Tipos de EVC				
Características	Hemorragia	Hemorragia	Infarto	*0.	
demográficas	subaracnoidea	intracerebral	cerebral	*Otros	
N (%)	13 (15)	6 (7)	20 (23)	49 (56)	
Edad	55 ± 12	$63 \pm 13$	$58 \pm 14$	$52 \pm 13$	
Sexo				**	
Mujer	5 (39)	3 (50)	5 (25)	30 (61)	
Hombre	8 (62)	3 (50)	15 (75)	19 (39)	
Escolaridad					
Baja	11 (85)	4 (67)	12 (60)	25 (51)	
Media	0 (0)	1 (17)	4 (20)	7 (14)	
Alta	2 (15)	1 (17)	4 (20)	17 (35)	

N (%). Media ± DE. \*I64-I66, I67 e I69. \*\*p<0.05. La suma de (%) puede no ser exacta (100%), debido al redondeo.

Fuente: Elaboración propia con información del INNNMVS.

Figura 1. Distribución de pacientes fumadores por tipos de EVC y procedencia INNNMVS 2011



Abreviaturas: HS: Hemorragia subaracnoidea.

HI: Hemorragia intracerebral.

IC: Infarto cerebral.

Fuente: Elaboración propia con datos del INNNMVS.

# Indicadores clínicos

De todos los pacientes atendidos en el Instituto, el servicio de urgencias fue el que concentró el mayor número de ellos con 52 (59%), las instituciones de salud 1-2 canalizaron principalmente a estos pacientes para recibir una atención especializada con 38 (43%) y 41 (47%) presentaron una comorbilidad. El IC fue el más dinámico. El servicio de urgencias, las instituciones de salud 1-2 y una comorbilidad; representaron 13 (65%), 10 (50%) y 8 (40%), del total de pacientes tratados por IC. La tabla 4 presenta un análisis más detallado de las variables.

Tabla 4. Características clínicas de pacientes fumadores según tipos de EVC. INNNMVS, 2011

0 / /	Tipos de EVC			
Características	Hemorragia	Hemorragia	Infarto	*Otros
clínicas	subaracnoidea	intracerebral	cerebral	
N (%)	13 (15)	6 (7)	20 (23)	49 (56)
Servicio de atención				
Urgencias	8 (62)	6 (100)	13 (65)	25 (51)
Ambulatoria	2 (15)	0 (0)	4 (20)	15 (31)
Otros	3 (23)	0 (0)	3 (15)	9 (18)
Tipo de referencia				
Médico particular	3 (23)	0 (0)	5 (25)	18 (37)
Institución de salud 1-2	8 (62)	3 (50)	10 (50)	17 (35)
Otro	2 (15)	3 (50)	5 (25)	14 (29)
Comorbilidades, #				
Ninguna	5 (39)	1 (17)	6 (30)	16 (33)
Una	7 (54)	3 (50)	8 (40)	23 (47)
Dos	1 (8)	0 (0)	4 (20)	5 (10)
Tres	0 (0)	2 (33)	2 (10)	3 (6)
Cuatro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4)

N (%).\*I64-I66, I67 e I69. La suma de (%) puede no ser exacta (100%), debido al redondeo.

Fuente: Elaboración propia con información del INNNMVS.

#### Características de vivienda

Del total de pacientes estudiados, 82 (93%) reportaron contar con departamento popular, 41 (47%) indicó que la vivienda era propia, 68 (77%) se concentraron en zonas urbanas, 69 (78%) señaló que el tipo de material de las viviendas era de mampostería y que 74 (89%) viviendas contaban con 3 o más servicios intradomiciliarios. El IC fue el más frecuente en las categorías de departamento popular, vivienda propia, vivienda localizada en zona urbana, con material de construcción de mampostería y contar con tres o más servicios intradomiciliarios; al mostrar las mayores frecuencias, respectivamente. La tabla 5 muestra estas características.

Tabla 5. Características de vivienda de pacientes fumadores según tipos de EVC. INNNMVS, 2011.

Camantaniana	Tipos de EVC			
Características	Hemorragia	Hemorragia	Infarto	*Otros
de vivienda	subaracnoidea	intracerebral	cerebral	
N (%)	13 (15)	6 (7)	20 (23)	49 (56)
Tipo de vivienda				
Departamento popular	10 (77)	6 (100)	19 (95)	47 (96)
Otro	3 (23)	0 (0)	1 (5)	2 (4)
Tenencia de vivienda				
Propia	7 (54)	3 (50)	1 (55)	20 (41)
Prestada	2 (15)	2 (33)	5 (25)	15 (31)
Rentada, intestada	4 (31)	1 (17)	4 (20)	14 (29)
Zona de ubicación				
Urbana	9 (69)	6 (100)	16 (80)	37 (75)
Suburbana	4 (31)	0 (0)	4 (20)	12 (25)
Material de construcción				
Mampostería	7 (54)	5 (83)	17 (85)	40 (82)
Mixta	6 (46)	1 (17)	3 (15)	9 (18)
Habitaciones, #	$4\pm1$	3 ± 1	$4 \pm 1$	4 ± 1
Servicios intradomiciliarios				
≤ 2	3 (23)	0 (0)	1 (5)	6 (12)
3	5 (38)	2 (33)	8 (40)	9 (18)
4	5 (38)	4 (67)	11 (55)	34 (69)

N (%). \*I64-I66, I67 e I69. La suma de (%) puede no ser exacta (100%), debido al redondeo.

Fuente: Elaboración propia con información del INNNMVS.

#### Características económicas

Del total de PF con EVC, solo 10 (11%) reportó un empleo calificado, 53 (60%) fue clasificado con un NSE ≤ II, la mediana de IFM fue \$PM 2,900 (RIC, \$PM2,000-\$PM5,000) y los dependientes económicos fueron 3 (RIC, 2-4). Del total de pacientes con IC, 1 (5%) fue trabajador calificado, 15 (75%) tuvo un NSE ≤ II, el IFM fue de \$PM2,300 (RIC, \$PM1,800-\$PM3,500) y el número de dependientes económicos fue 3 (RIC, 2-4). Un mayor detalle de estas características económicas es mostrado en la tabla 6.

Tabla 6. Características económicas de pacientes fumadores según tipos de EVC. INNNMVS, 2011

	Tipos de EVC			
3 (23.1)	Hemorragia	Hemorragia	Infarto	*Otros
	subaracnoidea	intracerebral	cerebral	
N (%)	13 (14.8)	6 (6.8)	20 (22.7)	49 (55.7)
Ocupación				
Hogar	3 (23.1)	0 (0.0)	3 (15.0)	18 (36.7)
Desempleado	1 (7.7)	1 (16.7)	5 (25.0)	7 (14.3)
Trabajador no calificado	7 (53.8)	4 (66.7)	8 (40.0)	13 (26.5)
Trabajador calificado	1 (7.7)	1 (16.7)	1 (5.0)	7 (14.3)
Otro	1 (7.7)	0 (0.0)	3 (15.0)	4 (8.2)
Clasificación socioeconómica				
I	3 (23.0)	1 (16.7)	3 (15.0)	7 (14.3)
II	5 (38.5)	3 (50.0)	12 (60.0)	19 (38.8)
III-IV	5 (38.5)	2 (33.3)	5 (25.0)	23 (46.9)
Nivel de ingreso, Mediana	3,000	2,500	2,300	3,000
(RIC, 25-75%)	(2,500-6000)	(1600-5,000)	(1800-3,500)	(2,000-7,000)
Dependientes, #, Mediana (RIC, 25-75%)	4 (3-4)	2 (1-5)	3 (2-4)	3 (2-4)

N (%). \*I64-I66, I67 e I69. La suma de (%) puede no ser exacta (100%), debido al redondeo.

Fuente: Elaboración propia con información del INNNMVS.

#### Costos por tabaquismo e ingresos anuales

El CAM-EVC-AT promedio anual por paciente fue para el IC, \$PM52,258; HI, \$PM81,626; TVC, \$PM32,340 y para HS, \$PM153,628 (tabla 7). La HS y la HI fueron los tipos de EVC con mayores costos médicos debido a tabaquismo.

Tabla 7. Costo anual de atención médica de la EVC Asociada a consumo de tabaco

**INNNMVS 2011** 

Tipos de EVC	*Costos
IC	52,258
HI	81,626
TVC	32,340
НS	153 628

\*Costo promedio anual por paciente, expresado en \$PM.

Fuente: Elaboración propia con información de Quintana et al., 2013.

En todos los tipos de EVC, el ingreso familiar que reportaron los pacientes fue menor respecto a los CAM-EVC-AT (figura 2). El ingreso y gasto en salud per cápita comparado con el costo de la HS fue insuficiente excepto para el IC y la HI (figura 2).

Figura 2. CAM-EVC-AT y tipos de ingresos por tipo de EVC INNNMVS, 2011

Abreviaturas: HS: Hemorragia subaracnoidea

HI: Hemorragia intracerebral

IC: Infarto cerebral.

Fuente: Elaboración propia con datos del INNNMVS, BM, SINAIS y Quintana et al., 2013

#### Discusión

El principal hallazgo del presente estudio fue mostrar que los fumadores con EVC secundarios al consumo de tabaco tratados en el INNNMVS, presentaron una situación de desventaja socioeconómica ante los costos de atención generados. Estos pacientes se caracterizaron por presentar una edad media de  $55 \pm 13$  años, predominaron los hombres en IC y HS, mientras que las mujeres lo hicieron en otros tipos de EVC, con un bajo nivel de escolaridad, un empleo no calificado, una mediana de IFM de \$PM2,900 (RIC, \$PM2,000-\$PM5,000), un NSE  $\leq$  II y habitaron en departamentos populares. Los tipos de EVC más costosos atribuibles al consumo de tabaco fueron la HS; \$PM153,628 y la HI; \$P81,626.

Un estudio de casos y controles encontró que el riesgo de sufrir un IC en fumadores que consumían de 1-20 cigarros diarios fue 3.3 veces en comparación con los no fumadores, mientras que para los fumadores de más 20 cigarros diarios fue de 5.6 veces respecto a los no fumadores (Bonita *et al.*, 1986, 6-8). Otro estudio encontró que la HS está asociada con el tabaquismo; los fumadores tenían casi el doble de probabilidad de IC con respecto a los no fumadores (Shinton y Beevers, 1989: 789-94). Una investigación realizada en Noruega mostró que fumar cigarros diariamente incrementa el riesgo en 3.5 veces de un ictus fatal y cuando este consumo se combina con puro o pipa, el riesgo es mayor que cuando solo se consumen cigarros (Haheim *et al.*, 1996: 621-624).

El estudio realizado en el INNNMVS (Calzada-Lemus *et al.*, 2011: 24-28), analizó 1,085 visitas domiciliarias y encontró que la variable vivienda; mantenimiento, iluminación, ventilación, higiene, condiciones de mobiliario, tipo y tenencia de vivienda, así como el NSE e IFM, fueron las principales variables socioeconómicas consideradas al momento de asignar algún apoyo social a estos pacientes. Otro estudio (Calzada-Lemus *et al.*, 2012: 55-58) encontró que 40% de los pacientes evaluados tuvo IFM en el rango \$PM400 a \$PM2,056, 28% entre \$PM2,057 a \$PM3,713 y 17% entre \$PM3,714 a \$PM5,370; lo que significa que el 85% de estos pacientes tuvieron IFM entre \$PM400 a \$PM5,370. El 52% de los pacientes analizados recibieron un NSE ≤ 2. En tanto que los pacientes con escolaridad de primaria, concluida o no, fueron aproximadamente 50%.

De acuerdo con datos del Banco Mundial (BM), el PIB per cápita de México en 2011 fue alrededor de \$USD9,803, por debajo de Chile (\$USD14,511), Argentina (\$USD13,694) y Brasil (\$USD12,576); por arriba de Colombia (\$USD7,124) y, mostrando un gran diferencial respecto al de los Estados Unidos (\$USD49,854). El PIB de México fue \$PM121,062. Así, un paciente con un ingreso equivalente a este PIB debería utilizar aproximadamente un 43% de su ingreso para cubrir los costos anuales por un IC, 67% para HI y su ingreso no sería suficiente para una HS. Si utilizamos el ingreso reportado por el paciente, se tiene que su ingreso representaría 33% respecto del costo total de un IC, 37% para una HI y 23% por una HS; en todos los casos se observa una incapacidad de pago del paciente. En el análisis comparativo no se incluyeron gastos de alimentación, vestido, calzado, vivienda, transporte y recreación.

Se utilizó el PIB per cápita como medida conservadora, pues el diferencial mostrado de este ingreso con el costo de la enfermedad podría ser mucho mayor.

Varias investigaciones han reportado que el tabaquismo se encuentra fuertemente relacionado con condiciones socioeconómicas desfavorables, como nivel mínimo de educación, ingreso bajo y ocupación manual, y fue el factor más importante que contribuye a la desigualdad en salud (Sharma, Lewis y Szatkowski, 2010: 1-7; Sha y Cole, 2010: 917-932). Otro estudio comparó poblaciones húngaras y rumanas y reveló que el tabaquismo está más asociado con niveles de educación intermedia (secundaria y vocacional) que con niveles mayores de escolaridad (Nédo y Paulik, 2012: 1-7). Avendaño *et al.*,. (2004: 432-437) analizaron diez países europeos y encontraron que tanto hombres y mujeres con bajos niveles educativos tuvieron altas tasas de mortalidad por infarto respecto de los individuos con niveles educativos medios o altos.

El humo de tabaco es responsable de producir costos directos por mortalidad, costos de atención médica de fumadores activos y pasivos, ausentismo laboral y pérdida de productividad, daño ambiental por deforestación a gran escala y, contaminación por pesticidas y fertilizantes (Shafey *et al.*, 2009). En Argentina (Christensen *et al.*, 2009a: 246-253), el costo medio total de hospitalización inicial por paciente fue de \$USD12,285 ± \$USD14,336 para HI y \$USD3,888 ± \$USD4,018 para IC. Para Brasil, el costo medio total de hospitalización inicial por paciente fue de \$USD4,101 ± \$USD4,254 para HI y \$USD1,902 ± 1,426 para IC (Christensen *et al.*, 2009b, 142-149).

En Finlandia (Meretoja *et al.*, 2011: 2007-2012), la media anual del costo médico directo por paciente, antes y posterior al primer año de incidencia fueron para IC de \$USD8,900 y \$USD29,580; para la HI \$USD7,600 y \$USD36,220 y para la HS \$USD4,200; \$USD42,570, respectivamente. Sin embargo, las estimaciones de los estudios previos no señalan que proporción de estos costos puede asociarse al consumo de tabaco. Las diferencias entre estas estimaciones con las nuestras pueden explicarse por la metodología empleada (Eisenberg, 1989: 2879-2886; Mogyoros y Smith, 2005).

El tabaquismo impone grandes costos a las economías nacionales. El bienestar nacional es reducido como proporción del Producto Interno Bruto (PIB). Así, para los países de altos ingresos, los costos económicos totales por consumo de tabaco pueden representar hasta 1.9% como proporción del PIB, mientras que en países de ingresos medios podría alcanzar hasta un 3.6% como proporción del PIB (Shafey *et al.*, 2009). En México, se estima (Quintana-Carrillo *et al.*,2013: 129-134) que los costos directos de atención médica asociados al consumo de tabaco para el sistema de salud, podrían oscilar entre \$PM27,000 millones para el escenario conservador y \$PM43,000 millones para el escenario alto. El infarto agudo al miocardio y la enfermedad vascular cerebral, fueron las enfermedades con mayor impacto financiero para el sistema de salud; con (PM\$13,000 millones, PM\$17,000 millones) y (PM\$7,000 millones, PM\$8,000 millones) aproximadamente, para los escenarios conservador/alto respectivamente.

En conclusión, los PF con EVC debido a tabaquismo se caracterizaron por una SS desfavorable y además representaron una carga económica para sus familias como para la sociedad. Los sujetos fumadores están más expuestos a sufrir un IC respecto a los no fumadores y, a partir de su SS, podrían producir considerables costos a la sociedad. Así, la prevención, es un importante elemento de una política anti-tabáquica.

# REFERENCIAS

- Avendaño, M., *et al.* (2004). Educational level and stroke mortality. A comparison of 10 European populations during the 1990s. *Stroke*, 35, 432-437.
- Banxico (2010-2011a). "Índice Nacional de Precios al consumidor", en Banco de México. Disponible en http://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.do?accion=consultarCuadroAnalitico&idCuadro=CA55&sector=8&loc ale=es, consultado el 8 de Octubre de 2014.
- Banxico (2010b). "Mercado cambiario", en *Banco de México*. Disponible en http://www.banxico.org.mx/dyn/portal-mercado-cambiario/index.html, consultado el 8 de Octubre de 2014.
- BM (2011). "PIB per cápita (US\$ a precios actuales)", en *Banco Mundial*. Disponible en http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD, consultado el 29 de Septiembre de 2014.
- Bonita, R. et al. (1986). "Cigarette smoking and risk of premature stroke in men and women". British Medical Journal Clinical Research, 293(6538), 6-8.
- Calzada-Lemus, F. *et al.* (2011). Las visitas domiciliarias, instrumento determinante del perfil socioeconómico de pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México, 2003-2009. *Arch Neurocien* (Mex), 16(I), 24-28.

- ---- (2012). Componentes principales categóricos: una propuesta para analizar la información socioeconómica de la visita domiciliaria realizada a pacientes de un centro neurológico de tercer nivel. *Arch Neurocien* (Mex), 17(II), 55-58.
- Christensen, M. C. (2009a). "Acute Treatment Costs of Intracerebral Hemorrhage and Ischemic Stroke in Argentina". *Acta Neurol Scand*, 119, 246-253. DOI:10.1111/j.1600-0404.2008.01094.x
- ---- (2009b). "Acute Treatment Costs of Stroke in Brazil". Neuroepidemiology, 32, 142-149. DOI: 10.1159/000184747.
- CONAPO (2011). *Consejo Nacional de Población*. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Consultas\_Interactivas, consultado el 27 de Septiembre de 2014.
- CONEVAL (2010). *Consejo Nacional de Evaluación*. Disponible en http://www.coneval.gob.mx/Medición/Paginas/Medición/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx, consultado el 25 de de Septiembre de 2014.
- DOF (2013). *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en http://dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5300256&fec ha=27/05/2013, consultado el 18 de Septiembre de 2014.
- Dornbusch, R.; Fischer, R.; y Startz, R. (2009). Macroeconomía. Madrid: McGrawHill.
- Egido, J.; Diez, E. (2003). *Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadoores.* Barcelona: Sociedad Española de Neurología. Disponible en http://www.ictussen.org/files3/Despues\_del\_ictus\_guia\_pacientes& cuidadores.pdf, consultado el 8 de Septiembre de 2014.
- Eisenberg, J. (1989). "Clinical Economics. A guide to the Economic Analysis of Clinical Practices". JAMA, 262(20), 2879-2886.
- Esclarin, A.; Pinto, A. de (2001). La lesión medular, vejiga e intestino. Madrid: Coloplast Productos Médicos.
- García, M. (2004). "Fisioterapia de la espasticidad: técnicas y métodos". Fisioterapia, 26(1), 25-35.
- González, R.; Bevilacqua, J. (2009). "Disfagia en el paciente neurológico". Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile, 20, 252-262.
- Haheim, L. (1996). "Smoking habits and risk of fatal stroke: 18 years follow up of the Oslo study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 621-624.
- Hollister Incorporated. (2005). "¿Qué es la vejiga neurogénica?", en Hollister Incorporated. Disponible en https://www.180medical. com/uploads/docs/hollister%20understanding%20neurogenic%20bladder-spanish.pdf, consultado el 30 de Agosto de 2014.
- INEGI (2010). "Censo de Población y Vivienda", en INEGI. Disponible en http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est#, consultado el 7 de Octubre de 2014.
- INNNMVS. (2011). "Guía institucional 2011", en Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *México: INNNMVS*.
- INSP (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones* (ENA). Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en www.insp.mx, consultado el 2 de Septiembre de 2014.
- Maza, M. de la; Dondis, D. (2008). Epidemilogía de la enfermedad vascular cerebral. AVANCES, 5(16), 6-10.
- Meretoja, A. *et al.* (2011). "Direct Costs of Patients with Stroke Can Be Continuously Monitored on a National Level Performance. Effectiveness, and Costs of Treatment Episodes in Stroke (PERFECT Stroke) Database in Finland". *Stroke*, 42, 2007-2012. DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.612119.
- Mogyoros, Z.; Smith, P. (2005). The main methodological issues in costing health care services: A literature review. United Kingdom: University of York. Disponible en http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp7\_Methodological\_issues\_in\_costing\_health\_care\_services.pdf, consultado el 7 de Septiembre de 2014.
- Nédo, E.; Paulik, E. (2012). "Association of smoking, physical activity and dietary habits with socioeconomic variables: a cross-sectional study in adults on both sides of the Hungarian-Romanian border". *BMC Public Health*, 12(60), 1-7. Disponible en http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-60.pdf, consultado el 30 de Agosto de 2014.
- OPS (1995). Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística International de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington, DC/OMS.
- OECD (2003). *Poverty and Health*. Paris: WHO. Disponible en http://www.oecd.org/development/povertyreduction/33965811. pdf, consultado el 1 de Octubre de 2014.
- Quintana-Carrillo, R. H.; Reynales-Shigematsu, L. M. (2013). "Costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en México: estimaciones 2010". En L. M. Reynales-Shigematsu, J. F. Thrasher; Lazcano Ponce, E.; Hernández Ávila, M. (2013). Salud Pública y tabaquismo, Volumen I. Políticas para el control del tabaco en México, Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 129-134.

- Quintana-Carrillo, R. H. *et al.* (2013). The Economic Impact of Smoking on the Treatment Costs of Stroke at a Tertiary Care Neurological Center in Mexico. *Int J Stroke*, 8(5), E23.
- Rogers, R. G. et al. (2005). Mortality attributable to Cigarette Smoking in the United State. Population and Development Review, 31(2), 259-292.
- Samet, J. (2010). "Estimating the Burden of Smoking: Premature Mortality, Morbidity and Costs". *Salud Pública de México*, 52(2), s98-s107.
- Serrano, C. et al. (2005). "Afasia progresiva primaria: variabilidad clínica. Análisis de 15 casos". Rev. Neurol, 41(9), 527-533.
- Sha, R.; Cole, J. (2010). Smoking and Stroke: The more you smoke the more you stroke. Rev. Cardioasc Ther, 8(7), 917-932.
- Shafey, O. et al. (2009). El Atlas del Tabaco. Atlanta: Sociedad Americana del Cáncer.
- Sharma, A.; Lewis, S.; Szatkowski, L. (2010). Insights into Social Disparities in Smoking Prevalence Using Mosaic. A Novel Measure of Socioeconomic Status: An Analysis Using A Large Primary Care Dataset. *BMC Public Health*, 10.755, 1-7.
- Shinton, R.; Beevers, G. (1989). Meta-Analysis of Relation Between Cigarette Smoking and Stroke. BMJ, 298(6676), 789-794.
- SINAIS-DGIS (2014). Sistema Nacional de Información en Salud. Dirección General de Información en Salud. Disponible en http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gastopublico.html, consultado el 13 de Septiembre de 2014.
- U.S. Department of Helath and Human Services (2010). How Tobacco Smoke Causes Diseases: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. Atlanta. GA: U.S.: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- WHO (2011a). Global Status report Non-communicable Diseases. Geneva: WHO. Disponible en http://www.who.int/chp/ncd\_global\_status\_report/en/, consultado el 29 de Agosto de 2014.
- WHO (2011b). Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO. Disponible en http://www.who.int/cardiovascular\_diseases/publications/atlas\_cvd/en/, consultado el 29 de Agosto de 2014.
- WHO (2011c). Report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO. Disponible en http://www.who.int/tobacco/global\_report/2011/en/index.html, consultado el 30 de Agosto de 2014.

# EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ENFERMO DE HUNTINGTON

Norma Cruz Maldonado María de los Angeles Rodríguez Casillas Rita Miriam Montiel Espinosa Blanca Lilia Gaspar del Ángel

#### Resumen

La Enfermedad de Huntington (EH) es un padecimiento degenerativo del Sistema Nervioso Central (SNC), caracterizado por una pérdida involuntaria y súbita del control; con movimientos complejos, rápidos, arrítmicos e irregulares, asociados con hipotonía muscular (Corea). En el caso de nuestro país, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) refiere que existen alrededor de 8,000 personas con EH.

La EH es de inicio tardío, por lo general afecta a las personas entre los 35 y 50 años de edad. Ante la falta de un tratamiento efectivo, la enfermedad progresa irrevocablemente hacia la muerte. Por las características etiológicas y dado el progreso de la EH, quien la padece requiere de un cuidado permanente.

Por lo anterior, el objetivo que orientó la investigación "Sobrecarga del cuidador primario del enfermo de Huntington. Estudio descriptivo de los beneficiarios de la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington (AMEH, AC)", fue analizar la sobrecarga del cuidador primario informal (CPI) y su asociación con el nivel de independencia de la persona enferma de Huntington (PEH); aunado a ello se estudiaron las categorías: repercusiones de ser CPI; y organización para el cuidado de la PEH. Para ello, se entrevistó a un total de 28 CPI de PEH que acuden a la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington. Durante la entrevista se aplicó un cuestionario sociodemográfico, el índice de Barthel, el test sobrecarga de Zarit, y una guía de entrevista.

Entre los resultados obtenidos con relación al CPI, el 89.3% son mujeres; sus edades se ubican en el rango de los 16 a los 88 años. Con relación al parentesco, el 36.0% es hija del enfermo. En el 68% de las familias se identificó que había más de un integrante con la EH, mientras que el 39.3% ha sido CPI de dos personas con EH.

El 82.1% de las PEH necesita apoyo para poder realizar alguna o algunas actividades de la vida diaria; mientras que 67.9% de los CPI no presentan sobrecarga. El resultado de la prueba de la Chi-Cuadrada arrojó que la sobrecarga del CPI está relacionada con el número de años que lleva al cuidado de la PEH; es decir, a menor tiempo al cuidado de la PEH, tiende a aumentar el nivel de sobrecarga del CPI.

No obstante que la escala de Zarit no arrojó sobrecarga en los CPI, en los hallazgos cualitativos se logró apreciar que los CPI manifiestan cansancio, estrés, preocupación y desesperanza ante el proceso de la EH.

Palabras clave: Huntington, cuidador primario, familia.

#### **Abstract**

Huntington's disease (HD) is a degenerative suffering of the Nervous Central System (SNC), characterized by an involuntary and sudden loss of the control; with complex, rapid, arrhythmic and irregular movements, associated with muscular hipotonía (Korea). In case of our country, the Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) reports that there are about 8,000 people with HD.

The HD is of late onset, in general it affects the persons between 35 and 50 years of age.

As a result of no appropriate treatment, the disease progresses irrevocably towards the death. For the etiologic characteristics and in view of the progress of the HD, those who suffers it needs of a permanent care. Therefore, the objective that guided the research "Overload of the primary caregiver of the Huntington patient".

Descriptive study of the beneficiaries of the Mexican Association of Huntington's Disease (AMEH, AC) was to analyze the overload of the primary informal caregiver (CPI) and his association with the level of independence of the person the person with HD (PHD); it the categories were studied: repercussions of being CPI and organization for the care of the PSH. For it, one interviewed a total of 28 PSH's CPI that come to the Mexican Association of Huntington's Disease. During the interview, a social-demographic questionnaire was applied, Barthel's index, the test of Zarit, and a guide of interview.

Among the results obtained in relation to the CPI, 89.3% is women; his ages are located in the range from 16 to 88 years. With relation to the kinship, 36.0% is a daughter of the patient. In 68% of the families there was identified that there was more than one

member with the EH, whereas 39.3% has been CPI of two persons with EH. 82.1% of the PHD needs support to be able to realize someone or some activities of the daily life; whereas 67.9% of the CPI does not present overload.

The result of the Chi-square test showed that the overload of the CPI is related to the number of years that it takes to care for the PEH; that is to say, to less time to the care of the PHD, tends to increase the level of overload of the CPI.

Although the scale of Zarit did not show an overload in the CPI, in the qualitative findings it was possible to appreciate that the CPI show fatigue, stress, worry and despair before the HD process.

Keywords: Huntington, Primary caregiver, family.

#### Introducción

Ante las condiciones que reportan los organismos gubernamentales de salud de nuestro país, surge la necesidad de realizar investigaciones sociomédicas que den cuenta de la complejidad de la interacción de los determinantes sociales y su incidencia en el proceso salud-enfermedad-atención.

De entre las enfermedades que más aquejan a nuestro país, destacan aquellas que generan algún tipo de discapacidad, ya que tienen un impacto considerable no solo en el enfermo sino también en su familia, que va desde lo económico hasta el aspecto emocional.

La necesidad de un cuidador primario (CP) se origina a partir de la dependencia que generan estas enfermedades, es decir,

[...] un estado en el que se encuentran las personas, que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Consejo de Europa, 1998: 1).

Así, a medida en que el paciente sea menos independiente, mayor será su necesidad de un CP.

Dentro de la literatura médica, se distingue entre cuidadores primarios informales (CPI) y cuidadores primarios formales (CPF). En general el CPI es aquella persona que asiste al enfermo en la realización de las actividades de la vida diaria que el enfermo no puede llevar a cabo de forma autónoma debido a los estragos del padecimiento; la diferencia entre los CPI y los CPF es que estos últimos perciben una remuneración económica por esta actividad, y han tenido una previa capacitación para el cuidado del enfermo.

Diversos estudios han señalado el impacto que tienen los CPI en los diferentes ámbitos de su vida, llegando a configurar lo que se denomina "Síndrome del cuidador", "Sobrecarga del cuidador" o "estrés del cuidador". Hace poco más de tres décadas, Zarit (1980) definió la sobrecarga generada por la provisión de cuidados como "[...] un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador". Así, dentro de la complejidad del actuar cotidiano del CPI, se reconoce una carga objetiva y otra subjetiva como resultado del proceso de cuidar a un enfermo. Se considera que la carga subjetiva son aquellas actitudes y reacciones emocionales; mientras que la carga objetiva hace referencia a los cambios en la vida cotidiana del CPI.

En nuestro país aún no contamos con estadísticas generales que nos permitan conocer el número de CPI y CPF que actualmente apoyan en el cuidado de enfermos y adultos mayores. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (España) a través del estudio "Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles", señala que los cuidados proporcionados por personas no familiares representan tan solo el 2.5% del total de la ayuda informal" (López, 2007: 17), es decir, 97.5% del apoyo informal procede de la familia. La importancia del estudio del CPI del enfermo de Huntington, surge a raíz de que esta enfermedad es de carácter degenerativa y hereditaria; de tal manera que en la práctica médica se ha observado que el CPI ha brindado cuidados y apoyo al menos a dos de sus familiares con esta enfermedad.

Por lo anterior, se desarrolló una investigación descriptiva de tipo mixto, cuya unidad de análisis fueron los CPI de personas con Enfermedad de Huntington (EH). Se evaluaron la sobrecarga del cuidador y la autonomía del enfermo, para ello se utilizó el test (Zarit) y el índice de Barthel, respectivamente. Cualitativamente, se indagó sobre cinco categorías de análisis: el rol del CPI; la organización familiar; las repercusiones de la EH; los problemas familiares derivados de la EH; y las necesidades de apoyo. Se entrevistaron a 28 CPI que habitan en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, registrados en el padrón de usuarios de la Asociación Mexicana de Huntington, I.A.P (AMEH).

Se espera que los resultados contribuyan a la identificación de factores sociales y emocionales de riesgo para la salud del CPI de la persona enferma de Huntington (PEH).

# La Enfermedad de Huntington

#### y el cuidador primario informal

La Enfermedad de Huntington forma parte del grupo de padecimientos degenerativos del Sistema Nervioso Central, tiene una prevalencia de 4 a 7 casos por 100,000 habitantes (Gómara, 2007: 88).

Hoy en día se reconoce que la EH es una enfermedad hereditaria autosómico dominante, el transmisor es el padre en 70% a 80% de los casos (ver figura 1). Es una enfermedad progresiva, afecta las funciones motoras (movimientos coreiformes involuntarios, atetosis, discinesia, ataxia, disartria, y movimientos sacádicos anormales de los ojos); la cognición (la memoria, atención y concentración, flexibilidad cognitiva, abstracción, planificación y generación de secuencias, fluencia verbal y demencia); incluso algunos enfermos pueden presentar alteraciones psiquiátricas (depresión, manías, apatía e irritabilidad, psicosis, delirium, síntomas obsesivos compulsivos) (Fernández, 2012: 295).

Esta afección es de inicio tardío, por lo general afecta a las personas entre los 35 y 50 años de edad. Ante la falta de un tratamiento efectivo, "[...] la enfermedad progresa lenta e inexorablemente a la discapacidad y muerte en 15 a 20 años" (Hesse, 2006: 196).

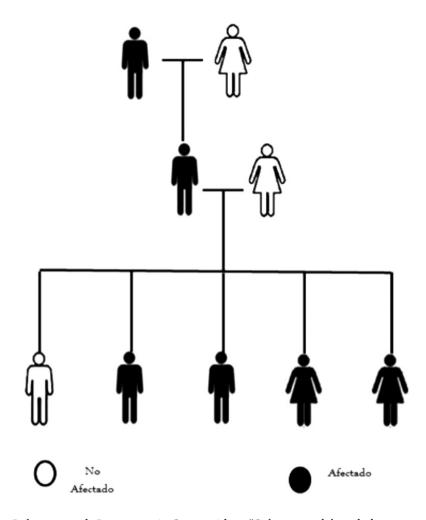


Figura 1. Presencia de la enfermedad de Huntington, familia Aguilar

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Sobrecarga del cuidador primario del enfermo de Huntington. Estudio descriptivo de los beneficiarios de la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington (AMEH, AC)" INNN, 2013.

En el caso de nuestro país, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) refiere que existen alrededor de 8,000 personas con EH. Es una enfermedad subdiagnosticada, ya que además de ser de difícil diagnóstico, comúnmente ha sido catalogada como una enfermedad mental por los familiares, quienes incluso, niegan su existencia (INNN, s/f).

Por las características etiológicas y dado el progreso de la EH, quien la padece requiere de un cuidado permanente. Por lo general, un miembro de la familia asume el rol de su cuidador, quien se encarga de proveer las condiciones necesarias para que el enfermo transite de una manera más favorable el proceso.

En un marco más amplio, son los organismos no gubernamentales (ONG's) quienes se han consolidado como una prioritaria red de apoyo social; no solo para los enfermos, sino también para cuidadores primarios y familiares. En nuestro país, desde 1992 familiares de enfermos de Huntington fundaron la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington (AMEH)1, con el fin de

<sup>1</sup> Asociación Mexicana de Enfermedad de Huntington, A.C. Tesoreros 97 Col. Toriello Guerra. México, D. F. Teléfonos: 5424-3325 y 5424-3189.

promover el conocimiento de la enfermedad, así como brindar apoyo a la PEH y sus familiares. La Asociación proporciona diversos tipos de apoyo: terapias (fisioterapia, ocupacional, lenguaje, espiritual), servicio de comedor, atención médica y psicológica, grupos de apoyo; así como servicios asistenciales (distribución de medicamentos, y entrega en comodato de sillas de ruedas, camas de hospital, muletas y andaderas).

Investigaciones sociomédicas (Forrest K. et al. 2007; Zambrano R., Ceballos P.; 2007; Yonte H. F.; 2010; Williams JK, et al., 2012) y organismos de la sociedad civil han subrayado el impacto social de esta enfermedad en dos objetos de estudio propios de la intervención del trabajo social en el área de la salud:

- a. El cuidador primario: quien señala que esta experiencia es como experimentar la desintegración de la vida, en el que la angustia emocional es la manifestación más significativa que impacta en diferentes dimensiones de la vida.
- b. La familia: presenta modificaciones de roles, los cambios de las actividades diarias, problemas económicos y aislamiento.

El apoyo que proporciona el CPI estará asociado a la gravedad de los síntomas del enfermo, de los apoyos sociales de que disponga, de las relaciones con la familia y de la percepción que tiene sobre el balance entre la carga que le supone y los beneficios que obtiene (Roscoe.2009: 24). Por ser una enfermedad hereditaria, la situación familiar se vuelve compleja, dejando por lo general la carga del cuidado a la persona que asumió el rol de manera "voluntaria", incluso hasta de dos personas con el mismo padecimiento.

Derivado de la situación antes descrita, se realizaron los siguientes cuestionamientos con relación a los usuarios de la AMEH –Personas enfermas de Huntington y su CPI–: ¿Cuál es el nivel de independencia de la PEH?, ¿cuál es el nivel de sobrecarga del CPI del EH?, ¿cuáles fueron los motivos y situaciones que lo llevaron a ser el CPI de la PEH?, ¿cómo vive el CPI el padecimiento de la PEH?

# Metodología

El objetivo que orientó el presente estudio fue analizar la asociación del nivel de independencia de la PEH y el nivel de sobrecarga del CPI; aunado a conocer los motivos por los que la persona asumió el cuidado del enfermo.

Se entrevistaron a 28 CPI de la PEH beneficiarios de la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington (AMEH) que habitan en el Distrito Federal. Se estudiaron dos variables y tres categorías de análisis:

#### a) Variables

*Independencia del enfermo:* la capacidad de una persona para realizar las principales actividades de la vida diaria (AVD) consideradas como básicas: Comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina (Barrero, 2005).

Sobrecarga del cuidador: estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador "la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro (Yonte, 2010).

#### b) Categorías apriorísticas

Rol de cuidador primario: motivos personales y familiares para asumir el rol del CPI de la PEH. Repercusiones de ser cuidador primario informal: consecuencias físicas, económicas, profesionales y familiares.

Organización para el cuidado de la PEH: forma de organización entre el CPI y el resto de la familia para el cuidado.

Se utilizó como técnica la entrevista, considerando lo incapacitante que suele ser la enfermedad se optó como estrategia que esta técnica se aplicara en el domicilio del CPI y la PEH, ello permitió la aplicación de cinco instrumentos y la observación directa de los cuidados que brinda el CPI a la PEH.

En el caso de la PEH se aplicó el *Índice de Barthel* (Barrero, 2005) para evaluar la capacidad que tiene para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD) consideradas como básicas (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina).

Mientras que para el CPI, en un primer momento se aplicó un *cuestionario sociodemográfico* para conocer las características económicas y familiares. Así como, el *Test de sobrecarga del cuidador de Zarit* (Álvarez, 2008). De manera complementaria se realizaron cuatro preguntas abiertas relacionadas con las categorías apriorísticas.

El análisis cuantitativo de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS, en el que se obtuvieron tablas de contingencia, y para asociar las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrada. El análisis cualitativo se efectuó en el programa Atlas.ti, de acuerdo a las categorías apriorísticas.

#### Resultados

# Características sociodemográficas de la PEH y el CPI

El 28% de los entrevistados residía en la delegación Tlalpan, y un 14% en Álvaro Obregón e Iztapalapa, respectivamente; en menor porcentaje provenían de las delegaciones Benito Juárez, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza y Xochimilco. Su ingreso familiar fluctuó entre \$150.00 y \$20,000.00; obtenido un ingreso mensual en promedio de \$3,972.22 pesos.

Con relación a las características de la PEH, el 53.5% son mujeres y el 46.5% hombres; sus edades oscilaron en el rango de 25 a 76 años; teniendo un media de 52.5 años. El 83% señaló profesar la religión católica. El 61.0% señaló no tener ocupación a causa de la enfermedad.

De las características de los CPI, el 89.3% son mujeres, 46.4% son casadas. Sus edades se ubican en el rango de los 16 a los 88 años, teniendo una media de 50 años; cuentan en promedio con 10 años estudiados. Con relación al parentesco, el 36.0% de los CPI es hija del enfermo; otro 25.0% es el cónyuge de la PEH, y en menor porcentaje la madre o madrastra (21.4%), hermana (7.1%), suegra (7.1%) y cuñada (7.1%).

# Presencia de la EH en la familia

En el 68% de las familias estudiadas se identificó que había más de un integrante con la EH, mientras que el porcentaje restante reconocían que solo existía un familiar con este padecimiento. Así, el 39.3% ha sido CPI de dos personas con EH (ver figura 2).

Me tocó cuidar a mi suegra que tenía esta misma enfermedad. Hace dos años a mí esposo se la diagnosticaron y como soy la esposa y ya tengo experiencia, me toca a mí cuidarlo porque mis hijos trabajan (Caso 15).

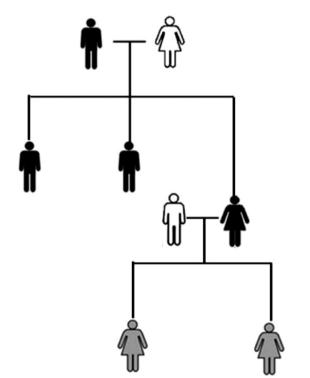


Figura 2. Presencia de la enfermedad de Huntington, familia Pérez

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Sobrecarga del cuidador primario del enfermo de Huntington. Estudio descriptivo de los beneficiarios de la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntigton (AMEH, AC)". INNN, 2013.

El promedio de diagnóstico de la EH es de aproximadamente ocho años; como consecuencia el 32% de las PEH presenta dependencia de moderada a total a su CPI. Cabe señalar que debido a la tendencia hereditaria de la enfermedad, y al conocimiento que los integrantes de la familia han obtenido a partir de la observación de sus familiares enfermos, los CP reconocen que existen integrantes de la familia que comienzan a presentar movimientos involuntarios en brazos y ojos; y dado que estos posibles PEH conocen el desarrollo de la enfermedad y la inexistencia de un tratamiento que evite el desarrollo de la enfermedad ya no consideran necesario asistir con un médico.

La hermana de mi papá, está igual que él, solo que a ella sus hijos no la han llevado a que la diagnostiquen (Caso 2).

Hermanos y sobrinos de mi mamá que viven en Campeche. Los síntomas son los mismos en todos, movimientos involuntarios (Caso 27).

Cabe señalar, que la EH no es la única enfermedad que está presente en estas familias; en el 29% de ellas se encontró la presencia de otras enfermedades crónico-degenerativas en diferentes miembros, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer y Parkinson.

# Sobrecarga del cuidador primario informal

Aproximadamente el 74.9% de las PEH tienen menos de diez años con el diagnóstico. Como se ha señalado anteriormente, el transcurso de la EH varía de una persona a otra, así tenemos que solo el 17.9% de las PEH presenta una autonomía total; mientras que el 82.1% necesita apoyo para poder realizar alguna o algunas actividades de la vida diaria, entre las que destaca el vestirse. Por lo anterior, el 25% de las PEH presenta una dependencia a su CPI.

Con relación a la sobrecarga, el 67.9% de los CPI no presentan sobrecarga, el 32.1% restante presenta sobrecarga de moderada a grave. De los 19 CPI que no presentan sobrecarga, 15 de ellos cuida a enfermos autónomos para la realización de las principales actividades de la vida diaria.

Se identificó una asociación entre los años que tiene de padecer la enfermedad y el nivel de sobrecarga del cuidador. Así, los cuidadores de personas recientemente diagnosticadas con la EH manifiestan una sobrecarga ligera ( $X^2 = p = 0.05$  [.872]). Entre menos años al cuidado del paciente, y con la presencia de un solo familiar con EH, tiende a aumentar el nivel de sobrecarga del CPI.

# La experiencia de cuidar

La responsabilidad de cuidar a un enfermo es una decisión que la mayoría de los CPI asumieron en función de su parentesco, sin considerar el pronóstico de la enfermedad; la corresponsabilidad afectiva permeada de un contexto sociocultural orientó a que sea principalmente la mujer la que asuma el rol de cuidadora primaria.

Como soy la hija, ahora sí que la más chica, por eso así ya tengo mucho tiempo viviendo con ella (Caso 5).

Entonces, yo como soy la hija soltera y la menor, tengo mayor tiempo para cuidar a mi mamá. Por eso asumí el cuidado (Caso 13).

Por el hecho de ser mi hermano y la casa donde vivimos es de todos los hermanos, y por ser la hermana menor siempre he tratado de estar al cuidado de la familia (Caso 16).

Si bien la EH progresa de forma diferente en cada persona, a medida que avanza el CPI deja de realizar sus actividades para dedicar tiempo al cuidado de su familiar. Así, los CPI de PEH con menos tiempo (en años) dedicado al cuidado no perciben cambios en su vida cotidiana, pues aún las PEH son autosuficientes. Mientras que los CPI de PEH que suman más de cinco años al cuidado señalan haber sufrido un cambio total de su vida cotidiana, pues a medida que avanza la enfermedad, la persona necesita mayores cuidados, por ello han dejado su actividad laboral o incluso han llegado a la separación de su cónyuge (ver figura 3).

Tiempo de diagnóstico

11 
años 

"Pues un poquito. Todavía no altera nuestra forma de vida ni las actividades, puesto que ella todavía es independiente." (Caso 9)

"Pues se modifica al cien por ciento porque no haces muchas cosas. No puedes salir a ningún lado porque tienes que estar cuidando a un ser, si es un poco complicado." (Caso 26)

"La relación de la familia se ha deteriorado porque poco a poco se van alejando; o nosotros mismo nos hemos alejado por cuestiones de movilidad de mi hermano y mi primo." (Caso 16)

Figura 3 Tiempo de diagnóstico vs percepción de la modificación de la vida cotidiana

Fuente: Laboratorio de Investigación Sociomédica. "Sobrecarga del cuidador primario del enfermo de Huntington. Estudio descriptivo de los beneficiarios de la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntigton (AMEH, AC)". INNN, 2013.

Los CPI no solo experimentan cambios en el ámbito laboral, social o afectivo; existe un ámbito donde las modificaciones se experimentan con mayor énfasis: el doméstico. En la mayoría de los casos los CPI no solo tienen que realizar las actividades inherentes al cuidado del enfermo sino, además, tienen que cumplir con las actividades propias del rol que desempeñan al interior de la familia. Así, en el caso de las mujeres se duplican las actividades que llevan a cabo, pues además de sus tareas domésticas, deben realizar las del cuidado y crianza de los hijos.

[...] la hago hasta cierto punto de papá y mamá, porque ella no tiene esa facultad de hacer su papel de mamá. Entonces pudiera decir que tengo más carga de trabajo en casa, de todo (Caso 4).

[...] ahorita sí porque como ya tengo a mi hija, no puedo ponerle el cien por ciento de atención a mi mamá (Caso 5).

La casa de mi hermana es de dos pisos, tienen que bajarla para que se quede en la planta de abajo. Yo llego con mi niña, la más chiquita y desayunamos. Mi hermana se va a dejar a su niño y yo me quedo con ella. Yo ya no puedo trasladarme a mi casa que, aunque está pegadita, ya no voy a hacer mis labores, me quedo con ella para ayudarle a que se bañe, porque a veces no se deja y a darle el desayuno. Voy por mi hijo como a las 12, sale 12:30 y ella se queda media hora sola, en lo que llega mi hermana. Es un lapso de media hora o 40 minutos que ella se queda sola, ya cuando llega mi hermana, me voy a mi casa. A esa hora comienzo a hacer mis quehaceres, mi comida. A la hora de la comida en ocasiones comemos juntas, en ocasiones ella se queda con mi mamá. Por la tarde otra vez vuelvo a ir para ayudarle, en estos últimos 3 meses me la vivo en su casa porque mi hermana está embarazada y hay muchas cosas que tampoco puede hacer. Entonces, entre que le ayudo a ella y veo a mi mamá estamos todo el día ahí. Sí, se modifica bastante, ese cambio es bastante porque mi quehacer yo lo termino hasta la noche. A veces estoy lavando trastes a esas horas (Caso 27).

A partir de su cotidianidad, las familias han aprendido a organizar y distribuir los cuidados que se tienen que brindar al enfermo. No obstante, en 18 familias se reconoce la inexistencia de apoyo para el cuidado del enfermo por parte de sus familiares; señalando que la ayuda es nula; poco a poco los hijos del enfermo u otros familiares lo han abandonado; dejándolo al cuidado de una sola persona.

[...] los fines de semana mi papá se encarga de ella. Entre semana mi hermana y yo compartimos los cuidados, así es como lo dividimos (Caso 27).

Al principio todos los hermanos cuidábamos de ellos, porque eran dos de nuestros hermanos los que tenían esta enfermedad. Uno falleció al ahogarse; y como fue pasando el tiempo mis hermanos se fueron alejando, dejándome el cuidado de mi hermano y ahora de mi primo que también tiene esta enfermedad (Caso 16).

Nos habló un padre de Tamaulipas, diciéndonos que él estaba en la iglesia y nos dijo que le habían metido los teléfonos y la dirección de nosotros en una bolsa de plástico, para que nos hablaran y vieran qué hacíamos con él [...] fueron mi hermano y mi hermana para ver qué pasaba porque tenía mucho que ya no sabíamos ni donde vivía; a su mujer le pesó mucho esta situación y trató de que perdiéramos contacto, porque tengo entendido que ella no lo tenía en buenas condiciones. Se fueron ellos por mi hermano y mi hermana se lo llevó a Guadalajara; llegó con muchas deficiencias físicas y se le atendió allá, puesto que mi hermana conocía muchos médicos y la idea era que entre los tres lo viéramos y se vino a México con mi hermano primero, después estuvo conmigo y así lo teníamos para poder desahogarnos y dividirnos los gastos (Caso 20).

A pesar del cansancio físico que pudiera presentar el CPI como resultado del proceso de cuidar, no es tan desgastante como el cansancio emocional de presenciar la incapacidad que va generando la enfermedad hasta llegar a la muerte.

Así, las CPI son "observadoras participantes" del proceso de morir de su familiar; que los ha llevado a experimentar diversas conductas ligadas al duelo anticipatorio. No solo enfrentan la inminente muerte de su familiar, sino también el deterioro físico, cognitivo y emocional del mismo.

Si, uno va aprendiendo de las cosas. Con mi esposo yo lloré mucho, no entendía el porqué. Yo sufría mucho con él, me angustiaba mucho y la diferencia ahora con mi hijo es que yo digo: Bueno, Dios sabe porqué hace las cosas. Lo que aprendí con mi esposo es que hiciera lo que hiciera, nada cambiaría, desaproveché tiempo llorando en vez de poder disfrutar más de mi esposo. [...] No podía cambiar nada con llantos y con enojos. Porque si me enojaba, me desesperaba y no cambió nada de lo que tenía que ser. Es lo que he aprendido y lo que trato de hacer con mi hijo. He aprendido lo que debo de hacer y no hacer. Si duele, y mucho, el saber que tu hijo... pero bueno sé que lo tengo que disfrutar ahorita que está, ahorita que existe (Caso 23).

Son dos los elementos a resaltar de esta situación, por una parte los CPI viven un proceso de duelo anticipatorio; el enojo y la esperanza son los sentimientos que presentan los familiares al conocer el diagnóstico médico; especialmente cuando se trata de la primera PEH en la familia. En los casos subsecuentes, la experiencia de la primera vivencia aminora los sentimientos del CPI ante el proceso de morir de su familiar; no obstante pasan por una etapa de negación caracterizada por rechazar que los síntomas que presentan sean iguales a los de otros familiares que han padecido EH.

Pensar que la enfermedad no tiene remedio [Llanto]. Al principio tratar de ser muy cuidadosa de cómo decirle las cosas a Enrique para poder protegerlo y tratamos de darle el apoyo sin que no fuera el pobrecito y hacerle saber que podía seguir adelante y no le dijimos que él tenía la enfermedad y el hecho de darle el medicamento y el cuidado que necesitaba para que estuviera bien se fue complicando porque el comenzó a darse cuenta de lo que tenía (Caso 20).

[...] los primeros años llore diario, es muy doloroso, uno siempre sigue siendo madre de sus hijos, pero no les tienes que hacer saber que terrible es antes [...]. Es horrible verlos en las últimas etapas (Caso 21).

A pesar de conocer el pronóstico del padecimiento, la esperanza de encontrar alguna cura que detenga el progreso de la enfermedad persiste durante el tiempo. Esperanza que se fusiona con la expectativa de que ningún otro familiar presente la EH.

[...] tienes que poner la cara de esperanza, mañana va a ver la cura, eso fue hace cuarenta y tantos años... pero no llega, no llega. Es una enfermedad, muy "complicada" (Caso 21).

Si bien existe una manifestación emocional, también la sobrecarga del CPI se expresa a partir de un cansancio físico generalizado, que se manifiesta con dolor de cabeza y estrés constante; incluso consideran el desarrollo de enfermedades como resultado del cuidado que proporcionan a la PEH.

Si me he puesto enferma. He tenido depresiones. Ya me enfermo de una cosa, ya me enfermo de otra; ya me dijeron que es por lo mismo, pues yo estoy al cien por ciento con él (Caso 8).

De repente te estresas porque el movimiento que tiene la ha tirado. El estrés que provoca verla en peligro, porque a veces no sabes a quién cuidar: si a la chiquita que apenas empieza a caminar o a ella (Caso 9).

Sí, tengo estrés. Tuve que hacer una consulta médica con un homeópata por agotamiento total, por la situación de estar muy agotada y me empezó a doler mucho la espalda. Lo atribuyo a que estuve haciendo mucho esfuerzo. Primero me sentí como muy fuerte, pero él me dobla el peso, él es muy alto y entonces es el dolor de la espalda, pero creo que fue por el esfuerzo de sostenerlo, cargarlo y todo eso (Caso 17).

A mi me vino la diabetes de los corajes que hacía con ella pues era muy agresiva. Aparte de la diabetes, las preocupaciones pues no aceptaba su enfermedad, me hice responsable de una situación de la cual ya no era responsable porque tenía que cumplir mi juramento [Se refiere al juramento de matrimonio religioso] (Caso 28).

A medida que avanza la enfermedad las CPI deben hacer mayor esfuerzo físico, pues la dependencia de la PEH es mayor para la realización de las actividades mínimas de la vida diaria. Algunas de las enfermedades que señalan, como la diabetes mellitus, no necesariamente son causadas por este tipo de circunstancias, sino por la existencia de otros factores de riesgo, como la obesidad, el consumo de alimentos con alto contenido calórico o azucarados; sedentarismo y sus antecedentes familiares.

#### Discusión

Si bien los enfermos de Huntington merecen especial cuidado, no podemos soslayar la necesidad de atención médico-social a los CPI, toda vez que diversos estudios han demostrado que estos procesos de salud-enfermedad-atención impactan sustancialmente en su vida personal y familiar.

La discusión de los resultados de la presente investigación se realizaron en dos dimensiones:

## 1. Compromiso moral del CPI

Se observa que el rol de CPI fue adoptado principalmente por la relación afectiva y de parentesco con la PEH. Así, la familia es la primera fuente de apoyo ante la adversidad que pueda estar viviendo alguno de sus integrantes.

## 2. Sobrecarga del CPI

La sobrecarga del CPI está relacionada con el número de años que el familiar lleva al cuidado de la PEH. Considerando que todos lo cuidadores primarios son informales, estos carecen de información y capacitación para el adecuado cuidado del enfermo; ello podría ser un elemento que coadyuve al estrés que refieren los CPI o a la sobrecarga del cuidador.

No obstante, la preocupación y desesperanza ante el desolador pronóstico de la enfermedad son un factor que favorece la sobrecarga del cuidador; y que finalmente es difícil medir a través de un instrumento (*Test de sobrecarga del cuidador de Zarit*); pues su preocupación aumenta conforme disminuye la autonomía de la PEH, pues son observadores de una lenta agonía.

Partiendo de estas consideraciones, apremian programas de capacitación a los CPI, orientados a capacitarlos respecto de los cuidados que debe de brindar a la PEH de acuerdo a las necesidades derivadas de la esta enfermedad.

# REFERENCIAS

- Álvarez, Lourdes; González, Ana M.; Muñoz, Pedro (2008). "El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo". *Gaceta Sanitaria* 2008, 22 (6): 618-619.
- Barrero Solís, Claudia L.; García Arrioja, Servando; Ojeda Manzano, Alejandro (2005). "Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación". *Nuevos Horizontes*, (4): 1-2.
- Consejo de Europa (1998). Recomendación Núm. (98) 9 Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.

  Disponible en http://www.discapnet.es/SiteCollectionDocuments/Discapnet/.../0412.doc.
- Fernández, C.; Grau, P. Trigo (2012). "Impacto de la enfermedad de Huntington en la familia". An. Sist. Sanit. Navar, 35 (2): 295-307.
- Forrest, K. K. *et al.* (2007). "Young people's experiences of growing up in a family affected by Huntington's disease". *Clinical Genetics*, 71(2): 120-129.
- Gómara, E. R. et al., (2007). "Mortalidad por la enfermedad de Huntington en España en el período 1981-2004". Revista de neuro-logía, 45(2), 88-90.
- Hesse, H. et al., (2006). "Enfermedad de Huntington". Rev. Med. Hondur, 74, 195-200.
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (s/f). "Enfermedad de Huntington's", disponible en http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/huntington.html, consultado el 26 de febrero de 2013.
- López, M. C.; Martínez, J. L. (2007). "El apoyo a los cuidadores familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa. Cómo mantener su bienestar", Imserso, Núm. 12006.
- Roscoe L. A. *et al.* (2009). "Well-being of family caregivers of persons with late-stage Huntington's disease: lessons in stress and coping". *Health Commun*, 24: 239-248.
- Williams J. K. et al. (2012). "Las experiencias emocionales de los cuidadores familiares en la enfermedad de Huntington". *Journal of Advances Nursing*, 68(1): 137-146.
- Yonte, H. F. et al. (2010). "Sobrecarga del cuidador principal". Nure Investigación (48): 14-20.
- Zambrano, Ceballos, P. (2007). "Síndrome de carga del cuidador". Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXVI, (1).
- Zarit, S. H.; Reever, K. E.; Bach-Peterson, J. (1980). "Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden". *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

# El impacto de la violencia en la salud

Norma Cruz Maldonado María de los Ángeles Rodríguez Casillas

#### Resumen

En las últimas décadas la sociedad ha experimentado diversas transformaciones: demográficas, sociales, económicas, científicas, entre otras, que han impactado en las causas de muerte de la población. La violencia constituye actualmente una de las principales causas de muerte en el mundo. En nuestro país, que se caracteriza por presentar un alto porcentaje de jóvenes, resulta preocupante que entre las principales causas de muerte en este grupo se encuentren la violencia autoinflingida y la interpersonal; cuya estadística va en aumento. Por lo anterior, este ensayo realiza un análisis de la violencia autoinflingida e interpersonal desde el enfoque de la salud, haciendo énfasis en las víctimas, y en el impacto no material derivado de dichos actos. Se reconoce que el estudio de la violencia en el ámbito de la salud implica hablar de las violencias, violencias que subsisten y subyacen en el entramado de la compleja realidad social; donde no es suficiente su investigación, sino que es imperativo la implementación de estrategias de intervención social que atenúen esta situación.

Palabras clave: Violencia social, salud, Trabajo Social.

#### **Abstract**

In recent decades, society has undergone various transformations: demographic, social, economic, scientific, among others, which have impacted on the causes of death of the population. The violence constitutes nowadays one of the principal reasons of death in the world. Our country, is characterized by a high percentage of young people, it is worrisome that among the main causes of death in this group are self-inflicted and interpersonal violence; whose statistics are increasing. Therefore, this essay makes an analysis of self-inflicted and interpersonal violence from the health focus, emphasizing the victims, and the non-material impact derived from these acts. It is recognized that the study of violence in the field of health involves talking about the violence, violence that subsists and underlies the framework of the complex social reality; where his research is not enough, but it is imperative to implement social intervention strategies that mitigate this situation.

Keywords: Social violence, health, Social Work.

## La violencia definida desde el ámbito de la salud

La violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Se calcula que cada año poco más de 1.6 millones de personas pierden la vida de manera violenta; y que además es la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina (OMS, 2002). Conjuntamente, América Latina es considerada una de las regiones más violentas para los jóvenes, ya que la violencia es la principal causa de muerte en hombres entre 15 a 24 años de edad (UNICEF, 2005). La tasa de homicidios promedio por cada cien mil habitantes es de 16.3 personas, en donde Honduras presenta la mayor tasa con 90.4 víctimas, mientras que nuestro país se encuentra por arriba del promedio en el continente, al presentar 21.5 homicidios (INEI, 2013).

En México, tres de las cinco primeras causas de muerte en jóvenes están relacionadas con la violencia. De acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el año 2011 el número de defunciones de personas entre 12-19 años de edad ascendió a 12,275. De estas, 26.2% se debieron a accidentes, 21.3% a agresiones (homicidios) y 8.6% a lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios). Así, la violencia es un problema de salud pública, complejo y multidimensional, que afecta no solo al individuo que la padece sino incluso tiene serias repercusiones en la familia y la sociedad.

Sin querer entrar a una "jungla semántica" (Bandura, 1978), retomaremos el concepto de violencia que adoptó la Organización Mundial de Salud (OMS) en su *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*, mismo que la describe como:

[...] el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002: 4).

Derivado de esta conceptualización, la OMS distingue tres tipos de violencia:

Autoinflingida: es la violencia ejercida por un individuo contra sí mismo (Autoabuso, intento de suicidio, suicidio).

*Interpersona*l: Se caracteriza porque uno o un grupo de individuos actúan contra otros individuos en el marco de sus relaciones interpersonales o en encuentros fortuitos (Violencia doméstica, violencia social, violencia escolar, entre otras).

Colectiva: Es ejercida por personas que se identifican como miembros de un grupo, transitorio o de larga duración, contra otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de conseguir objetivos políticos, económicos o sociales.

En cualquiera de estas, la afectación puede ser física, psicológica e incluso sexual (figura 1). Si bien cualquier persona puede ser víctima de alguna de estas violencias, se reconoce que las mujeres, niños y ancianos son los más vulnerables.

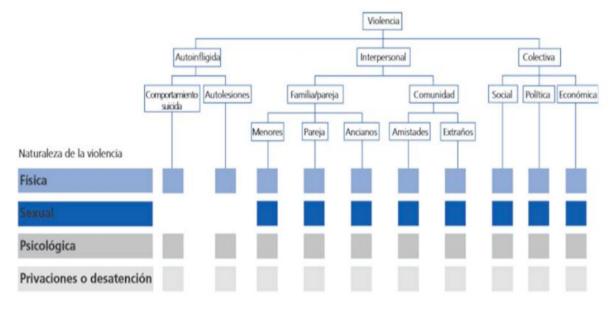


Figura 1. Clasificación de la violencia

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002.

A partir de estas consideraciones, se analizará el incremento que reflejan la violencia autoinflingida e interpersonal, así como su impacto para la sociedad, no solo en términos económicos sino el *coste* social.

# Violencia autoinflingida

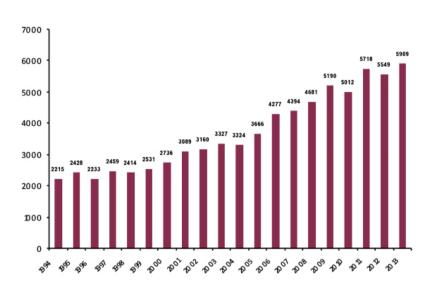
Se identifica al suicidio como la acción que representa a este tipo de violencia. Es considerado como "el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida en sí" (Gutiérrez, 2006: 67).

Según la OMS, aproximadamente un millón de personas en el mundo se suicidan cada año, y entre 10 y 20 millones lo intentan. Tan solo en el 2012 se reconocieron 804,000 muertes por suicidio a nivel mundial, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio de 11.4 por cada 100,000 habitantes (OMS, 2002; OMS, 2014).

Con relación a la edad de las personas suicidas, este mismo organismo considera que las tasas de suicidio aumentan con la edad. Así los adultos mayores consuman tres veces más el suicidio que los jóvenes. Aunque cabe advertir la disminución de la edad de las personas que comenten este acto, y la concentración de la tasa de suicidio entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad. A nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en este grupo (OMS, 2002; OMS, 2014).

En cuanto al sexo de estas personas, los hombres se suicidan más que las mujeres, en una proporción de 5:1. En contraste, las mujeres realizan mayores intentos de suicidio que los hombres (Gutiérrez, 2006). En gran medida, la explicación de estos indicadores responde a la *modalidad* con la que se busca acabar con la vida; se reconoce que los hombres utilizan métodos más *determinantes*, principalmente el ahorcamiento y el uso de arma de fuego, mientras que las mujeres optan por ingerir medicamentos o sustancias tóxicas.

Si bien nuestro país, la tasa de suicidio oscila entre 4 y 6 casos por cada cien mil habitantes, cifra baja en comparación con otros países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); donde Corea y China presentan una tasa de 33 y 20 suicidios por cada cien mil habitantes, respectivamente (INEGI, 2014). En los últimos 20 años, los suicidios en nuestro país han aumentado aceleradamente, tan solo entre 1998 y 2004 los suicidios de mujeres crecieron a un ritmo anual de casi 5%. Asimismo observa un cambio en el perfil del suicida, en años anteriores se acentuaba en la población mayor a 60 años, principalmente en hombres; hoy en día se advierte un aumento en mujeres de 11 a 20 años de edad (Cfr. gráfica 1).



Gráfica 1. Suicidios registrados en México 1994-2013

Fuente: Elaboración propia. INEGI. Estadísticas de mortalidad. México, 2015.

El suicidio es un fenómeno en crecimiento, en las tres últimas décadas se ha incrementado en poco más del cien por ciento, pasando de 2.2 a 4.7 casos por cada 100 mil habitantes. De acuerdo a las estadísticas, entre los 15 y 24 años de edad se registran aproximadamente el 40% de los suicidios.

Entre los años 2006 y 2011, Estado de México, Jalisco y el Distrito Federal fueron las entidades que concentraban la mayor incidencia de casos de suicidio. No obstante, el INEGI, como parte del "Día mundial para la prevención del suicidio" en 2015, señaló que las entidades con mayor tasa de suicidio son Aguascalientes (9.2%), Quintana Roo (8.8%) y Campeche (8.5%).

Por otra parte, el principal método utilizado para cometer el suicidio, tanto en hombres como en mujeres, es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. El lugar donde ocurren los decesos es dentro de la vivienda particular (INEGI, 2007; INEGI, 2014).

No hay una explicación única sobre el comportamiento suicida, diversos factores sociales, psicológicos, culturales e incluso de salud mental interactúan para conducir a una persona a tomar esta decisión; entre los motivos más recurrentes se encuentran: separación de la pareja –ya sea el novio, el cónyuge o concubino–, divorcio, violencia familiar, infidelidad, desempleo, enfermedad, hasta la soledad. La disminución de la edad de las personas que se suicidan y la concentración de la tasa de suicidios en la población joven son elementos que invitan a cuestionar el papel que hoy en día juega la familia y la sociedad como espacios que coadyuvan a generar estas conductas.

En el libro El don y la palabra, un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida, a través de los relatos que nos ofrece su autor, se refleja claramente la relevancia de la familia dentro del contexto del suicidio. La dinámica familiar y el rol que desempeña la persona en la familia aparecen como elementos constantes que determinan acciones irreversibles como el suicidio:

Caso 57. Una joven de 15 años con dos intentos de suicidio previos logró matarse tomando medicamentos. La joven muere en el hospital por paro cardiorrespiratorio. Los familiares declaran que el suicidio se debió a una violación sufrida por parte del padrastro (Payá, 2012: 84).

Caso 95. Un adolescente de 14 años decide ahorcarse en una bodega en un mercado donde trabajaba y se quedaba a dormir. El negocio era familiar. No vivía con el padre quien, vuelto a casarse se dedicó a la nueva pareja y el cuidado de su propia madre. El padre declara que el hijo era de carácter rebelde, que no le gustaba recibir órdenes y que su abuela y sus tíos le llamaban sistemáticamente la atención. Una de las tías declara que no le pagaban por sus labores, pero que le compraban ropa.

Deja una breve pero contundente carta póstuma, llena de resentimientos y odio para quienes le rodeaban y que ilustra que los conflictos no fueron de ninguna manera triviales para él:

Puta tía Marta, te odio. Puto tío chupón, te odio. Puta abuela, te odio, hija de tu puta madre. Atentamente el que se colgó. Y espero que ya no me chinguen la madre y no quiero a ningún hijo de puta porque todos me odiaron (Payá, 2012: 135).

La intervención de nuestra profesión no solo debe circunscribirse ante el suicidio consumado, la prevención es el elemento fundamental ante esta problemática, ya que según la OMS aproximadamente 10 millones de personas en el mundo realizan algún tipo de conducta suicida.

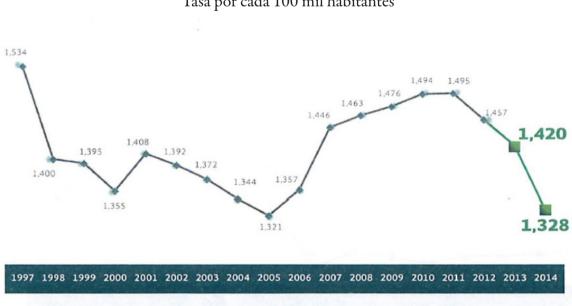
Ante el suicidio consumado la intervención del trabajador social podría estar orientada hacia la familia o personas más cercanas a la persona suicida, pues la afectación psicológica y social de la muerte inesperada y violenta de su familiar afecta también la salud mental de los deudos.

#### Violencia interpersonal

A finales del siglo XX, las sociedades experimentaron cambios y transiciones importantes, no solo como resultado del modelo económico implementado sino también por la transición demográfica y el impresionante desarrollo de la tecnología. Derivado de estos procesos, los problemas como la inseguridad pública se complejizaron. La falta de seguridad pública se ha consolidado como uno de los principales problemas del gobierno y entre las preocupaciones más significativas de la ciudadanía.

En nuestro país, desde la década de los ochenta se registró un incremento en los índices delictivos, aunque los años comprendidos en el periodo de los noventa son los que han presentado los índices delictivos más altos en la historia de nuestro país.

En la década de los ochenta, los registros señalan que se cometían 726 delitos por cada cien mil habitantes; en los noventas aumentó a 1,698 ilícitos, lo que equivale a un incremento de 133%, –sobresale el año de 1997, cuando la delincuencia alcanzó su nivel más alto al registrar 1,534 delitos por cada cien mil habitantes–. Posteriormente, entre 1998 y 2006 se inició una tendencia a la baja, dicho periodo presentó en promedio 1,371 delitos por cada cien mil habitantes. Entre 2007 y 2012, nuevamente la incidencia delictiva repuntó al presentar 1,471 delitos por cada cien mil habitantes (Segob, 2014).



Gráfica 2. Incidencia delictiva total Tasa por cada 100 mil habitantes

Fuente: Segob. Principales avances de la política de seguridad, México, 2014.

Además, estas décadas se caracterizaron por la presencia de *nuevos* delitos y el incremento de la violencia con la que se cometían, así como la disminución de la edad de los delincuentes y la incorporación de la tecnología en los hechos delictivos. Por ejemplo, anteriormente la tortura era una acción sobre un cuerpo vivo; hoy en día la tortura se presenta sobre cuerpos inanimados. La saña con la que se violenta al cuerpo había sido inimaginable en otras décadas, incluso este tipo de actos han puesto en "severos aprietos" a la legislación penal mexicana, recordemos el caso del "Ponchis" *el niño sicario*.

Por otra parte, a partir de este nuevo milenio, y derivado del interés del Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad A.C. (ICESI) se inició la aplicación de la Primera Encuesta Nacional de Inseguridad Pública; esta no solo fue la primera en proporcionar información sobre los delitos denunciados y no denunciados, sino que además centró el énfasis en la víctima de la delincuencia.

De acuerdo con esta encuesta, 4.2 millones de mexicanos fueron víctimas de la delincuencia en 2001. Se estimó que la tasa de incidencia delictiva por cada cien mil habitantes fue de 4,412 delitos a nivel nacional. Los estados que reportaron mayor número de delitos por cada cien mil habitantes fueron: Distrito Federal (17,718), Morelos (5,573) y Baja California (5,531). El 92% de los delitos señalados por las víctimas corresponden al robo, el 66% no reportó el ilícito ante ninguna autoridad; por ello se estimó que la cifra negra de la inseguridad para dicho año fue de 2 millones 972 mil 230 delitos. Los daños y pérdidas que tuvieron las víctimas se estimaron en 49 mil millones de pesos, monto que equivale aproximadamente al 0.85% del PIB; además el 23% de la población señaló que modificó actividades o hábitos cotidianos, como salir de noche, principalmente (ICESI, 2002).

Una década después, y a pesar de las diversas estrategias implementadas por las distintas instituciones de orden federal y local para combatir la inseguridad pública esta situación no cambió y mucho menos mejoró para los habitantes de este país.

La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2011, reveló que la tasa de incidencia delictiva fue de 30,535 delitos por cada cien mil habitantes en el país; –continuando con este mismo indicador– sobresalen los estados de Aguascalientes (56,089), Sonora (46,774) y Distrito Federal (44,055) por presentar una incidencia delictiva muy por arriba del promedio nacional. Así, se estimó que se cometieron aproximadamente 23,139,583 delitos en 18,182,434 personas; es decir, en promedio las víctimas sufrieron 1.3 delitos. El delito más reportado por la víctimas fue el robo o asalto en área pública (calle o transporte) ya que en conjunto representó el 24.3% de los delitos. 59.0% de las víctimas afirmó presentar un daño económico y 33.7% daño emocional; por lo anterior, se valoró que las pérdidas económicas a consecuencia de los delitos ascendió a 162,176,598,028 pesos y el gasto a consecuencia del daño a la salud fue de 7,835,690,061 pesos a nivel nacional (INEGI, 2011).

Ante este panorama, uno de los impactos que suelen subrayarse derivados de la violencia, es el económico, y no es para menos pues se ha estimado que la pérdida económica en México asciende al 12.3% del Producto Interno Bruto; es decir, aproximadamente a 1,045,610 millones de pesos (Londoño, 2000). Por otra parte, anualmente se ha incrementado el gasto público destinado a la seguridad, se considera que "Su incremento ha sido superior a siete veces en la administración 2006-2012, comparado con el sexenio inmediato anterior (2000-2006)" (Instituto para la Seguridad y la Democracia, A.C, 2014:12).

A pesar de lo ilustrativo de estas cifras, se debe reconocer que poco se ha estudiado el impacto intangible en las víctimas. Las estadísticas oficiales aún no contemplan el reporte de las circunstancias de la comisión del delito (día, hora, lugar, delitos, delincuentes, móvil, pérdidas) así como las características de la víctima (sexo, edad, escolaridad, empleo, consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales); ello ha contribuido a no considerar el impacto psicológico y social que tiene el delito en la salud mental y la cotidianidad de la víctima. Cada vez que una persona es víctima de un delito, adquiere una *experiencia traumática o amenazante*, que puede tener diferentes repercusiones en su vida cotidiana, que van desde la pérdida de objetos materiales, pasando por daños físicos y psicológicos. Incluso los daños de algunos delitos repercuten en sus familiares. Las consecuencias de la victimización están asociadas al tipo de delito, al modus operandi (con o sin violencia, con o sin arma, tipo de arma y del objetivo del delito), y a la estructura de personalidad de la víctima.

Algunos estudios realizados sobre los significados otorgados al delito, los efectos psicosociales y el sufrimiento que se generaron en las víctimas, han encontrado que este impacto en la víctima se manifiesta principalmente a través de: la pérdida del control de la situación, miedo a morir durante el ilícito, recuerdos repetitivos, preocupación por el futuro, trastornos del sueño, irritabilidad e hipervigilancia; tristeza, evitación, depresión, culpa, vergüenza, entre otros; impacto que no es reportado por las estadísticas (Ramos, 1997; Saldívar, 1998; Alonso, 2002).

#### Salud y violencia

Dentro de las estadísticas sobre mortalidad (Cfr. tabla 1) se reconoce que aproximadamente el 10% de las muertes en hombres están asociadas a lesiones accidentales e intencionales (homicidio, suicidio, accidentes de tráfico), hechos que están vinculados a situaciones violentas, particularmente entre la población joven (Secretaría de Salud, 2007; Secretaría de Salud, 2014)

Tabla 1. Principales causas de mortalidad por sexo, 2013

Hombres			Mujeres		
Causa	n	%	Causa	n	%
Cardiopatía isquémica	42,070	12.6	Diabetes mellitus	43,238	16.4
Diabetes mellitus	40,619	12.2	Cardiopatía isquémica	33,054	12.6
Homicidios	19,134	5.8	Enfermedades cerebrovasculares	16,221	6.2
Cirrosis	17,454	5.3	Enfermedad respiratoria crónica	10,724	4.1
Enfermedades cerebrovasculares	15,008	4.5	Enfermedad hipertensiva	10,656	4.1
Enfermedad respiratoria crónica	12,665	3.8	Enfermedades respiratorias agudas	8,225	3.1
Accidentes de tráfico	12,174	3.6	Cirrosis	5,831	2.2
Enfermedades respiratorias agudas	9,964	3.0	Cáncer de mama	5,338	2.0
Enfermedad hipertensiva	8,321	2.5	Insuficiencia renal	5,086	1.9
Insuficiencia renal	6,430	1.9	Congénitas	4,274	1.6

Fuente: Secretaría de Salud. (2015). Prontuario de la salud. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. México.

Por otra parte, el indicador denominado años de vida saludable perdidos (AVISA) permite cuantificar "los daños provocados por la muerte prematura y los daños por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez" (Lozano, 2007: 283). Al respecto, entre las diez principales causas de AVISA perdidos se encuentran los accidentes de vehículo de motor y los homicidios (Cfr. tabla 2).

Tabla 2. Causas de AVISA perdidos, 2013

1			
AVISA	%		
Diabetes mellitus	7.1		
Cardiopatía isquémica	6.5		
Enfermedad renal crónica	5.7		
Cirrosis	4.1		
Depresión	3.8		
Accidentes de vehículo de motor	3.4		
Anomalías congénitas	3.4		
Enfermedad pulmonar obstructiva			
crónica	3.2		
Lumbalgia	3.2		
Homicidios	3.2		
Enfermedad cerebrovascular	2.9		
Infección respiratoria baja	2.4		
Otros desordenes musculo esqueléticos	2.0		
Hipoacusia relaciona da con la edad	2.0		
Complicaciones de parto prematuro	2.0		

Fuente: Secretaría de Salud. (2015). Prontuario de la salud. *Informe sobre la salud de los mexicanos* 2015. México.

Los diversos informes gubernamentales aún no han considerado valorar el impacto o los daños psicológicos y sociales causados por las múltiples violencias que subsisten en la compleja realidad social actual. Muestra de ello, son los siguientes dos ejemplos:

La violencia hacia los usuarios de los servicios de salud ha sido digna de ser estudiada, ya que la violación a sus derechos humanos es frecuente en estas instituciones. La violencia simbólica es cotidiana, violencia que es ejercida por profesionales de la salud, a través del lenguaje:

El maltrato a la mujer en los servicios públicos y privados de salud es una constante, en particular en el área de gineco-obstetricia. Regaños, humillaciones, alusiones (a su vida sexual), conminaciones, colocación del dispositivo intrauterino sin consentimiento y otras formas de abuso, son prácticas habituales en las que incurren los médicos en las salas de parto (Olivares, 2014: 35).

El estudio y atención de la víctima ha quedado rezagado frente al del agresor. Si bien, la *experiencia violenta* no es análoga para las víctimas, es importante considerar que cada vez que una persona es víctima de algún tipo de violencia, adquiere una experiencia traumática, que repercute en su vida cotidiana. La hipervigilancia, los trastornos del sueño, depresión, estrés post-traumático, ansiedad, así como las modificaciones a su cotidianidad son daños poco reconocidos.

Sin lugar a dudas, la diversificación de los problemas sociales y su complejidad, han abierto campos emergentes de investigación e intervención para el Trabajo Social. Toda vez que la "intervención de trabajo social es una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objetivo desencadenar procesos de cambio social" (Tello, 2010: 3), resulta relevante y trascendente la aportación que nuestra profesión pueda hacer hacia el complejo estudio de la violencia y su impacto en la salud.

Así, en el estudio de la violencia en el ámbito de la salud implica hablar de las violencias, violencias que subsisten y subyacen en el entramado de la compleja realidad social; y que no es suficiente con su investigación, sino que es imperativo la necesidad de la intervención desde la interdisciplina.

#### Reflexión final

La violencia en cualquiera de sus modalidades se encuentra inmersa en la cotidianidad de los habitantes de este país. No obstante, *no debería ser normal* la violencia con la que vivimos.

Es innegable la preocupación social que existe por el incremento de la violencia autoinflingida, contraria a la preocupación gubernamental para prevenir estos actos, pues en el Distrito Federal, la Secretaría de Salud cuenta solo con tres Clínicas Comunitarias de Salud Mental para población abierta, instancias insuficientes para 4,014,999 personas que subsisten sin seguridad social en la capital del país1,2,3 (SEDESA, 2013). La prevención de este tipo de violencia no solo debe darse desde el núcleo familiar, además tiene que ser abordada desde otros dos niveles: el escolar y el comunitario. Es necesario implementar programas comunitarios que promuevan diversas acciones enfocadas a la promoción de la salud mental, situación que permitiría identificar de manera oportuna situaciones de riesgo, pues diversas investigaciones han encontrado una asociación entre los binomios depresión-suicidio, violencia familiar-suicidio, adicciones-violencia.

Por otra parte, el problema de la violencia interpersonal en las últimas tres décadas se ha venido configurando como un reto no solo para el Gobierno sino también para sus habitantes. La inseguridad pública ha afectado de manera considerable la cotidianidad de la sociedad, ya que ha impuesto un ritmo y una forma singular de vivir, perjudicando la vida colectiva e individual, sin lugar a dudas, es uno de los problemas que más preocupa y lacera a nuestra sociedad.

A pesar de las intensas e incesantes campañas para que la víctima denuncie y exija la reparación del daño, esta sigue sin hacerlo, pues el impacto emocional, psicológico y social que genera el delito aun no encuentra criterios de medición que garanticen completamente la reparación del daño; dado que las víctimas valoran lo sucedido en función del sufrimiento psicológico, emocional y social (miedo, enojo, sometimiento) más no con relación a lo robado (dinero u objetos).

Finalmente, es necesario trabajar la salud mental de la población desde el ámbito comunitario, en donde la percepción de la seguridad del entorno sea uno de los elementos imprescindibles a construir colectivamente.

#### REFERENCIAS

Alonso, M. C. H.; Martín, E. G. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. Psicothema, 14(1), 109-117.

Bandura, A.; Ribes, E. (1978). Modificación de la conducta: análisis de la agresión y la delincuencia. México. Trillas.

Gobierno de la República (2013a). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Disponible en http://pnd.gob.mx/, consultado el 7 de agosto de 2015.

Gobierno de la República. (2013b). *Programa Nacional de Salud 2014-2018*. Disponible en http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps\_2013\_2018.pdf, consultado el 28 de agosto de 2015.

Gutiérrez-García, A.; Contreras, C. M.; Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). "El suicidio, conceptos actuales". *Salud mental*, 29(5), 66-74. México.

INEGI (2007). Perfil sociodemográfico del Distrito Federal. México

<sup>1</sup> Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM, Cuauhtémoc) Enrique González Martínez No. 131, Col. Santa María la Rivera, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06400.

<sup>2</sup> Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM, Iztapalapa) Guerra de Reforma Esq. Eje 5 Sur, Col. Leyes de Reforma 3a. Sección, Del. Iztapalapa, C.P. 09310.

<sup>3</sup> Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM, Zacatenco) Huanuco No. 323 Esq. Av. Ticomán, Col. Residencial Zacatenco, Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07360.

- INEGI (2011). "Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública" (ENVIPE). Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/envipe/, consultado el 10 de septiembre de 2015.
- INEI (2013). "Homicidios en Latinoamérica y en el mundo, 2012". Disponible en http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\_digitales/Est/Lib1193/cap08.pdf, consultado el 1 de septiembre de 2015.
- INEGI (2014). "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio". Disponible en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/suicidio0.pdf, consultado el 21 de agosto de 2015.
- INEGI (2015). "Causas de defunción. Suicidios registrados por método empleado, 1998 a 2013". Disponible en http://www3.inegi. org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio38&s=est&c=22653, consultado el 20 de agosto de 2015.
- INEGI (2015). "Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio". Disponible en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf, consultado el 2 de junio de 2016.
- Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad (2002). "Primera encuesta nacional sobre inseguridad pública en entidades federativas". Disponible en http://www.diputados.gob.mx/comisiones/segupubl/estadis.pdf, consultado el 13 de septiembre de 2015.
- Instituto para la Seguridad y la Democracia, A.C. (2014). "Una aproximación a los costos de la violencia e inseguridad en México". Disponible en http://insyde.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/Una\_aproximaci%C3%B3n\_a\_los\_costos\_de\_la\_violencia\_Insyde\_Mexico.pdf, consultado el 3 de septiembre de 2015.
- Londoño, J. L.; Guerrero, R. (2000). "Violencia en América Latina: Epidemiología y Costos". En *Asalto al Desarrollo: Violencia en América Latina*. Londoño, J. L.; Gaviria, A.; Guerrero, R. Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 11-57.
- Lozano, R.; Franco, M.; Solís, P. (2007). El peso de la enfermedad crónica en México. Salud Pública México, 49, 283-287.
- Olivares Alonso Emir (2014). "Maltratan en los servicios de salud a mujeres en labor de parto", en *La Jornada*. Disponible en http://www.jornada.unam.mx/2014/01/23/sociedad/035n1soc, consultado el 16 de agosto de 2015.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. EE.UU.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones. Suiza.
- Payá Porrés, Víctor Alejandro (2012). El don y la palabra, un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida. Casa Juan Pablos, UNAM.
- Ramos Lira, Luciana (1997). "Necesidad de atención a la salud mental en mujeres violadas". En Revista de Salud Mental 20, julio, 47-54.
- Saldívar, Gabriela (1998). "Diferencias entre el nivel socioeconómico, la edad y la ocupación en la inseguridad percibida; conductas de evitación, deterioro percibido e indicadores del estilo de vida de las mujeres de zonas urbanas", en *Revista de Salud Mental* 21(2), 46-53.
- Secretaría de Gobernación (2014). Principales avances de la política de seguridad. México.
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Disponible en http://www.pediatria.gob.mx/pns.pdf, consultado el 8 de septiembre de 2015.
- Secretaría de Salud (2014). *Programa Sectorial de Salud 2014-2018*. Disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial\_salud.pdf, consultado el 8 de septiembre de 2015.
- Secretaría de Salud (2015). Prontuario de la salud. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015, México.
- SEDESA (2013). *Agenda estadística 2013*. Disponible en http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2013\_portal/inicio. html, consultado el 20 de agosto de 2015.
- Tello Peón, Nelia (2010). Ires y venires de la intervención de Trabajo Social. Trabajo Social, VI, 1, 60-71.
- UNICEF (2005). Análisis de situación y recomendaciones sobre el desarrollo, salud y participación del adolescente. EE.UU.

# Dolor y cuidados paliativos: la experiencia y la atención

Anabella Barragán Solís

#### Resumen

Se presentan algunos resultados del estudio del dolor crónico desde la antropología médica. En primer lugar aparece una semblanza del fenómeno del dolor, del dolor crónico y los cuidados paliativos como hechos bio-psico-socioculturales y como problemas de salud pública. Enseguida se aborda la experiencia del dolor crónico en una síntesis etnográfica, haciendo énfasis en los recursos de atención llevados a la práctica durante la trayectoria de la enfermedad, siguiendo la propuesta de la clasificación en modelos médicos: el científico técnico, que es el biomédico, el alternativo, que incluye múltiples sistemas curativos y la autoatención. Con ello queremos demostrar la complementariedad de las diversas estrategias curativas, así como la persistencia de elementos culturales ancestrales, que se actualizan y resignifican en la realidad de los sujetos afectados y su grupo de relación, quienes lejos de ser actores pasivos se convierten en integradores creativos de estrategias de atención al padecimiento que coadyuvan a controlar el dolor y a dar sentido y significado a sus vidas.

Palabras clave: Dolor crónico, significados, atención.

#### **Abstract**

Are presented some results of the study of the chronic pain from the medical anthropology. First there appears a biographical sketch of the phenomenon of the pain, of the chronic pain and the palliative care ones as bio-psico-socioculturales facts and as problems of public health. Immediately there is approached the experience of the chronic pain in an ethnographic synthesis, doing emphasis in the resources of attention led to the practice during the path of the disease, following the offer of the classification in medical models: the technical scientist, who is the biomedical one, the alternative one, which includes multiple curative systems and the autoattention. We want to demonstrate the complementarity of the diverse curative strategies, as well as the persistence of cultural ancient elements, which they get up-to-date and re-mean in the reality of the affected subjects and his group of relation, who far from being passive actors turn into creative integrators of strategies of attention to the suffering that they contribute to controlling the pain and to giving sense and meaning to his lives.

Keywords: Chronic pain, meanings, attention.

#### Introducción

El dolor es el síntoma más frecuente en las consultas médicas, así lo señalan los estudios biomédicos de diversas partes del mundo; "sin duda alguna, de las sensaciones más angustiantes que podemos sufrir los humanos es la dolorosa" (Eguibar, 1993: 39). Pero ¿qué es el dolor? El dolor se ha intentado definir desde múltiples campos y en diferentes momentos históricos, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), fundada en 1973, ha propuesto una definición del dolor universalmente aceptada por la biomedicina desde 1994, y ratificada en Kyoto en el 2008, señala que "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño" (IASP, 2013).

Otegui siguiendo a Lerich, subraya que el dolor físico no es un mero hecho de influjo nervioso sino que implica al individuo entero y propone que el dolor debe ser resignificado como sufrimiento ya que el dolor siempre implica a la persona, y no es solo un signosíntoma, sino que está encarnado en el sujeto social (Otegui, 2000). Así el cuerpo se convierte en "la memoria absolutamente de todo lo que se ha vivido alguna vez" (Miller, 2005: 31). Desde la perspectiva antropológica, partimos de la definición de cultura que

[...] denota un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida (Geertz, 1992: 88).

A partir de la observación etnográfica de al menos una temporada de trabajo de campo en los últimos 17 años en una Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de un hospital de tercer nivel de atención, en la Ciudad de México, podemos decir que el dolor es una compleja experiencia de percepción con componentes fisiológicos periféricos y componentes centrales de dimensiones psicológicas,

es una experiencia integrada por sensaciones generadas y convertidas en señales nerviosas, su significado y el comportamiento ante dicha experiencia está determinado por el sistema cultural del grupo social de pertenencia, donde los individuos y la colectividad construyen y comparten la memoria de un cuerpo sociohistórico de representaciones y conocimientos que guían el sentido y las acciones en torno al dolor que se experimenta.

El dolor no es una simple respuesta ante determinados estímulos nocivos, sino que es una experiencia y en ella se encuentra lo subjetivo, y por consecuencia se debe tomar en cuenta "el factor afectivo" (Salvarezza, 2001: 47). Por otra parte, las formas de comunicar el dolor corresponden también al lenguaje psicológico, al lenguaje de "la mente como generadora de dolor y como reguladora de la respuesta del doliente (ansiedad, sufrimiento, estoicismo, indiferencia, depresión) frente al estímulo nocivo" (Cabral, 1993: 24).

El dolor ha sido por excelencia colocado en la interface entre la biología y la cultura, y ya que por un lado está la idea del sufrimiento y el dolor como naturaleza inevitable y por el otro la idea de sus diferentes formas como una manifestación cultural (Guerci y Consinglieri, 2000). Estas acepciones se demuestran al observar la diferencia en la interpretación, la manifestación y el significado del daño real o potencial que hacen los infantes, las mujeres, los hombres, los obreros, los oficinistas, etcétera, como señala Battista (2000) y hay una gran diferencia también en la forma de comunicación del dolor en el mundo latino y en el mundo anglosajón, como lo ha demostrado ampliamente Zborowski (1958) en pacientes hospitalizados con heridas de guerra.

Es innegable que comunicar e interpretar el dolor depende del mundo lingüístico del enfermo, de los curadores y los actores involucrados en la experiencia, de tal suerte que las palabras se utilizan como elementos que guían el diagnóstico al describir la dolencia, el lugar del cuerpo, o la situación que desencadena el dolor, hacia qué partes del cuerpo se irradia, la intensidad con que se presenta, la periodicidad, la valoración que cada persona imprime a las sensaciones y a las emociones que suscitan. Así, la habilidad para expresar el dolor e interpretarlo, permite entenderlo y darle un sentido y significación en la experiencia individual y en el contexto de la atención para paliarlo o eliminarlo. Sin olvidar que el sentido y el significado de la dolencia están anclados en la historia de cada sujeto, en sus experiencias pasadas, las que irremediablemente le imprimen la emoción, que finalmente, matizará la vivencia.

Hay que acotar que el lenguaje corporal se interpreta como signo para el diagnóstico, como por ejemplo la posición de las diferentes partes de cuerpo, la palidez o rubicundez, la temperatura, la transpiración, el olor, las supuraciones y excreciones. Por otro lado, tanto el lenguaje verbal como el lenguaje corporal, pueden ser utilizados como medios de curación, como lo demuestra el uso de la voz y la palabra en el psicoanálisis en sus múltiples vertientes, así como las denominadas terapias grupales, como son los grupos de autoayuda, el psicodrama, estrategia curativa que utiliza el grito como una forma de liberar tensiones o las terapias grupales de canto; las terapias de ejercicios personales, como los masajes, el yoga, la danza terapéutica, etcétera (Adame, 2013).

El dolor innegablemente es un "rasgo de la experiencia humana [...] que traspasa los grupos étnicos, las clases sociales, la edad y el género" (Kleinman et al., 1994: 1). Además de ubicarse como un síntoma corporal, una sensación de alarma, una interpretación de daño y una experiencia desagradable, también es un padecimiento sociohistórico, una experiencia de vida con múltiples significados y sentidos, que deviene en sufrimiento, entendido como pena moral, y que no solo afecta a los sujetos directamente implicados, sino también a las personas que conforman su grupo social de relación, ya sea su círculo familiar, de amistades, laboral e incluso de vecindad residencial.

# El dolor crónico como problema multidimensional

El fenómeno del dolor es multidimensional y multifactorial, razones por las que solo se puede explicar y comprender con abordajes multidisciplinarios, ya que la complejidad del fenómeno del dolor requiere de una combinación conceptual y una interacción disciplinar que permita la descripción, análisis e interpretación de las representaciones, las experiencias y las prácticas del dolor como padecimiento.

Los ejes de descripción y análisis para este problema y que se usan en este trabajo son los conceptos clave de la antropología médica, "una subdisciplina de la antropología social que estudia los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos" (Freyermuth y Sesia, 2006: 9).

La antropología médica ha desarrollado ejes teóricos y metodológicos que han permitido explicar y comprender la enfermedad como un fenómeno estructural colectivo, pero también individual, con múltiples condicionantes socioculturales.

Sabemos que "las problemáticas de salud son estructurales para todas las sociedades" y que existe "una distribución no solo general, sino diferencial de la misma enfermedad, los estados de salud y la muerte" (Menéndez, 1984: 74). El eje teórico-metodológico fundamental de la antropología médica es el concepto: proceso salud-enfermedad-atención-prevención (s-e-a-p), entendido como los

[...] sistemas que operan en cualquier tipo de sociedad...supone la realización de una serie de actividades orientadas a asegurar directa o indirectamente la reproducción biológica y social, que integran alimentación, limpieza, higiene, curación y prevención de enfermedades, daños y problemas [y en los que] se expresan aspectos simbólicos y estructurales (Menéndez, 1990: 30 y 176)

íntimamente relacionados con aspectos económicos, sociales, políticos e innegablemente de la corporalidad, el género y la generación. Comelles y Perdiguero (2000: 22), señalan que la problemática que desencadena la reflexión de la antropología de la medicina fue "la necesidad de obtener respuesta sobre el significado de lo social y de lo cultural" en salud y enfermedad, fenómenos que se desarrollan actualmente en el contexto de la globalización en el que obligadamente se encuentra la necesidad de conciliar lo general con lo local.

El cuerpo teórico de la antropología médica ha permitido abordar múltiples problemáticas del proceso salud-enfermedad-atención-prevención, en los que se encuentran estudios sobre la curación en instituciones, la organización de las mismas, el proceso de enseñanza aprendizaje, y/o capacitación de los curadores, los tratamientos y la relación médico-paciente. La dimensión etnomédica, que comprende cualquier comportamiento relativo a la enfermedad, ha sido el campo primordial de estudio, en él se encuentran los sistemas médicos no occidentales, las creencias médicas, tratamientos, terapeutas, descripciones de las enfermedades y los contextos en que se manifiestan, estudios de etnobotánica, rituales terapéuticos, descripciones de enfermedades desde una mirada monográfica o estudios epidemiológicos. En esta misma dimensión etnomédica se incluye la tradición médica occidental, medicina científica o biomedicina (Genest, 1980).

En el campo de la antropología médica dos conceptos claves son padecimiento y enfermedad (*Ilness/desease*), propuestos por Fabrega en 1972, *desease* (enfermedad) corresponde a la dimensión biomédica, es decir, la enfermedad como proceso eminentemente biológico, y el padecer (*illness*) se refiere al estudio de las acepciones locales propias de los conjuntos sociales incorporadas en la vivencia de los sujetos padecientes, es decir vivir la enfermedad caracterizada desde un ámbito disciplinar, como un padecer en sus contextos además de biológicos, psicológicos, sociales, económicos, y culturales (Cardoso *et al.*, 2014). "Lo que importa son las características que adquiere una enfermedad no solo a nivel local sino en función de las categorías sociales formuladas y utilizadas por los sujetos y grupos" (Menéndez, 2011: 48). Según Kleinman (1988) la experiencia social se encarna en nuestros modos de sentir y experimentar los estados corporales y de cómo se manifiestan en los otros. El mismo Kleinman considera que la interpretación de los síntomas en el proceso de la enfermedad se resignifica y se clasifica según los códigos culturales, en momentos y espacios particulares, imprimiendo valores de gravedad, distintos, según dicha codificación. Para el estudio monográfico y de la experiencia de la enfermedad Menéndez (1983) propone contextualizar dicha experiencia en los denominados modelos médicos de atención, <sup>1</sup> definidos como

[...] aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los 'curadores' (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1983: 4)

y que son el Modelo Médico Hegemónico (MMH), Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) y el Modelo Médico de Autoatención (MMAA), en los que se ubican los itinerarios de atención o carrera del enfermo (Goffman, 2001), y en los que es factibles observar su interrelación, transacción y complementariedad.

# El dolor crónico: un problema de salud pública

El sentido y significación de la experiencia de dolor está íntimamente relacionada con los grados de incapacidad que provoca; un dolor leve permite en mayor o menor medida la continuidad de la vida laboral, social y familiar; en cambio un dolor severo limita de manera importante tales interacciones. La percepción de dolor insoportable impide la elección libre de cualquier tipo de actividad, es agobiante y profundamente incapacitante (Barragán, 2008; Mandujano, 2012; Hamui *et al.*, 2013).

Rodríguez (2007) en su revisión sobre la epidemiología del dolor, señaló que el año 2006 la Sociedad Española del Dolor reportó que en dos hospitales donde realizó una investigación, el 70% de las personas que sufren dolor crónico son mujeres, quienes padecen principalmente dolor osteoarticular y neuropático, además la mitad presentan alteración del sueño y sufren depresión o ansiedad.

El Modelo Médico Basado en la Autoatención (MMAA) se basa en el diagnóstico y atención que lleva a cabo la propia persona o personas inmediatas a su grupo parental o comunal y donde no actúa directamente un curador profesional. En este modelo se agrupan las acciones conscientes encaminadas a la cura. Este modelo es estructural a todas las sociedades y supone el primer nivel real de atención, se caracteriza por: concepción de la salud como bien de uso, la tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, la participación simétrica y homogeneizante, la legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a saumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos (Menéndez, 1983: 5-7).

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) supone a su vez tres modelos, modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo médico corporativo privado. Los tres comparten los siguientes rasgos estructurales: biologicismo, una concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los consumidores de la salud, profesionalización formalizada, la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos, la tendencia al control social e ideológico y la tendencia inductora al consumo médico, entre otros.

En el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) se integran las prácticas conocidas como "tradicionales", además de incluir prácticas médicas no occidentales como la herbolaria china y la acupuntura, comprende también la medicina curanderil urbana, las prácticas espiritistas, etc. Los rasgos estructurales de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, la tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, la asimetría en la relación curador-paciente, con la participación subordinada de los consumidores, la legitimación comunal de las actividades curativas, identificación de una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión de los otros de su saber y prácticas curativas y tendencia a la mercantilización.

También en una universidad de Florida las mujeres consultaron por dolor más a menudo y refieren dolores más intensos y más enfermedades con dolor que los hombres.

Diversos estudios demuestran que la población atendida en las clínicas del dolor, está constituida principalmente por mujeres, hecho que se explica con el argumento de que el dolor crónico es la manifestación de las múltiples problemáticas de salud-enfermedad que enfrenta este sector de la población relacionadas con los actuales fenómenos demográficos, con su permanente subordinación, la constante inserción en empleos poco valorados, las cargas de trabajo doméstico, los conflictos de pareja y la violencia intrafamiliar, entre otras, que se reflejan en el cuerpo sustrato del dolor y el sufrimiento. Por otra parte, el dolor en los hombres está relacionado además del comportamiento demográfico y las realidades epidemiológicas contemporáneas, en compleja correlación con los accidentes laborales, la violencia interpersonal y social, los accidentes automovilísticos, el consumo de alcohol y la indolencia ante su propia salud. Todos estos aspectos en concordancia con el modelo cultural de la masculinidad y la feminidad (Morris, 1993; Barragán, 1999, 2001 y 2002; Rodríguez, 2007).

Para Illich, el acto de sufrir el dolor siempre tiene una dimensión histórica, y es la cultura desde donde se afronta tanto el dolor como la anormalidad y la muerte, estos fenómenos los ha convertido el campo de la medicina en problemas que pueden resolverse suprimiéndolos, así "el dolor ha dejado de concebirse como un mal 'natural' o 'metafísico'. Es una maldición social [...] el dolor ha sido expropiado médicamente" (Illich, 1975: 119-138). En este orden de ideas los significados para el dolor dependerán de condiciones personales y sociales distintas, el contexto doméstico y el acceso a los servicios médicos.

En los estudios antropológicos internacionales y nacionales, los hallazgos sobre la experiencia del dolor demuestran múltiples significados. Se vive como medio de expiación de transgresiones sociales del sujeto afectado o de algún miembro de su grupo de relación, el dolor se significa también como una forma de purificación al eliminar a través del sufrimiento la culpa propia o ajena y así empezar una nueva oportunidad de vida, el dolor en este sentido religioso es una prueba de fe y un sacrificio aceptado. Cuando el dolor deviene en enfermedad y sufrimiento suele vivirse como una desgracia, una tragedia o un drama, o ser una oportunidad para demostrar estoicismo. También cabe la posibilidad de asumir la experiencia desde una perspectiva optimista y enriquecedora, como un elemento que coadyuve el autoconocimiento y a la realización personal, a la creatividad, a la reflexión y a la necesaria elección de prioridades (Brodwin, 1994; Garro, 1994; Good, 1994; Le Breton, 1999; Cousins, 2000). Las dolencias tienen usos delimitados ya sea como elementos que implican un beneficio personal en el terreno afectivo, en las relaciones familiares, en lo económico y laboral, o un medio de dominio social o resistencia, así como una posible oportunidad de demostrar estoicismo o como elemento de identidad étnica, de un grupo social determinado o de género (Kleinman, 1986 y 1994; Guerrero, 2004).

Según el tiempo de duración, la biomedicina clasifica al dolor como agudo o crónico, donde el primero cumple con la función primordial de símbolo de alarma, de un daño real o potencial y desaparece por sí solo o cuando la causa es atendida. Cuando el dolor que se experimenta sobrepasa este carácter de alarma, se vuelve persistente y no responde a los tratamientos convencionales, entonces se ha convertido en dolor crónico. El dolor crónico es un fenómeno emergente a partir de los años setenta del siglo XX, se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, está íntimamente relacionado con las enfermedades crónico-degenerativas, que son producto de las condiciones de vida y el cambio demográfico en el mundo, en el que se observa el incremento histórico de la esperanza de vida, con el consiguiente proceso de envejecimiento de la población, muchos de estos padecimientos tienen un componente importante de dolor, a tal grado que este se ha convertido en la enfermedad misma.

La aparición del dolor crónico como objeto de la ciencia, y específicamente de la medicina del dolor (algología), se corresponde con el desarrollo de la práctica asistencial ligada a otras tantas enfermedades de larga duración, y

[...] debe ser enmarcada en la forma en que nuestro mundo contemporáneo ha sido capaz de transformar el dolor continuado en una experiencia susceptible de indagación científica, tratamiento clínico y, no menos importante, también significado cultural (Moscoso, 2011: 305).

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 existían 600 millones de personas mayores de 60 años con dolor crónico, dicha cifra se duplicará en 2025 y podría ser de 2000 millones en 2150. En un estudio elaborado en Estados Unidos en 1999, con datos de archivo sobre 102.8 millones de pacientes que visitaron el servicio de urgencias, se encontró que el 26% presentaba dolor leve, moderado o severo, que "el 36% de las personas que falta al trabajo lo hace por dolor, que el dolor persistente (crónico) se asoció con una función física y social alterada y con depresión", y que "al menos 50% de las personas mayores de 60 años sufre dolor" (Rodríguez, 2007: 195-196).

La IAPS estableció que en Estados Unidos en el 2001 las principales enfermedades que incluían dolor crónico fueron: osteoartritis (que afecta de 20 a 25 millones de personas, 30% entre los 45 y 65 años de edad, y 70% a mayores de 65 años), artritis reumatoide (que afecta al 1% de la población; 2.1, millones), lumbalgia, fibromialgia, neuropatías y cefaleas (40 millones presenta cuadros

crónicos de cefaleas). En investigaciones epidemiológicas de enfermedades crónicas en la universidad de Manchester (Reino Unido) se monitorizaron 6, 569 adultos mayores de 85 años durante un periodo de ocho años, a todas estas personas se les aplicó un cuestionario de dolor, la mitad de ellos declararon, un mes antes de su fallecimiento, que habían sufrido dolor en alguna parte del cuerpo y la tasa de mortalidad fue mayor entre estos (Rodríguez, 2007: 196-197).

Las estadísticas internacionales en países desarrollados indican que el 67% de los hombres y 60% de las mujeres con diagnóstico de cáncer morirán por esta causa, y esta incidencia es mayor en América Latina. "Se estima que en México, cada dos horas muere un paciente con pobre o nula atención en cuanto a medicina paliativa se refiere" (Artiachi, 2004: 152).

Actualmente el dolor crónico ha sido caracterizado como una epidemia silenciosa, en el sentido en que forma parte de numerosos padecimientos, relacionados con factores socioculturales, como los estilos de vida, la transición epidemiológica, los procesos de envejecimiento de las poblaciones, como son las neuropatías diabéticas, neuralgias virales, las osteoartropatías degenerativas, las neoplasias oncológicas, las neuralgias y las plexopatías, entre otras. Los investigadores han observado que en algunos viejos el dolor suele presentarse no como uno solo, sino que aparece de manera intermitente referida a diferentes partes del cuerpo, ligado a diversos órganos y/o funciones (Salvarezza, 2001; Benedetto y Castro, 2006).

Entre las principales causas de morbilidad y mortalidad general en México se encuentran diversas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, cirrosis y otras enfermedades del hígado, tumores malignos (de tráquea, estómago, próstata, hígado, mama, cervicouterino) y secuelas de accidentes automovilísticos, entre otras (INEGI-INMujeres, 2012). Varias de estas enfermedades aparecen también en otras poblaciones del mundo, las que además de ser padecimientos de larga duración e incurables, tienen un componente importante de dolor.

En el ámbito de la atención médica, se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, de las cuales una proporción considerable corresponde a aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediablemente fatales, se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con dolor, con el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida de quien las padece; sin embargo no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración considerable en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor (DOF, 2008: 3).

Entre las veinte principales causas de muerte en población general en 2010 y 2011 en México, con base a la interpretación de los datos oficiales de la Secretaría de Salud (SSA), el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se encuentra en primer lugar la diabetes mellitus (82,964 en 2010 y 80,788 casos en 2011); 14 de cada 100 hombres y mujeres mueren por esta causa (Aguirre, 2013). La segunda causa son las enfermedades isquémicas del corazón, la tercera las enfermedades cerebrovasculares, en cuarto lugar padecimientos relacionados con el consumo de alcohol (cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado) y en quinto lugar agresiones (homicidios); tomando en cuenta las afecciones crónicas se observa que ocupan un lugar relevante los tumores malignos y las enfermedades pulmonares entre las 20 principales causas de muerte en nuestro país. Entre los tumores malignos están por orden de frecuencia: de próstata, estómago, hígado, de mama y útero.

Algunos de los datos analizados en el Instituto Nacional de las Mujeres, basados en las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, de mortalidad desagregada por sexo, entre los hombres en el rango de los 15 a 44 años de edad, las dos principales causas de muerte son agresiones (homicidios) y accidentes, en el rango de 15 a 24 años, la tercera causa es el suicidio y en el rango de 25 a 44 las enfermedades del hígado; entre los 45 y 65 años y más, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón, las enfermedades del hígado y los tumores malignos son las primeras tres causas de muerte.

Entre las mujeres, la primera y segunda causa de muerte entre los 15 y 24 años de edad son los accidentes y las agresiones (homicidios). En el rango de 25 a 44 los accidentes son la segunda causa de muerte, y la primera los tumores malignos. Entre los 45 y 65 años y más, la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón y los tumores malignos son las dos primeras causas de muerte (INEGI-INMujeres, 2012).

Con los datos anteriores queremos subrayar la relación de los padecimientos como causas de muerte que transcurren con dolor crónico, como son los tumores malignos y la diabetes, sin olvidar las secuelas de dolor ocasionado por heridas con arma de fuego, accidentes automovilísticos y accidentes en general. En el Distrito Federal, la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México, según los datos obtenidos del Reporte de Consulta Externa por Diagnóstico y Sexo, en el 2010, los padecimientos más frecuentes fueron las neuralgias virales o posherpéticas (11.3%), los tumores malignos (8.3%), la neuralgia trigeminal (7.6%), neuropatías diabéticas (7.5%) y en quinto sitio las osteoartropatías degenerativas (6%), de un total de 9816 consultas en ese año. La población atendida se conforma principalmente por mujeres, siendo 7 de cada 10 pacientes del sexo femenino; tanto ellas como ellos, residen en primer lugar en el Distrito Federal y en segundo en el Estado de México. El promedio de edad de los pacientes atendidos entre 1995 y 2005 fue de 62 años en las mujeres y 58 en los hombres, el 67% de hombres y mujeres tenían entre 51 y 80 años. Es importante señalar que el rango de edad en general osciló entre 19 y 93 años, es decir, un tercio de la población atendida en este centro es menor de 50 años (HGM, 2014).

#### El dolor crónico como fenómeno social

Como fenómeno social, el dolor crónico tiene repercusiones personales, familiares, económicas y políticas, entre otras. A partir de la dificultad en el control o la modificación de la experiencia de dolor crónico se hacen evidentes múltiples aspectos que involucran diversas instancias; el dolor crónico pone en evidencia el poder médico-paciente, coadyuva a la crisis de la medicina contemporánea, ya que hace patentes las consecuencias negativas de la medicalización y del creciente mercado farmacéutico. Por otra parte, se ha desarrollado la algología y los cuidados paliativos que instituyen estrategias de atención especializada, con fármacos de vanguardia, técnicas quirúrgicas, métodos de diagnóstico altamente tecnificados, y la búsqueda de alternativas de atención transaccionales, como la acupuntura, la terapia neural, la estimulación electrónica, la fitoterapia y múltiples estrategias psicológicas, como hipnosis, la terapia de la risa, la terapia ocupacional y grupos de autoayuda, entre otros (Cousins, 2000; Loeser *et al.*, 2003; Barragán, 2005).

Otras consecuencias enmarcadas en lo político y económico, que el dolor crónico hace visibles, son las inadecuadas normas legales en el marco laboral sobre incapacidad e indemnización por dolor crónico, como también en relación con los seguros médicos. En los resultados de la Encuesta Europea del Dolor en 2002 y 2003, se encontró que el 22% de los pacientes con dolor crónico perdieron el empleo. Por otra parte, la Sociedad Española del Dolor (SED) reportó que en 2003 se gastaron 13 mil millones de euros en España para el tratamiento del dolor. En 2005, la misma SED, reportó que el tiempo promedio de padecer el dolor fue de seis años y medio, 30% de los pacientes de ese estudio pidió su baja laboral, 11% requirieron de hospitalización con una media de estancia de 12 días (Rodríguez, 2007).

Estos datos indican que el dolor crónico implica gastos familiares e institucionales constantes, el dolor psíquico o sufrimiento de las personas que padecen dolor crónico es el aspecto fundamental que repercute en la calidad de vida y es a partir de ese sufrimiento que los individuos ven trastocado todo su mundo; lo limitado de la eficacia de la atención médica así como la incapacidad de comunicar su sufrimiento interfieren poco a poco en la personalidad y la forma de vida de los enfermos.

Entre los rasgos que se constituyen está el sufrimiento debido a la soledad, la tristeza, la angustia, la depresión y el estrés, que contribuyen de manera significativa al aislamiento social y psicológico, a la incapacidad, los gastos médicos y a una mayor sensibilidad ante los actos cotidianos. El padecimiento, por otra parte, impulsa la búsqueda de alivio ya sea dentro de la familia o en los diversos sistemas curativos.

Las estrategias de atención a las que se someten los pacientes, los saberes que comparten los grupos sociales sobre la atención y sobre determinados problemas físicos, psicológicos y sociales son diferentes. Dichos saberes permiten auxiliarse con diversas prácticas curativas, las cuales van a depender del contexto social, cultural y económico de los individuos y del grupo social de relación (Menéndez, 1983: 35-36).

# La experiencia

En el ámbito médico se asume que el dolor es una experiencia de alta resonancia emocional y se reconoce que tanto la enfermedad médica como los factores psicológicos tienen un papel importante en el inicio, la exacerbación o la persistencia del dolor, el dolor que mayormente se conoce es aquel que está provocado por una enfermedad que involucre lesiones tisulares, como inflamación, tumores, lesiones provocadas por accidentes, degeneración traumática, infecciones, etcétera.

El dolor es del orden de la subjetividad; sin embargo, trasciende lo individual, para tornarse en una vivencia sociohistórica, que involucra no solo al sujeto doliente sino a todos los individuos de su grupo social y de relación, en un contexto cultural determinado (Ramírez, 2000); es una experiencia diferencial según el sexo-género, la edad, los antecedentes de la enfermedad, el aprendizaje social y la construcción médica de este aspecto de la vida humana.

El fenómeno del dolor crónico como proceso hace coincidir la interrelación de los diferentes sistemas médicos en las prácticas curativas de los grupos sociales, que definitivamente involucran al sustrato de las prácticas y significaciones: el cuerpo, donde se materializa tanto el uso de fármacos, plantas medicinales, u otras estrategias, a través del cual se observa cómo los grupos sociales adquieren y asumen la atención a la enfermedad, echando mano de sus saberes ancestrales, resignificados y reelaborados a la luz de la síntesis de los diversos sistemas médicos en los que se insertan durante el padecer y enfermar.

Las situaciones dolorosas sean de origen lesivo o emocional tienen en común, siguiendo a Otegui (2000), que es el sujeto social el que las "conceptualiza, percibe, siente... vive, como experiencias de sufrimiento", para esta autora, la biomedicina intenta objetivar y resolver los problemas del padecimiento en términos de su separación del sujeto que lo padece.

Y lo hace apelando a un marco explicativo fisiobiológico (individual), al que dota de criterios de universalidad, [ello impide] entender que el sufrimiento, como operador simbólico, adquiere su sentido a través del análisis de la construcción sociohistórica en que se desarrolla (Otegui, 2000: 228-230).

# Etnografía del dolor

Entre 1995 y 2012 se realizaron entrevistas en profundidad y observación de los tratamientos a un grupo de pacientes, 45 en total. Aquí referimos algunos resultados generales de la trayectoria de atención de los pacientes, 24 mujeres y 21 hombres, de estos, seis corresponden a cuidados paliativos (cinco mujeres y un hombre), en los que se observa la interrelación de los distintos modelos de atención en distintos padecimientos, que en este caso, en orden de frecuencia, son: neuralgia posherpética, neuropatía diabética, osteoartropatías, síndromes dolorosos por diversos tipos de cáncer, insuficiencia vascular periférica por tabaquismo, neuralgia trigeminal, dolor postraumático y otros tipos de neuralgia.

En los resultados del análisis cualitativo de los itinerarios de atención, se observaron múltiples estrategias curativas a las que recurren los enfermos y sus familiares o grupos de relación, la primera de ellas, en la mayoría de los casos, es la autoatención, al inicio del padecer se busca resolver el dolor con los remedios que se tienen en casa, los que la familia conoce que ayudan a aliviar las dolencias. Estos remedios son principalmente herbolarios, automedicación, estrategias dietéticas, higiénicas e incluso esperar al desarrollo del malestar. Así encontramos, manzanilla, manrrubio, ajenjo, sábila, ruda, hierbabuena, polvo de haba, nopales, cáscara de papaya, ajo, marihuana, capitaneja, cancerina, vinagre de piña, árnica, romero, poleo, flor de manita, entre otras; se usan en forma de té, emplastos, tinturas, preparadas en combinación o únicas, también se hallan pomadas y lociones; el uso está determinado por el diagnóstico elaborado dentro del núcleo familiar y por el propio afectado. Es importante hacer notar que el origen de estas plantas es múltiple, son europeas, asiáticas, americanas y africanas, en esta variedad, apenas esbozada aquí, se plasma la evidencia de que los organismos establecen relaciones recíprocas con sus ambientes, sin embargo no se trata de un relativismo ecológico, ya que la circulación de plantas se ha difundido de múltiples maneras, encontrando nuevos nichos culturales y biológicos, lo que hace visible la herencia cultural prehispánica, española, árabe y africana, visible en las estrategias de fitoterapia, así como en las formas de concebir y significar el dolor y la enfermedad. Este hecho se hace notable al preguntar sobre la causa que los enfermos aducen a su padecer, si bien, saben que padecen diabetes, cáncer u otra enfermedad, la causalidad que se establece por los propios padecientes y sus familiares se inscribe en su mundo cultural: estas enfermedades que afectan el cuerpo y las emociones, las formas de relación social y laboral, se deben a un susto, a la brujería, a un daño de algún vecino o persona con la que se tienen conflictos, son causadas por coraje, por nervios, por pobreza, por miedo, por vergüenza, por violencia, por pérdidas, por la contaminación, por vejez, "por trabajar tanto", por odio, por maltrato, por celos, por infidelidad de la pareja, "por sufrimiento", por abandono; a su vez se piensan y se viven como injustas, o como un castigo, una prueba de fe, un destino o como parte de la vida misma.

De acuerdo a la evolución de la dolencia se acude, en segundo lugar, a estrategias curativas biomédicas (aunque en algunos casos pueden ser la primera instancia), sean del ámbito público o privado, centros de salud, clínicas privadas, hospitales públicos o privados, consultorios privados o consultas farmacéuticas. En dichos servicios se elaboran diagnósticos y planes de tratamiento que se siguen parcialmente por los enfermos, debido al costo de los medicamentos principalmente. Paralela a la atención institucional pública o privada, se opta por la atención en las medicinas denominadas alternativas, como la acupuntura, la homeopatía, la medicina tradicional, principalmente a base de hierba o con curaciones rituales mágico-religiosas como son las limpias. Algunos pacientes también usaron los servicios espiritistas en la atención y búsqueda de curación del padecimiento, acudieron a masajes, lectura de cartas, o de otros medios mágicos, fueron al huesero, a algún quiropráctico o a algún brujo o chamán, sea en el entorno nacional o internacional. Ello no impide que se continúe de forma complementaria o paralela con las estrategias de autoatención, curativas, higiénicas, alimentarias, y espirituales, resignificadas según los acontecimientos vividos.

En todo el trayecto de atención al dolor crónico, las redes de apoyo se encuentran en menor o mayor medida presentes, estas cumplen con otorgar recursos materiales, simbólicos y afectivos para enfrentar el padecimiento, de entre los actores de la red social, se encuentran madres, hermanos y hermanas, padres, comadres y vecinas. Y el miembro de dicha red con mayor visibilidad y responsabilidad es el cuidador primario que está invariablemente presente, sea en la atención algológica o de cuidados paliativos. El cuidador es un personaje fundamental en la experiencia del dolor, ya que es el que acompaña al paciente a consulta, le ayuda a desvestirse y vestirse, hace los trámites administrativos en el hospital, firma los documentos correspondientes, acuerda con el médico sobre el tratamiento a seguir, se hace cargo de comprar las medicinas, negocia con los familiares los apoyos económicos y los cuidados, está pendiente de la alimentación e higiene del enfermo, etc. Todo ello afecta de una u otra manera la vida del cuidador, el que en no pocas ocasiones es blanco de críticas, reclamos y abusos por parte de los otros miembros de la familia o por el mismo enfermo, y es el cuidador, aunque deberíamos decir cuidadora, ya que la mayoría de los cuidadores primarios son mujeres: hijas, madres, esposas, nueras, nietas, comadres; quien con frecuencia descuida su propia salud, su trabajo y su familia. Ello se trata de evitar con algunas estrategias de atención instituidas en la clínica del dolor de este estudio, como las charlas de cuidados paliativos y de tanatología que se imparten, una vez a la semana, a los pacientes y familiares para informar sobre técnicas de cuidado, formas de afrontar el dolor y el sufrimiento del enfermo y del o los cuidadores. Donde se subraya la importancia de intercambiar los roles de los familiares con respecto a los cuidados del enfermo, para evitar el cansancio y la sobrecarga que se adjudica al cuidador, sin embargo ello ocurre en el menor número de casos, y es una problemática pendiente de afrontar por parte de las instituciones médicas y las familias.

Un aspecto que se encuentra en la complejidad de la experiencia del dolor crónico son Las estrategias espirituales, invariablemente

presentes y que tienen como fin reconfortar, aceptar o aliviar la enfermedad, compartir la pena del padecer, encontrar sentido a la vida y al sufrimiento: rezar, visitar lugares santos, ir a misa, untarse agua bendita, confesarse, comulgar, portar medallas, escapularios e imágenes milagrosas; conformar altares domésticos para convocar a los amigos, familiares y vecinos, y así evitar el aislamiento social. Estas estrategias son un motor de sentido para los pacientes con dolor crónico y cuidados paliativos, los que esperan curarse para "llevar la palabra", en el caso de pacientes que profesan credos protestantes, o para cumplir con una manda a algún santuario de su devoción, dijeron algunos católicos.

# Conclusiones

La experiencia del dolor, si bien es subjetiva, también involucra a los grupos familiares o de relación con el enfermo, y ello incluye al personal médico y paramédico, como enfermeras, camilleros, trabajadores sociales, personal administrativo, dietistas y otros especialistas de los diversos servicios que coadyuvan en la atención de los pacientes en la clínica del dolor, como oncólogos, ginecólogos, inmunólogos, odontólogos, cirujanos, reumatólogos, ortopedistas, traumatólogos, especialistas en rehabilitación, por mencionar algunos.

Es en los padecimientos crónicos donde el tiempo de evolución permite la resignificación de la vida social e individual y la reelaboración diagnóstica de la dolencia, lo que conlleva la reasignación de roles familiares, sociales y laborales, e implica la búsqueda y puesta en acto de diversos sistemas curativos que actúan de forma complementaria en la atención del padecer y que a su vez permiten un ir y venir a los distintos sistemas curativos con lo que, finalmente, se logra dar sentido a la vida y vivir con dolor crónico.

# REFERENCIAS

- Adame, M. A. (2013). "Propuesta de clasificación de los sistemas de recursos médicos alternativos-subalternos", en Adame, Miguel Ángel (Ed.). *Ecosalud y antropología de las medicinas alternativas y tradicionales* (29-75), México, Ediciones Navarra.
- Aguirre, M. (2013). "México, principales causas de mortalidad desde 1938. Con datos del INEGI, OMS y SINAIS". Disponible en http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm, consultado el 8 de octubre de 2015.
- Artiachi, G. (2004). "Cuidados paliativos", en Kassian Rank, Alicia (Ed.) *Algología, guía diagnóstica y terapéutica.* (149-159) México. Intersistemas, S.A. de C.V.
- Barragán, A. (1999). Las múltiples representaciones del dolor: representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y de médicos algólogos. Tesis inédita de Maestría en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- ---- (2001). "Representaciones del dolor crónico en un grupo de enfermos y sus médicos", en Cuicuilco, Vol. 8. Núm. 23: 171-190, México.
- ---- (2002). "Dolor crónico: una revisión antropológica". Clínica, dolor y terapia. I (3),17-20.
- ---- (2005). *La experiencia del dolor crónico*. Tesis inédita de Doctorado en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.
- ---- (2008). Vivir con dolor crónico. Argentina, Araucaria.
- Battista, R. F. (2000). "Aspetti psicologici e antropologici del dolore", en Guerci, Antonio (Ed.). *Il dolore, la douleur, pain.* (55-61), Genova, SOMA.Benedetto, M. A. de; Castro, A. G. de (2006). "Aprendiendo a escuchar historias de vida: el cuidado biográfico de los ancianos". *Pan-American Family. Medicine Clinics.* (1), 37-42.
- Bretón, D. Le (1999). Antropología del dolor, Barcelona, Seix Barral, Barcelona.
- Brodwin, P. (1994). "Symptoms and social performances: the case of Diane Reden", en Vecchio, Mary-Jo del; Brodwin, Paul E.; Good, Byron J.; Kleinman, Arthur (Eds). *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (77-99), Berkeley, University of California Press.
- Cabral, A. (1993). "Conceptos históricos y teorías del dolor". Ciencias, (31), 21-27.
- Cardoso, M. C. *et al.* (2014). "Padeciente. Un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas". *Revista de la Facultad de Medicina* 57 (5), 32-42.
- Comelles, J. M. y Perdiguero, E. (2000). "Introducción", en Perdiguero, Enrique y Comelles, J. M. (Eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (21-31). Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- Cousins, M. J. (2000). Anatomía de una enfermedad, Barcelona, Kairós.

- DOF (2008). "Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007. Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, 2008". Disponible en http://www.google.com. mx/search?sourceid=navclient&hl =es&ie=UTF-8&rlz=1T4GWYH\_es MX363MX367&q=Diario+Oficial++de+la+Federaci%c3%b3n+22+de+diciem bre+de+2008+, consultado el 8 de octubre de 2015. Eguibar, J. R. (1993). "Sexo y dolor". *Ciencias*, (31), 39-43. Fabrega, H. (1972). "Medical Antthropology", en Siegel, Bernard J. (Ed.). *Bienal Review of Anthropology 1971*. Satanford, California, Stanford University Press, 167-217. Freyermuth, G.; Sesia, P. (2006). "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica". *Desacatos*, (20), 9-28.
- Eguíbar, José Ramón. 1993. Sexo y dolor. Ciencias, núm. 31, julio-septiembre, pp. 39-43. [En línea]. < http://www.revistaciencias. unam.mx/pt/181-revistas/revista-ciencias-31/1688-sexo-y-dolor.html>
- Freyermuth, Graciela y Paola Sesia, "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica", en Desacatos N° 20, CIESAS, México, Enero-Abril 2006.
- Garro, L. C. (1994). "Chronic illness and the construction of narratives", en Vecchio, Mary-Jo del; Brodwin, Paul E.; Good, Byron J.; Kleinman, Arthur (Eds.). *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (100-137), Berkeley, University of California Press.
- Geertz, C. (1992). La interpretación de las culturas, España, Gedisa.
- Genest, S. (1980). "Introducción a la etnomedicina". *Medicina Tradicional*. II(8), 9-27. Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (2001). Internados: la situación social de los pacientes mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Good, B. J. (1994). Medicine, rationality and experience. USA. Cambridge University Press.
- Guerci, A.; Consigliere, S. (2000). "Il dolore tra biología e cultura", en Guerci, Antonio (Ed.) *Il dolore, la douleur, pain.* Génova, SOMA, (5-19).
- Guerrero, C. (2004). La experiencia del dolor del parto de las mujeres de Temalac, comunidad nahua de Guerrero. Tesis inédita de Licenciatura en Etnología. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Hamui, A. et al. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hospital General de México (2014). *Anuario Estadístico*. Disponible en www.hgm.salud.gob.mx/interior/planeacion/anuarios.html, consultado el 8 de octubre de 2015.
- IASP (2013). "IASP taxonomic". Disponible en http://www.iasp-pain. org/AM/Template.cfm? Section= Pain\_Definitions& Template=/CM/HTMLDisplay. cfm&ContentID=1728, consultado el 8 de octubre de 2015, consultado el 8 de octubre de 2015.
- Illich, I. (1975). Némesis Médica, España. Barral Editores.
- INEGI-INMujeres (2012). *Mujeres y hombres en México 2012-1013*. Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\_download/101215.pdf,
- Kleinman, A. et al (1986). "Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China". *Current anthro-pology*, 27 (5), 499-509.
- ---- (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the Human Conditions.* New York. Basic Books.
- ---- (1994a). "Pain and Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Worlds", in Vecchio M. et al. Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective. Berkeley. University of California Press, 169-197.
- ---- (1994b). "Pain as human experience: an introduction", Vecchio, M et al. *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, Berkeley, University of California Press, 1-28.
- Loeser, J. D. et al. (2003). Bonica. Terapéutica del dolor. México, Mc Graw Hill.
- Mandujano, M. A. (2012). *Hacia una visión antropológica de la discapacidad*. Tesis inédita de Doctorado en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, Cuadernos de la Casa Chata. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- ---- (1984). "Estructura y relación de clase y la función de los modelos médicos". *Nueva antropología.* (23), 70-102.
- ---- (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México. Centro de Investigaciones y Estudios Su-

- periores en Antropología Social.
- ---- (2011). Modelos, experiencias y otras desventuras, en Haro, Jesús Armando (Ed.). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a sus sentidos, métodos y alcances*, Argentina, El Colegio de Sonora, 33-66.
- Miller, A. (2005). El cuerpo nunca miente, Barcelona, TusQuets Editores.
- Morris, D. (1993). La cultura del dolor, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello.
- Moscoso, J. (2011) Historia cultural del dolor, México, Taurus.
- Otegui, R. (2000). "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento", en Perdiguero, Enrique, Comelles, J. M. (Eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Barcelona, Ediciones Bellaterra, 227-248.
- Ramírez, J. L. (2000). *Cuerpo y dolor. Semiótica de la anatomía y la enfermedad en la experiencia humana*. Toluca, México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Rodríguez, I. A. (2007). Ensayo sobre el dolor humano. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salvarezza, L. (2001). "El dolor en la tercera edad", en D'Alvia, Rodolfo (Ed.). *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*, Buenos Aires, Paidós, 45-52.
- Zborowski, M. (1958). "Cultural components in responses to pain", en Jaco E. (Ed.), *Patients Physicians and Illness.* Illinois: The free press. Glencoe 256-268.

# La comunicación médico-paciente en un contexto intercultural

Alfredo Paulo Maya

#### Resumen

Han pasado casi diez años de la promulgación de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, resultado del trabajo de instituciones de salud públicas y privadas, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos. En la carta se hacen explícitas las relaciones que debe establecer el médico con su paciente.

Concebir al paciente como sujeto activo en el proceso enfermedad-curación ha tenido un gran impacto en la calidad de los servicios de salud. No obstante, falta reflexionar sobre algunos aspectos.

Palabras clave: Salud, relación médico-paciente, calidad.

#### **Abstract**

Have happened almost ten years of the promulgation of the Letter of the General Laws of the Patients, result of the work of public and private institutions of health, universities, not governmental organizations, representatives of the civil society, associations and medical colleges. In the letter there become explicit the relations that the doctor must establish with his patient.

To conceive the patient as active subject in the process disease - treatment has had a great impact in the quality of the services of health. Nevertheless, it is necessary to think about some aspects.

Keywords: Health, doctor-patient relation, quality.

# Cultura y salud

La humanidad, a través del tiempo, se ha visto en la necesidad de enfrentar malestares y crear respuestas hacia los mismos. De esta forma, todas las sociedades y sectores poblacionales que la integran generan ideas y llevan a cabo acciones colectivas, relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención. Dicho en otras palabras, cada sociedad o sector de ella es depositaria de una cultura médica (Menéndez, 1994).

Tal como lo han demostrado los estudios antropológicos, cada cultura expresa nociones sobre el tiempo, el espacio y la persona; es decir, una cosmovisión que da orden, explica el funcionamiento del universo y los elementos que le conforman, incluido el cuerpo humano y el proceso salud-enfermedad-atención.

El psiquiatra y antropólogo Kleinman (1988) ha desarrollado la propuesta de illness narratives o modelos explicativos, ello le permitió reconocer que en el proceso salud-enfermedad, se ven involucrados diferentes actores depositarios de modelos explicativos diferenciales; es decir, que los médicos, pacientes y familiares no siempre comparten las mismas concepciones sobre la enfermedad, lo que puede provocar malos entendidos y desacuerdos.

Así, los modelos explicativos se integran por los conceptos de disease (enfermedad) que hace referencia al modelo biológicolesional. El illness (padecimiento) que abarca la experiencia subjetiva de la persona enferma. Mientras que el sickness (malestar), es el producto de la relación entre la enfermedad y padecimiento, por lo que refiere a la construcción y reinterpretación social y cultural del proceso salud-enfermedad-atención.

# La comunicación y cultura

En la relación médico-paciente, la comunicación involucra un encuentro entre dos individuos destinada a facilitar y mediar el proceso de diagnóstico y terapéutico; pero más allá del simple intercambio de información, debe aspirar a establecer una recíproca interacción entre personas; es decir, una relación basada en el conocimiento del otro y de uno mismo. Sin embargo, desde un enfoque biológico-lesional, la comunicación suele ser conceptuada como un intercambio de información, que aspira a cambiar conductas individuales, estandarizadas y verificables. Al centrarse en torno a problemas anatómicos-fisiológicos, suele subvalorar aspectos relacionados con los pensamientos y comportamientos colectivos; es decir, el contexto social y cultural de la persona enferma.

Así se propone que la comunicación entre el personal de salud y el paciente debe ser conceptuada bajo un enfoque semiótico; es decir, como un sistema de comunicación dentro una sociedad. Se trata de un proceso relacional, en donde los mensajes adquieren dos niveles de significación: *el plano denotativo* y *el plano connotativo* (Barthes, 1971).

La denotación tiene un carácter objetivo. El significado de las palabras se encuentra estrechamente vinculado al significante. Es por excelencia referencial; por lo que al asignarle un valor, suele asociarse a la lógica de la física y las matemáticas. Así en el diagnóstico clínico, correspondería al registro de los signos.

Mientras que la connotación tiene un carácter subjetivo. El significado de las palabras no guarda un estrecho vínculo con el significante, por lo que este depende de los códigos culturales del hablante. Así, las palabras pueden adquirir diversos sentidos o valores; tal como el enfermo refiere los síntomas en la clínica.

Es justo el nivel connotativo del signo, lo que nos obliga a considerar las situaciones socioculturales que alteran y transforman la comunicación. Nos hace comprender lo que un paciente entiende por su enfermedad; es decir su padecer. Tal como lo demuestra Hammui Sutton (2011) al estudiar los trastornos genéticos entre los judíos de la Ciudad de México. Ya que en esta diáspora sociocultural, el proceso de la enfermedad se encuentra estrechamente relacionado con sus creencias, valores y prácticas cotidianas; es decir, la cultura de la persona enferma. Estos aspectos socioculturales son determinantes en el tratamiento y estilo de vida de la persona enferma y su interacción familiar; lo que se verá reflejado en la relación (comunicación) que establecen con los médicos.

Por su parte, Abric (2001a) al estudiar enfermedades mentales en Francia, encuentra que si bien las representaciones sobre las enfermedades, se transforman debido a diversos factores como el tiempo, contexto y circunstancias; también tienen elementos de permanencia y estabilidad; es decir, las representaciones se ordenan alrededor de un núcleo central.

Así, el núcleo central o núcleo estructurante es fundamental, ya que da significación (sentido y valores) y organiza (unifica) a las representaciones de los diferentes grupos e individuos de una sociedad y además "Constituye el elemento más estable de la representación, el que garantiza la perennidad en contextos móviles y evolutivos" (Abric, 2001b: 21).

Se trata de una base cultural común que mantiene estrecha relación con el contexto histórico social e ideológico, por lo que define las normas y valores de individuos y entre los diferentes grupos de una sociedad.

En contraparte, el sistema periférico de representaciones está asociado al contexto inmediato de los individuos "permite una adaptación, la integración de las experiencias cotidianas", por lo que estas experimentan una constante transformación.

#### Un breve acercamiento a la diversidad sociocultural en México Situación étnica

Lo primero que habría que aclarar es que en México, los censos no registran indígenas, sino a hablantes de una lengua indígena (HLI); es decir, una categoría de carácter objetivo, que permite realizar estimaciones estadísticas.

En el censo del 2000 se incluyó la auto identificación para definir lo indígena, y si bien se trató de un buen acercamiento hacia criterios cualitativos; no se aplicó sobre la totalidad de la población nacional, sino a ciertas comunidades y regiones donde predominaban la población HLI, además se le analizó como un dato estadístico, por lo que se tendió a anular el contexto sociocultural.

Al respecto, es importante resaltar que la autodefinición es parte fundamental de toda identidad, en la que un grupo se define frente a los otros como diferentes o con características culturales particulares; es decir, se trata de un proceso relacional y dinámico (Barthes, 1971).

Una vez aclarado lo anterior, primero examinaré la presencia de los hablantes de una lengua indígena en México, según los censos del INEGI.

La primera contradicción de los análisis censales es que si bien en las tres últimas décadas, se compara el porcentaje de HLI con los no hablantes; parecería que los primeros paulatinamente tienden a desaparecer, tal como lo afirman las instancias gubernamentales.

Sin embargo, al comprar en números absolutos la cantidad de HLI mayores de cinco años, en los cuatro últimos censos nacionales, encontramos que este sector de la población mantiene una tendencia creciente: Mientras que en 1970 los HLI mayores cinco años y más eran 3.1 millones, para 1990 eran 5.3 millones y para el 2000, 6 millones.

De hecho al inicio del siglo xxi, tan solo si se considera el sector de HLI mayores de cinco años, es evidente la tendencia hacia el incremento.

Tabla 1. Registro de hablantes de lengua indígena del 2000 al 2010

Censo	2000	2005	2010
Total	6,044,547.00	6,011,202.00	6,695,228.00

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2013.

Otra tendencia que tiende a anular el peso demográfico de los HLI se relaciona con su análisis, ya que este abarca solo a los mayores de cinco años, por lo que no se contempla a un gran sector de la población y da la impresión de que tienden a disminuir paulatinamente.

Por ejemplo, en el censo del 2000, se registró un total de 6,044, 547 hablantes de lengua indígena mayores de 5 años, pero al agregársele los menores de 5 años cuyo padre es HLI (1,233,455); más los que se consideraron indígenas, pero no hablaban un lengua indígena (1,103,312) daba un total de 8, 331, 314 de población indígena estimada. Así, el 28% (2, 336,767) de este sector de la población no fue contemplada por la mayoría de los programas y políticas gubernamentales.

Respecto a la distribución de la población HLI en la República Mexicana, se afirma que la población se concentra básicamente en el sureste de la nación mexicana. Sin embargo, este dato tiende a ocultar que los HLI se encuentran presentes prácticamente en todos los estados del país.

De hecho del año 2000 al 2010, tan solo en 6 Estados (Campeche, Distrito Federal, Oaxaca, Sinaloa y Tabasco) se nota la disminución de HLI. En contraste, 29 entidades experimentaron incrementos importantes.

Por otra parte, a menudo se afirma que los HLI se localizan en poblaciones pequeñas y aisladas, por lo que se oculta la tendencia creciente de este sector de la población, de emigrar y radicar en centros urbanos. Tal es el caso de Nuevo León, entidad que no se caracterizaba por presentar HLI y que en la primera década del siglo xx pasó de 15,446 HLI a 40,137.

Otro caso es el Estado de Morelos, en donde se observa que desde la década de ochenta del siglo xx, los municipios que concentraron el mayor número de HLI fueron Cuautla y Cuernavaca; es decir, los dos principales centros urbanos en la entidad.

Es así que al inicio del nuevo milenio, la población HLI mayor de cinco años tiende a concentrase en los núcleos urbanos, ya que el 11.2% de este sector de la población se ubicó en localidades de 100,000 o más habitantes.

Tan solo en el año 2000, se estimaba que en la Zona Metropolitana del Valle de México la población indígena era de 520 mil personas; es decir, el 2.8% del total de la población. Fenómeno que ha rebasado nuestras fronteras, aunque falta por estimar su impacto (Hernández, 2007).

Además, hay que considerar que en el último tercio del siglo pasado la violencia centroamericana, principalmente la guatemalteca, ha arrojado a México inmigrantes indígenas. Se calcula que de 1978-1980 en adelante, alrededor de 140 mil a 150 mil guatemaltecos han entrado al país, y con ello incorporado siete nuevas lenguas: aguacateco, cakchiquel, chuj, ixil, jacalteco, kekchí y quiché. También aumentó la cantidad de población de otras tres lenguas: chol, kanjobal y mam. La población indígena se ha incorporado a la migración nacional e internacional.

Finalmente, al estimar el peso demográfico de la población indígena en México respecto a otras naciones de América Latina, nos encontramos con diferentes criterios para definir lo indígena lo cual dificulta las comparaciones. Sin embargo, si se toman los números absolutos registrados por los censos nacionales, México es el segundo país con más HLI, pues los 6, 695,228.00, solo es superado por Perú con 8,500,000.00.

No obstante lo anterior, habría que aclarar que en el caso peruano, se hace referencia a los miembros de hogares cuyo jefe(a) o su cónyuge habla lengua materna; mientras que para México, solo se considero a los HLI mayor de cinco años.

Por lo anterior, si se tomaran los mismos criterios del Perú para definir lo indígena, el análisis colocaría a México como la Nación de América Latina, que en números absolutos cuenta con más hablantes de lengua indígena (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013; Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006).

Así, en México la presencia de la población hablante de una lengua indígena representa una constante fundamental de la estructura poblacional y una variable importante por considerar en el contexto del comportamiento demográfico nacional.

Países Año Población Porcentaje 402,921.00 <u>Argentina</u><sup>b</sup> 2001 01.1 Bolivia 2001 5,008,997.00 62.2 Brasil 2000 734,127.00 00.4 Chile 2002 692,192.00 04.6 02.0 Colombia<sup>6</sup> 2005 892,631.00 01.7 <u>Costa Rica</u>d 2000 63,876.00 Ecuador 2001 830,418.00 06.8 Guatemala 2002 4,610,440.00 41.0 Honduras 2001 427,943.00 07.0 2010 06.0 <u>México</u><sup>e</sup> 6,695,228.00 Nicaragua<sup>f</sup> 2005 443,847.00 08.6 Panamá 2000 285,231.00 10.0 Paraguay<sup>d</sup> 2002 88,529.00 01.7 2001 8,500,000.00 32.0 <u>Perú</u>g <u>Venezuela</u><sup>d</sup> 2001 506,341.00 02.3

Tabla 2. Población indígena por países seleccionados de América

- a Con respecto al total de la población de cada país; excepto para México, donde se calculó con respecto al total de la población de 5 y más años.
- b Cifras preliminares a partir de la encuesta complementaria.
- c Proyección de población indígena en Colombia.
- d Incluye a la población indígena del censo de población y del censo indígena.
- e La población de México corresponde a la población hablante de lengua indígena de 5 y más años.
- f Incluye pueblos indígenas y comunidades étnicas (creole y garífunas).
- g Considera como indígenas a los miembros de hogares cuyo jefe(a) o su cónyuge tienen el quechua, aymará, o una lengua indígena amazónica como lengua materna

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2013.

# Las diásporas internacionales

En el siglo xx, México experimentó importantes flujos migratorios internacionales que impactaron la vida económica y cultural de la nación, tal fue el caso de los exiliados españoles, chilenos y argentinos, entre otros.

Al inicio del milenio las investigaciones antropológicas se han visto obligadas a recurrir a nuevas categorías que den cuenta de los grupos sociales migrantes, que al vivir fuera de las fronteras de sus países de origen mantienen fuertes vínculos culturales y reproducen su idioma, me refiero a las diásporas transnacionales.

A partir de la década de los 1990, los estudios, la globalización y lo relacionado con la movilidad transnacional, llevaron a autores a replantear los elementos centrales que definen las migraciones, así se empieza a conceptualizar a las diásporas transnacionales (Peña, 1999).

Las diásporas transnacionales hacen referencia a los desplazamientos internacionales que realizan diferentes grupos socioculturales, los cuales reproducen y recrean relaciones. Así desde la nación receptora, los miembros de una diáspora mantienen vínculos reales o imaginarios con sus territorios de origen, por lo que resulta fundamental la identidad expresada a través de las prácticas lingüísticas y religiosas, incluidas las que involucran del proceso salud-enfermedad-atención.

En la actualidad, el proceso de flujo internacional de migrantes calificados en relación con la salud contempla un tercer elemento de suma importancia: el empleo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En México, el Centro de Estudios Migratorios del Instituto Nacional de Migración para el año 2009 estimaba a 262,672 extranjeros residentes en nuestra nación, con una forma migratoria vigente, destacaban 59,996 norte americanos, 10,869 canadienses, 18,551 españoles, 8,878 alemanes, 9 376 franceses, 5,679 italianos, 10,247 chinos, 6,028 coreanos del sur y 4,912 japoneses (Instituto Nacional de Migración, 2012).

El Distrito Federal concentró 82,350 extranjeros, por lo que tan solo en la capital del país existían 122 agrupaciones de inmigrantes extranjeros; destacan 63 norteamericanas y 22 españolas, pero existen hermandades de alemanes, franceses, italianos y japoneses.

Basado en los datos censales, en el 2010 se estimaba que los extranjeros radicados en México eran 96,121 personas, lo que representaba al 0.86 por ciento de la población total. De acuerdo con datos censales, las comunidades de inmigrantes originarios de EU, se consolidaron como la mayoría, al alcanzar el 76% del total (738,103). Sin embargo, los procedentes de Corea del Sur y China presentaron las tasas de crecimiento anual más altas, con 28.3 y 14.3 por ciento, respectivamente. Le siguieron los provenientes de Argentina, Colombia, Cuba, Honduras y Venezuela, con tasas de crecimiento anual de entre 6.2 y 13.6 por ciento. En contraste, las procedentes de España decrecieron a un ritmo de 1.1% anual (Castillo, 2012).

Otro dato revelador es que la mitad de las comunidades inmigrantes (no nacidos en Estados Unidos) concentraron su residencia en tres entidades del país: Chiapas (11.3% y 12.9%), el Distrito Federal (30.4% y 24.6%) y el estado de México (10.4% y 9.2%).

#### El turismo médico

El turismo médico se refiere al hecho de viajar a otro país en búsqueda de tratamientos médicos de calidad a menores costos. Dado que alrededor de 45 millones de personas en Estados Unidos no cuentan con seguro médico. El turismo médico en México tiene una gran potencial, pues en nuestro país los tratamientos son significativamente más económicos en comparación con los costos de Estados Unidos.

Se calcula que en 2012 fueron 110 mil los pacientes estadounidenses que recibieron tratamientos dentales, ortopédicos, oftalmológicos, de rehabilitación o cirugía plástica, entre otros. La razón principal por la que optaron por atenderse en México fue que los procedimientos tuvieron un costo entre 60 y 80 por ciento menor que en Estados Unidos (Alatorre, 2014: 14).

# Conclusiones

La diversidad cultural del México contemporáneo nos obliga a reflexionar su impacto en la relación médico paciente; pero también en todo el proceso salud, enfermedad, atención. Estamos conscientes que la comunicación también involucra aspectos como las emociones, diagnóstico clínico, identidad de los sujetos, estructura hospitalaria, etc. Sin embargo, todos son elementos constitutivos de la cultura o influenciada por ella.

De hecho, al abordar la comunicación médico-paciente se plantea un análisis que aborde los niveles macro, meso y micro. Dicho en otras palabras, en momento del encuentro médico-paciente es un marcador que debe dar cuenta de diversos aspectos socioculturales involucrados.

# REFERENCIAS

Abric, J. (2001a). "Representaciones sociales: aspectos teóricos", en Abric, J. C. (Dir.), *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán, pp. 11-32 y 53-74.

---- (2001b). "Metodología de la recolección de las representaciones sociales", Abric, J. C. (Dir.), *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán, pp. 11-32 y 53-74.

Alatorre, A. (2014). "Aumenta la oferta de turismo médico". El Reforma, 14.

Barth, F. (1976). Los grupos étnicos y sus fronteras, FCE, México.

Barthes, R. (1971). Elementos de semiología, Alberto Corazón Editor, Madrid.

Castillo, M. (2012). "Extranjeros en México, 2000-2010", en Coyuntura Demográfica, Núm. 2, 57-61.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006). Panorama social de América Latina 2006. Disponible en http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/1/27431/P27431.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/prensa/tpl/top-bottom.xsl, consultado el 3 de octubre de 2015.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2015). *Derechos del paciente 2015*, Comisión de Arbitraje Médico. Disponible en http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas.php, consultado el 3 de octubre de 2015.

Hamui-Sutton, L. (2011). *Trastornos genéticos, narrativas y entorno sociocultural: los judíos de la Ciudad de México*. México: Dirección General de Publicaciones, UNAM.

- Hernández, B. (2007). Los indios de México en el siglo XXI. Cuernavaca: UNAM/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/Instituto Nacional de Migración.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en http://www.censo2010.org.mx/, consultado el 6 de octubre de 2015.
- Instituto Nacional de Migración (2012). *Avances de investigación*. Secretaria de Gobernación. Disponible en http://www.inm.gob. mx/index.php/page/Investigacion, consultado el 6 de octubre de 2015.
- Keith, A. (2004). "The Context of Diaspora", in Cultural Anthropology, Feb., Vol. 19, Núm. 1: 26-60.
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition, New York: Basic Books.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", en *Alteridades*, 4 (7): 71-83.
- Palma, M. (2005). "Asociaciones de inmigrantes extranjeros en la Ciudad de México. Una mirada a fines del siglo XX", en *Migraciones internacionales*, julio-diciembre, Vol. 2, Núm. 2, Colegio de la Frontera Norte, 29-57.
- Peña, G. de la (1999). "Territorio y ciudadanía étnica en la nación globalizada", en *Desacatos, Revista de Antropología Social*, CIESAS, Núm. 1.
- Rossi, I. (2006). "Migration, interculturalité et éthique", en Benaroyo, L. (Ed.) Ethique et responsabilité en médecine. Médecine et Hygiène, Genève, 97-98.

# LA DISCAPACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Elia Lázaro Jiménez

#### Resumen

Reflexionar sobre discapacidad nos conlleva a comprender la situación que viven las personas que presentan alguna limitación, ya sea motriz, sensorial o intelectual que nos permita conocer sus necesidades entre ellas las de salud.

Históricamente, el modelo médico considera a la persona con discapacidad como la enferma que requiere ser curada, rehabilitada y atendida por los profesionales de la medicina, dejando de lado las condiciones y exigencias sociales.

Si bien las personas con discapacidad presentan problemas de salud y necesidades de atención sanitaria como cualquier otra persona sin discapacidad, se agudiza en ellos la demanda sanitaria debido a la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y a la esperanza de vida de la población.

Por tanto, la salud es un derecho y elemento fundamental en la vida de estas personas, pero no por ello es exclusivo de la medicina, puesto que la discapacidad es un asunto social, en la que el sector salud tiene responsabilidad de proveer acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El presente trabajo plantea que la discapacidad no puede ser entendida y atendida exclusivamente por el modelo médico, pues debe abordarse desde lo social de manera integral y su relación con la salud.

Palabras clave: personas con discapacidad, salud, Derechos Sociales, modelo médico; modelo social; modelo biopsicosocial

#### **Abstract**

Reflecting on disability leads us to understand the situation experienced by people who have some limitation whether motor, sensory or intellectual that allows us to know their needs, including health.

Historically it has been attended by the medical model, which considers the person with a disability as a sick person who needs to be cured, rehabilitated, and attended by medical professionals, leaving aside the social conditions and demands.

Although people with disabilities have health problems and health care needs like any other person without one, the demand for health becomes more acute due to the prevalence of chronic degenerative diseases and to the life expectancy of the population.

Therefore, health is a right and a fundamental element in the life of these people, but it is not exclusive of medicine, since disability is a social issue, in which the health sector is responsible for providing promotion actions, prevention and rehabilitation.

The present work proposes that the disability can't be understood and attended exclusively by the medical model, but must be approached from the social, in an integral way and its relationship with health.

Keywords: people with disabilities, health, Social Rights; medical model, social model, bio psychosocial model.

#### Desarrollo

Iniciaremos por definir *discapacidad*, basándonos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001), que la conceptualiza como:

[...] un término genérico que incluye las deficiencias de funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (CIF, 2001).

A partir de esta definición, la discapacidad es una condicionante de la salud que repercute en la calidad de vida de una persona debido al deterioro, mismo que genera consecuencias en su desempeño personal, familiar y social. Este:

[...] es ocasionado por un sinnúmero de situaciones o problemas de salud definidas como enfermedades o causas externas, teniendo entonces, por un lado, enfermedades infecciosas, parasitarias, tumorales, degenerativas, hereditarias, congénitas y, por otro lado, accidentes, violencia, drogas, iatrogenia, desnutrición, de privación ambiental y social, entre otras. (Cáceres y Barrios, 2008: 33).

Son muchos los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad para mantener un estado de salud óptimo. La discapacidad les afecta de distinta manera y tienen mayor probabilidad de alteración de su estado de salud y menor acceso a los servicios de salud, lo que afecta su calidad de vida.

La discapacidad ha sido estudiada desde el ámbito médico, siempre asociada a la condición de salud de las personas en términos de enfermedad; por tanto, son tratados como pacientes que requieren ser atendidos por profesionales de la salud, además de ser considerados como "objetos" de caridad y asistencia.

Por su carácter multifactorial, la discapacidad no puede ser estudiada y atendida únicamente por el modelo médico, debe ser abordada de manera interdisciplinaria desde un enfoque social.

Las personas con discapacidad, "grupo minoritario", constituyen una parte relevante como usuarios del sistema de salud, puesto que tienen necesidades específicas de esta y por su condición de discapacidad demandan atención de manera más frecuente y especializada. Por ello:

La salud de la población no puede ser reducida a las manifestaciones clásicas de morbi-mortalidad y otros indicadores demográficos, nutrición, crecimiento y desarrollo físico y/o funcional, ni a indicadores sintéticos elaborados estadísticamente, que resumen el nivel de salud de países, regiones, localidades y grupos sociales. Los elementos productores de salud o generadores de enfermedad son consustanciales a la vida social de los individuos y grupos sociales y a la inserción diferencial de los mismos en los procesos productivos, mediante los cuales se apropian de los productos del trabajo y acceden a los beneficios materiales, simbólicos o espirituales del desarrollo, (Cruz, 2005: 95).

Sin embargo, hay que ubicar en su justa dimensión que los avances médicos juegan un importante papel en la prevención y el tratamiento de las deficiencias y en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Gracias a algunos de estos, se ha conseguido que enfermedades que eran generadoras de discapacidad en el pasado hoy ya no lo sean, y que personas que hasta hace pocos años estaban abocadas a un deterioro físico o mental progresivo y a una muerte prematura tengan hoy en día una esperanza de vida similar a la del resto de la población, además de poder llevar una vida social y profesional normalizadas, tal y como se afirma en el *Plan Integral de Salud para las personas con Discapacidad* (CERMI, 2004: 16-18).

Otra aportación de la atención de salud es la detección temprana de alteraciones de salud que puedan presentarse en cada etapa de la vida de las personas con discapacidad (contar con un buen diagnóstico y pronóstico).

Como se percibe, la salud es un elemento básico y fundamental para la vida de cualquier persona, y de acuerdo con la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en el Artículo Cuarto se establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. Sin embargo, esta no se encuentra al alcance de todos, aún cuando así lo establece la ley. En las políticas sociales del gobierno, aparece dentro de una de las metas nacionales "II México Incluyente", en su objetivo 2.3. "Asegurar el acceso a los servicios de salud", en el cual se establece una serie de estrategias tales como:

- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.
- Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
- Fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable.
- Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.
- Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.
- Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.
- (Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018).

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007) alude el Derecho a la Salud en los artículos siguientes:

#### Artículo 25. Salud:

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.

Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad, a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.

Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

#### Artículo 26. Habilitación y rehabilitación:

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales (S/A, 2007: 20-21).

Como puede observarse, la relación de la salud con la discapacidad es sumamente estrecha. En muchos de los casos, la falta de salud puede ser origen de la discapacidad. En otros casos, donde está presente la discapacidad y no se recibe atención de salud, puede derivar en diversos padecimientos.

Entendiendo la discapacidad como un asunto social, el sector salud tiene la responsabilidad de aportar elementos que faciliten o mejoren la respuesta adecuada y oportuna, como un primer paso en el proceso de inclusión, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación que incluyan a otros sectores que aporten y fortalezcan el imaginario alrededor de la discapacidad, con base en las capacidades y habilidades.

Como contraparte del modelo médico está el modelo social que, de acuerdo con Aramayo (2003), este modelo social posiciona a la persona con discapacidad como sujeto de derecho y enfatiza en los elementos contextuales y sociales que producen discapacidad y afectan negativamente a la persona. Además señala que la integración de los elementos médicos de la discapacidad y los elementos contextuales, ambientales y sociales conforman a la discapacidad como:

Una compleja problemática determinada por la magnitud de las limitaciones y problemas, individuales y colectivos [...] que incluye todo tipo de limitaciones, debilidades y restricciones del contexto social. Esa es la problemática que hace tan compleja la discapacidad (Aramayo, 2003).

Asimismo, las múltiples condiciones de salud pueden dificultar la gestión de los servicios de atención de salud y rehabilitación; aunado a esto, la relación entre las condiciones de salud y la discapacidad se hacen aún más complejas.

El abordaje de la discapacidad desde los modelos médico y social, modelos conceptuales contrapuestos, han generado importantes aportaciones en el estudio de la discapacidad; sin embargo, no han logrado dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad, de ahí que se considera que el Modelo Biopsicosocial tiene la visión integradora de los elementos biológicos, psicológicos y sociales que lo sustentan.

Retomando a García, en la tabla 1 se presentan algunos aspectos de los modelos anteriormente citados.

Tabla 1. Modelos para abordar el tema de la discapacidad

Modelo	Concepto de discapacidad	Orientación de la respuesta	Papel de actores
Médico	Se basa en las opiniones y prácticas científicas, típicamente en la base del conocimiento médico y de la salud. Aquí, en el modelo médico, el llamado "problema" se ubica en el cuerpo del individuo con discapacidad.	El contexto del modelo médico es la clínica o la institución.	Las personas con discapacidad adoptan el papel de pacientes. La autoridad la tienen las y los profesionales.
El modelo biopsicosocial	Ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona. Por lo tanto, su manejo requiere de la participación de otros.	La expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad; por lo tanto, su manejo requiere de la participación de otros.	El ser humano es el eje central que toma los elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales.
El modelo social	La discapacidad es resultado de la relación de las personas con el entorno.	Las respuestas se orientan en los ámbitos: con la familia, la comu- nidad, la sociedad.	Los contextos son los centros de la acción para actuar so- bre las limitaciones y restric- ciones de las personas con discapacidad.

Fuente: García y Rincón, (2007).

La OMS señala que, no obstante la existencia y aplicación de estos modelos, las personas con discapacidad se enfrentan a obstáculos en materia de salud tales como:

- Costos prohibitivos para acceder a los servicios de salud, a tratamientos prolongados así como para la adquisición de auxiliares tecnológicos que requieran para su rehabilitación.
- Oferta limitada de servicios, la falta de servicios de salud, en particular de aquellos de especialización.
- Aptitudes y conocimientos deficientes del personal de salud para atender y satisfacer las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.
- Otras dificultades no menos importantes son la accesibilidad física, la distancia entre el domicilio de las personas con discapacidad y las instituciones de salud que generan gasto económico elevado por el uso de transporte no colectivo. Los servicios no están abiertos en los horarios que más convengan a las personas con discapacidad; en muchos casos, las instituciones de salud pública no cuentan con los equipos que requieren para su atención; el desconocimiento de su cuerpo genera que no perciban los cambios que pueden generarse o no por su discapacidad.
- Limitaciones personales relacionadas con su discapacidad que requieran del apoyo de otra persona para su movilidad y ejecución de sus actividades, es decir, depende del grado de discapacidad para ejecutar sus actividades y la posibilidad de participación, como bien lo presenta el Ministerio de la Protección Social en el siguiente cuadro:

Tabla 2. Grados de discapacidad, según capacidad de ejecución y posibilidad de participación

Grado de discapacidad	Actividad	Participación
Severo	Ninguna o mínima capacidad de ejecución de actividades de la vida diaria.	No cuenta con facilitadores para actividades de la vida diaria.
	Totalmente dependiente, requiere siempre de apoyos.	
Moderado	Algunas capacidades de ejecución de actividades de la vida diaria.	Cuenta algunas veces con facilitadores para AVD.
	Semidependiente, requiere algunos apoyos.	
Leve	Capacidad de ejecución de la mayoría de las actividades de la vida diaria.	Cuenta con facilitadores para la ejecución de la mayoría de las actividades de la vida diaria.
	Ocasionalmente requiere apoyos.	

Fuente: Ministerio de la Protección Social. *Lineamentos de política de habilitación y rehabilitación integral*, Bogotá, 2004.

Como hemos planteado anteriormente, la discapacidad ha sido estudiada y atendida desde diferentes modelos, los cuales abordan la discapacidad mediante diferentes ópticas, predominando su observación como sujetos de asistencia. Recientemente, se ha cambiado este paradigma, al considerar la discapacidad como un asunto de derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud.

Si bien ningún modelo ha resuelto la problemática inherente a la discapacidad, el modelo biopsicosocial considera variables que inciden en la problemática de la discapacidad, lo que le da un enfoque integrador, inclusivo y social.

Hoy en día esos modelos coexisten, pero se está avanzando hacia el enfoque de derechos que implica inclusión, es decir, el reconocimiento de la diversidad de los seres humanos y por consiguiente la superación de barreras que se les han puesto a quienes tienen alguna discapacidad (Hernández, 2015: 50).

Así, el modelo biopsicosocial considera a la discapacidad como un problema de origen social, ya no como un atribulo de la persona. Por ello se requiere de la responsabilidad de la sociedad en tanto evite las barreras de participación en todas las áreas de la vida social de las personas con discapacidad.

Esto no significa que este modelo no tenga una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud en las personas con discapacidad, tomando en cuenta que en cada persona la discapacidad se presenta de manera particular y, por tanto, su condición de salud se verá influenciada por diversos factores que van desde situaciones personales hasta condiciones del contexto en que se desenvuelve.

Dicho modelo se basa en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social, es decir, el principio del universalismo implica que los seres humanos tienen, de hecho o en potencia, alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud. De hecho, la discapacidad y sus dimensiones son siempre relativas a las expectativas sobre el funcionamiento de las personas (qué se espera o no que haga una persona) es una clara consecuencia del universalismo (Hoover, 2007: 51).

La situación de discapacidad no está limitada solo a la persona que la presenta, sino que también involucra a la familia, a la comunidad, a la sociedad en general y al Estado mediante políticas públicas, cuyos principios son, de acuerdo con Cruz (2005), los siguientes:

- a) Igualdad de oportunidades: concebido como el principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad, con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias.
- b) Accesibilidad a los servicios: ausencia de restricciones para que todas las personas puedan movilizarse libremente en el entorno, hacer uso de todos los servicios requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad y comunicación.
- c) No discriminación: implica no excluir, restringir, impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los Derechos Humanos o libertades fundamentales a una persona.

- d) Autonomía personal: apoyándose en las ideas de Dworkin, es posible distinguir al menos tres niveles de expresión de la autonomía, al mismo tiempo distintos e interligados: autonomía de acción, autonomía de voluntad y autonomía de pensamiento.
- e) Participación: derecho de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucran. Estos son algunos de los escenarios a través de los cuales la promoción de la salud, entendida desde la óptica de la salud colectiva –según descrita en este documento–, ha generado nuevas prácticas y conocimiento en pro de la inclusión social y la calidad de vida de las personas con discapacidad.

# Conclusiones

Las personas que presentan alguna discapacidad necesitan atención médica como cualquier otra persona sin discapacidad por la misma razón: mantener su bienestar. Tener una discapacidad no significa no estar saludable; por tanto, se debe contar con la información necesaria que le permita tomar decisiones para mantenerse bien y desarrollar una vida plena y activa.

Cuando se considera a la discapacidad como un problema de salud que aqueja a individuos, comúnmente, se ha entendido como originada en una enfermedad y, secundariamente, en una lesión atendida exclusivamente en el campo de la medicina.

De ahí que el modelo médico muestra a la discapacidad como asunto de salud-enfermedad, cuyo manejo tiene como objetivo la cura, prevención o adaptación de la persona.

Si bien, por una parte, las discapacidades tienen su origen en condicionantes sociales, por otra, se vinculan más a la función social que a la orgánica, la enfermedad y la deficiencia. Se comprende así la responsabilidad que compete a los miembros de la sociedad, entre los que conviene destacar a los profesionales comprometidos con la salud y el bienestar de las personas con discapacidades, como sucede en el caso de los educadores.

Se ha entendido que los derechos de la personas con discapacidad no van más allá de la beneficencia y la solidaridad; sin embargo, como ciudadanos de pleno derecho, personas totalmente válidas, ellos han de gozar del mismo bienestar que cualquier otro, ello implica poner los medios que ayuden a conseguir esta gran meta y disfrutar así de una sociedad humanizada y comprometida con los derechos de todas las personas.

De ahí la urgencia de incluir información y formación sobre la cuestión de la discapacidad como fenómeno complejo, así como de las diferentes discapacidades y las necesidades y demandas de las personas con discapacidad y de sus familias, todo ello tanto en los programas de formación del personal de salud como desde la visión social de esta.

Ante esta situación, se considera necesario despojar el carácter mítico de la discapacidad como un problema médico, reconociendo que esta no es sinónimo de enfermedad.

Debe brindarse atención integral a la salud de las personas con discapacidad mediante acciones que contribuyan al disfrute del derecho a la salud a partir de estrategias dirigidas a la promoción, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno.

Así, la discapacidad debiera ser estudiada desde el modelo biopsicosocial en el cual se abarcan las esferas de lo biológico (físico, bioquímico, sintomatológico), psicológico (emocional, cognitivo, afectivo) y lo social (relaciones familiares, interpersonales, laborales) de manera integrada, como totalidad, es decir, como un ser biopsicosocial, lo que significa que:

Tiene una estructura biológica y funcional, un comportamiento propio e individual y un patrón de relaciones con la sociedad determinado por factores como la edad, el sexo y las condiciones socioculturales del colectivo al que pertenece. (En implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional, diciembre, 2011: 9).

De esta manera, se constituye una nueva mirada de las personas con discapacidad, desde una concepción holística y a partir de una reivindicación de los derechos humanos. Esto nos lleva a un desafío como sociedad, de lograr la integración a partir del compromiso de un cambio cultural en el que se respeten los valores de la dignidad humana, puesto que todas las personas con y sin discapacidad merecen un trato digno y respetuoso.

Finalmente, concluimos que la salud constituye un gran reto para la sociedad, pues, por una parte, las discapacidades tienen su origen en condicionantes sociales, por otra, estas se vinculan más a la función social que a la función orgánica, la enfermedad y la deficiencia. Se comprende así la responsabilidad que compete a los miembros de la sociedad, entre los que conviene destacar a los profesionales comprometidos con la salud y el bienestar de las personas con discapacidades.

# REFERENCIAS

- Aramayo, M. (2001). *La persona con discapacidades y su familia*. Caracas: Fondo Editorial de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.
- Aramayo, M. (2003). *Un modelo social venezolano de la discapacidad: de la conceptualización a la acción*. Trabajo de Ascenso a la Categoría de Profesor Titular. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Aramayo, M. (2005). *La discapacidad. Construcción de un modelo teórico venezolano*. Caracas: Fondo Editorial de la Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.
- Cáceres, N. y Barrios, A. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud, 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- CERMI (2004) Plan Integral de Salud para las personas con Discapacidad. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad pag. 17.
- Cruz, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. Investigación y Educación en Enfermería, Vol. XXIII, Colombia. Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401008.
- García, Rincón, et. al. (2009) La discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, epidemiología e impacto económico. Bogotá.
- Hernández, M. (2015). El concepto de discapacidad. De la enfermedad al enfoque de Derechos. Rev. CES Derecho.
- Hoover, L. M. (S/F). "Hacia la promoción de la salud", en *La discapacidad. Una mirada desde la Teoría de Sistemas y el Modelo Biopsicosocial*, 51-61.
- Joly, E. (1997) "La experiencia de un parapléjico: El valor de la incertidumbre", Ponencia en *Segundo Congreso Caneo 1997* (Capítulo Argentino de Neuroortopedia), Buenos Aires.
- Joly, E. (2003). "Discapacidad, salud y explotación: una construcción social", *Encuentro Nacional de Discapacidad y Enfermos Crónicos. Foro de Salud*, Buenos Aires, noviembre, Facultad de Medicina/Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Ministerio de la Protección Social (2004). Lineamentos de política de habilitación y rehabilitación integral, Bogotá.
- OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento. De la discapacidad y de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF) IMSERSO Madrid.
- Puga, M. D. y Abellán, A. (2004). El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta de Discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid, Fundación Pfizer.
- S/A (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo. México, CONAPRED.
- SEP (S/F). Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018.

# CIENCIA Y ÉTICA EN UN MUNDO GLOBALIZADO

Felipe Ramírez Peña

#### Resumen

El presente ensayo contextualiza la manera en cómo se realiza investigación en México y su vinculación con los valores éticos. Las comunidades científicas conforman un grupo de poder que participa de la dinámica del mundo globalizado y de las prácticas habituales por obtener los recursos económicos para llevar a cabo sus proyectos de investigación. Las prácticas las realizan en el marco de una cultura científica que, en el afán de lograr la verdad, posee procesos que no siempre son equitativos y benéficos, tanto en la elaboración de los productos de investigación como en la formación de personal altamente capacitado, como son los maestros y doctores de grado. Así, a lo largo de siglo XX, la comunidad científica ha ido asumiendo la responsabilidad de establecer códigos éticos que sean del conocimiento de la sociedad, pues la principal fuente de financiamiento proviene de los impuestos y por lo tanto son recursos públicos.

Palabras clave: investigación, valores éticos, mundo globalizado.

#### **Abstract**

This essay refers how investigation is realized in Mexico and his implication by the ethical values. The scientific communities shape a group of power that takes part of the dynamics of the globalized world and of the habitual practices for obtaining the economic resources for his projects of investigation. The practices realize them in the frame of a scientific culture that, in the zeal to achieve the truth, possesses processes that not always are equitable and charitable, both in the production of the products of investigation and in the training of highly qualified personnel, since they are the teachers and doctors of degree.

Along 20th century, the scientific community has been assuming the responsibility of establishing codes of ethics that are of the knowledge of the society, since the principal source of financing comes from the taxes and therefore they are public resources.

Keywords: Investigation, ethical values, globalized world.

# Introducción

En las sociedades contemporáneas la inversión en ciencia y tecnología y en la formación de científicos y tecnólogos son actividades importantes debido a que favorecen la generación de conocimiento y contribuyen al desarrollo de la sociedad. Esta inversión permite que se pueda incrementar la competitividad y el desempeño en las instituciones de educación superior, de investigación científica y tecnológica, así como en empresas y organizaciones de carácter público, privado y social.

Asimismo, la existencia de mayores niveles de educación y cualificación se convierten en el motor para promover el crecimiento económico y el bienestar social. De tal forma que el esfuerzo realizado en el desarrollo y formación de recursos humanos, de cualquier nivel, suele impactar en los diversos sectores y, en consecuencia, en las áreas de servicios, así como en la producción agropecuaria, industrial y tecnológica.

La literatura especializada señala que el apoyo a la ciencia y la tecnología, así como a la formación de recursos humanos son elementos claves para el desarrollo de las sociedades contemporáneas (Salomón, 1996). En particular, es evidente que los países que invierten en investigación y desarrollo, así como en capital humano son más competitivos y, por tanto, registran mejor desempeño económico y social.

Durante las últimas décadas, el gobierno mexicano ha emprendido diversas acciones para desarrollar la ciencia y la tecnología, tomando como base la idea de fortalecer el sistema de educación superior e investigación.

En este contexto, las prácticas de las comunidades científicas han ido estableciendo reglas y procedimientos explícitos e implícitos sobre la manera de realizar ciencia y formar personas. Las variantes entre comunidades científicas están en lo general plenamente definidas, por ejemplo, la publicación colectiva en ciencias como la biología, la química o la física tiene reglas sobre la participación, pues es importante la posición en la lista de autores. En otras áreas, como la medicina veterinaria, el director de tesis de maestría o doctorado es coautor del artículo derivado de la misma. Incluso aparecerá como autor principal pese a que el trabajo de investigación fue realizado por el asesorado.

Por otra parte, en la formación de personas, hay disciplinas en las cuales la asesoría se realiza al formar parte del equipo de trabajo en los proyectos del director de la tesis, donde la investigación del tutorado es una parte del proyecto, o en las disciplinas como filo-

sofía o historia en las que la investigación de tesis de maestría o doctorado tiene afinidad con las líneas de investigación del director de la tesis, pero no es parte propiamente de sus proyectos particulares. En el caso del trabajo en equipo, en muchas ocasiones la investigación tendrá como uno de los productos un artículo en coautoría con todos los integrantes de grupo de investigación asociado al proyecto. En el segundo caso, podría resultar en un artículo individual, aunque hay sus excepciones.

Las implicaciones de tales situaciones serán expuestas de manera más amplia en los siguientes apartados.

#### La ciencia y sus marcos

Cuando en el ámbito social se hace referencia a la ética, la comprensión inmediata sería que estamos frente al cumplimiento de valores que buscan favorecer la convivencia social y generar relaciones equilibradas entre los sujetos. Este esquema del hablar cotidiano en realidad bosqueja qué tan importante son para los humanos las acciones sociales a través de principios éticos, donde los individuos expresan su voluntad. Esa voluntad no debe estar coartada o limitada más allá de la conciencia del sujeto como ser social, en un primer momento. Sin embargo, en un segundo momento, el hombre por sí mismo no ha sido capaz de limitarse y ha tenido que construir instrumentos que regulen esas relaciones. Esos instrumentos son las normatividades. Además, los humanos han creado un aparato principal para su cumplimiento, el Estado. Pero esas normatividades y ese aparato no responden a los intereses de la mayoría de las personas, sino a las élites. Para legitimar la creación de marcos jurídicos y aparatos de control, las élites han creado mecanismos participativos, generalmente a través de un representante de la sociedad, quienes en colectividad, plasman en documentos las reglas que facilitarán la convivencia social y el trato entre los sujetos.

La labor científica no se encuentra al margen de esta concepción del quehacer humano, de tal manera que se sustenta en la elaboración de marcos formales gubernamentales como los que tienen el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y aquellos de las instituciones de educación superior y de investigación científica y tecnológica. Entre los espacios de representación están el Consejo Consultivo de Ciencia, que depende de la Presidencia de la República y el Foro Consultivo Científico y Tecnológico que, a pesar de ser una asociación civil, funciona prácticamente con recursos públicos. En ambas instancias participan destacados investigadores que de alguna manera representan los intereses de las comunidades científicas.

Ahora bien, hay principios que son propios del ámbito de la ciencia como son la transparencia de la información, el reconocimiento al trabajo de otros, aquellos que han servido de apoyo a la investigación, así como la comprobación o sustentación de los resultados a través de la experimentación, la posibilidad de réplica y la utilización de fuentes confiables, entre los principales.

De tal forma que un científico muestra a su comunidad los resultados de sus investigaciones con ponencias en congresos y, como un producto terminado, con artículos o libros para socializar su tarea y cumplir con las obligaciones que conlleva su contratación institucional, situación que guardan la mayoría de los casos.

Con sus publicaciones, el investigador manifiesta por lo menos a su comunidad que su proceso de investigación contiene cierto nivel de originalidad, elaborado conforme al paradigma metodológico de su área de conocimiento, con uso de fuentes confiables y la inclusión de contenidos relevantes. El autor o los autores creen que el avance o el resultado es lo suficientemente sólido como para enfrentar primero el arbitraje en las revistas especializadas o el dictamen como sucede con las editoriales de prestigio. Tras pasar el proceso de evaluación, se difundirá para exponerlo a la crítica de su comunidad, a los estudiantes y a aquellos que tengan interés en la temática.

Conviene mencionar que en las ciencias físico-matemáticas, ciencias médicas, ciencias químicas, ciencias agropecuarias y ciencias biológicas, el autor o los autores saben qué integrantes de su comunidad científica posiblemente comparen, copien o repitan los experimentos para comprobar que son verdaderos los resultados. Se podría indicar que, siguiendo tal vez la idea de falsación de Popper, más que comprobar que es correcto y replicable el experimento buscarán que falle. Lo cierto es que "no hay ningún método que permita probar que las teorías científicas son verdaderas ni siquiera probablemente verdaderas" (Chalmers, 1982: 5). Asimismo, en las ciencias sociales y las humanidades lo que privará será la crítica al método, el análisis de las fuentes utilizadas y el alcance de las conclusiones.

Una diferencia entre ambos espacios es el avance que se tiene en las ciencias con el uso de índices que permiten hacer visible la calidad de las publicaciones, con elementos como el factor de impacto. Las ciencias sociales y las humanidades no presentan un desarrollo semejante en ese aspecto, tal vez porque una buena cantidad de las temáticas son particulares de una comunidad, región, momento específico, desde los cuales sería dificil proponer generalizaciones, aunque se intenta.

No obstante, en ambos casos la comunidad científica sabrá que se encuentra ante un científico o un equipo de científicos cuya labor se sostiene en la honestidad, a partir del principio de la ciencia para encontrar conocimiento nuevo y original, a partir de un buen nivel de incredulidad sobre lo alcanzado y, de forma clásica, dudando cuando las condiciones lo ameriten.

Conviene indicar que los científicos muestran sus resultados a la comunidad académica y tecnológica no solamente para difundir su trabajo y lograr intercambio de opiniones, sino también para alcanzar reconocimiento y prestigio.

Los reconocimientos y el prestigio facilitarán conseguir el apoyo económico que les permita continuar con sus proyectos de investigación. En México, y en cualquier lugar donde se quiera hacer investigación formal, se necesita apoyo económico para poder

desarrollar los proyectos que, en ocasiones, requieren de una gran cantidad de recursos. Esos apoyos se encuentran en fondos gubernamentales y privados aunque los investigadores deben competir entre ellos para conseguirlos. Además, la producción científica, tecnológica y humanística repercute en el logro de mejores ingresos, ya que forman parte de los programas institucionales de estímulos o de programas como el SNI o el Sistema Nacional de Creadores.

Por otra parte, en un entorno globalizado, los resultados de la investigación pueden tener una comunidad interesada que sea más amplia. La internet facilita difundir los productos de investigación, mismos que pueden ser consultados, como ya se señaló, por investigadores y por grupos de interés, como estudiantes, funcionarios gubernamentales, gestores, recuperadores de fondos, entre otros, de diversas partes del mundo.

Las revistas electrónicas, que son cada vez más comunes, son un instrumento que facilita con mayor frecuencia la vinculación entre especialistas. La web con todos sus recursos es también una herramienta muy útil para la difusión y divulgación del conocimiento científico y tecnológico para públicos más amplios. Sin embargo, por el lenguaje particular de cada ciencia o disciplina, las publicaciones científicas serán comprensibles solamente para aquellos que compartan los códigos.

En la sociedad moderna el afán por llevar la ciencia a más personas no significa que se pretenda lograr una mejor difusión, puede ser resultado de un intento de legitimización en destinar recursos enfocados a esa actividad.

#### Ciencia y cultura científica

El uso de internet facilita el acceso a grandes fuentes de información confiable, además de ser un espacio virtual para el contacto y la difusión de la producción científica. No obstante, México sigue a la zaga en el aprovechamiento de esta tecnología y ello representa un gran reto para que, siguiendo pautas internacionales, se pretenda considerar a la ciencia y la tecnología como palancas de desarrollo. Desde la academia se debe de impulsar y aprovechar éticamente la información confiable y de calidad disponible en la red.

Por otra parte, los académicos en el afán de obtener beneficios adicionales a su nombramiento como profesor o investigador, casi siempre de tiempo completo, han descuidado la cátedra, quizá en el interés de publicar los resultados y tener ese producto principal que se evalúa. Por ello, Juliana González, señala que la valoración de las tareas de investigación dan lugar, en cierto modo, al abandono de la enseñanza (González, 2006).

El descuido de la docencia y la concentración en obtener los resultados de investigación afecta la calidad de la enseñanza, especialmente en el nivel licenciatura, al que los académicos prestigiados le rehúyen porque implica mayor trabajo ante los grupos numerosos. Los niveles tres del SNI gozan incluso del beneficio de salarios mínimos adicionales por dar cursos en licenciatura, lo que los coloca en una situación privilegiada respecto al resto de los integrantes.

Hay programas, como el SNI, cuya finalidad es apoyar el desarrollo científico al reducir el riesgo de la fuga de cerebros interna y externa a través de otorgar estímulos económicos al profesor o investigador que muestre una producción científica, tecnológica o humanística. El programa es importante en el mundo académico, este tiene casi treinta años; los criterios, prácticas y objetivos no se han modificado en lo sustancial, cuando en el entorno sí hay cambios profundos en la estabilidad económica de los académicos. De alguna forma los integrantes del SNI se han convertido en una élite.

La élite que conforman los integrantes del SNI llevan a cabo proyectos de investigación que corresponden a ideas que no siempre atienden problemas de interés social, económico, político y cultural que redunden en un beneficio para la sociedad, desde donde se generan gran parte de los recursos que soportan al sistema de investigación, desarrollo tecnológico e innovación del país. Sin embargo, sus propuestas son legítimas.

# El sistema de educación superior

El sistema de educación superior tiene como finalidad formar personas capaces de desarrollar actividades profesionales, quienes recibirán una preparación teórica y práctica que se proporciona en espacios *ad hoc* y con un proceso enseñanza-aprendizaje realizado por especialistas que por su propia preparación académica y, en diversas ocasiones, experiencia laboral, poseen pleno dominio de los contenidos de las asignaturas a su cargo, lo que implica que estos profesores necesiten de una formación continua y, en la actualidad y, cada vez con más frecuencia, obtener posgrados.

De tal forma que se puede indicar que las universidades, institutos o como se les denomine a las instituciones de educación superior, atañen a un espacio que responde a una necesidad de la sociedad que:

[...] tiene alcances de interés público, por lo cual se le puede llamar institución por el alcance que tiene la educación como proceso de mejora sustancial para los sujetos, es un lugar socialmente reconocido para producir, objetivar y legitimar el conocimiento compuesto por entidades que se dedican a los estudios superiores y a la investigación, que otorga títulos profesionales y grados académicos y representa el nicho social de la autoridad y verdad científicas, y participa en la definición de lo que se entiende por racionalidad (Palomar, 2011: 53).

En el devenir histórico la educación superior tiene dos ejes que corren paralelos; el primero es desarrollar el conocimiento desde las perspectivas que den legitimidad teórica y práctica, como sería que esté basada en explicaciones profundas de corte filosófico, científico y metodológico. El segundo es que responda a las necesidades de la sociedad, para ofrecer una solución que requiera de cuerpos especializados para el proceso enseñanza-aprendizaje, una temporalidad amplia para el desarrollo, vinculación estrecha con la realidad y propuestas complejas con suficiente carga de originalidad.

Para ello se necesita de instituciones que en su propia funcionalidad consideren que deben modificar y actualizar todo aquello que repercute en el servicio educativo que brindan, especialmente sus planes y programas de estudio, en los servicios, matrícula, cobertura, calidad y pertinencia, esto conforme a la normatividad que se crea para tal fin, y que tiene como objetivo que se reduzca la brecha entre los cambios en el contexto y los contenidos de las asignaturas, materias, módulos o unidades de aprendizaje. Con este tipo de recursos se debe cumplir con tres objetivos: la docencia, la investigación y la extensión de la cultura.

En el caso de los planes y programas de estudio, el proceso de revisión y actualización que realizan las instituciones no suele distinguirse por la rapidez, aunque debería haber una primera evaluación al concluir la primera generación, otra del impacto en el mercado laboral al concluir la segunda generación y en ambos casos deberían hacerse las modificaciones pertinentes. Tal vez por ello tiene importancia que el profesor goce de la libertad de cátedra y, de esa manera, asuma la responsabilidad de proporcionar a los alumnos información actual y relevante. Sin embargo, así no se responde a la obligación de hacer una revisión detallada e integral. Además, la actualización a través de la cátedra no se refleja en la estructura y contenidos de los programas de estudios, sino con lo que queda fuera del control de las instancias académico-administrativas encargadas de su vigilancia. Eso sí, en el afán de tener un control, es usual que las instituciones públicas y privadas soliciten al cuerpo docente que entregue la planeación para el curso trimestral, cuatrimestral, semestral, anual y de cualquier tipo, pero parece ser más una formalidad pues no hay retroalimentación, en consecuencia el profesor desconoce qué acciones de mejora realizar.

En todo caso, ambas situaciones tienen que ver con la cultura organizacional dominante en el ámbito universitario, pues pareciera que los principios universitarios están fuera de los procesos propios de sociedades dinámicas, como la contemporánea, cuya una de sus principales características es la adaptación a los cambios. Es así que la organización universitaria centrada en un esquema vertical, autoritario, poco dado a abrir canales amplios de participación en los proyectos y toma de decisiones, con órganos de decisión conformados por notables –como las juntas de gobierno–, como en las instituciones públicas consolidadas y con mecanismos semejantes, aunque permeados de visiones empresariales en las universidades privadas que disfrutan de reconocimiento. En ambos casos los altos directivos son elegidos mediantes procesos de escasa o nula intervención de la población estudiantil, profesoral, de investigadores y administrativos. De Tal forma que:

Es curioso que los universitarios, muy críticos con la mayoría de los aspectos de la ciencia o de la sociedad, sean tan respetuosos con lo que se llama la cultura universitaria [...]. En consecuencia, las universidades, dirigidas en la mayoría de los países por los propios universitarios [...]. Vivimos ahora unos momentos en los que la sociedad está sufriendo mutaciones muy profundas, y sería necesario que la universidad se adaptase a ellas si no quiere verse convertida en una institución obsoleta que ya no responde a las demandas sociales (Ginés, 2004: 14).

Esa reducida movilidad en las prácticas universitarias enfrenta el cambio de paradigma en lo correspondiente a la generación de conocimiento original, de corte práctico, pero también teórico, con la intervención más frecuente de otros agentes, que se explican brevemente a continuación: las grandes industrias, y las élites que las dirigen desde mediados del siglo XX, empezaron en México a formar los perfiles profesionales que querían para sus espacios laborales, como sería con la creación del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores Monterrey. Posteriormente crearon sus propias unidades de investigación. Otra es la industria militar que en las grandes potencias mundiales realizan un trabajo de investigación clave para el diseño y construcción de armamento, cada día más sofisticado y letal. En ambos casos han empezado a formar expertos científicos y tecnólogos con los perfiles adecuados a los espacios donde se van a desempeñar.

A manera de ejemplo del alcance de este cambio en el recién iniciado siglo XXI es que mientras que en el periodo que va del siglo XVII al siglo XX gran parte del conocimiento se generó en las universidades. A partir del trabajo de investigación y desarrollo tecnológico realizado, como ya se mencionó, por la industria desde el siglo XIX y en el siglo XX, por ejemplificar, la industria militar y la elaboración y uso de armas químicas en la Primera Guerra Mundial; así como el diseño, construcción y lanzamiento de la bomba atómica en la Segunda Guerra Mundial.

Asimismo, la industria farmacéutica, que sin negar su fuerte fin de lucro, ha logrado elaborar productos que ofrecen cura y prevención de enfermedades, lo que ha repercutido en una mejora sustancial de la calidad de vida de amplios sectores de la humanidad. En ambos espacios, aunque han aprovechado el capital humano formado en las universidades, han tenido sus propias unidades de investigación desde donde son generadores de conocimiento original, como se refiere en el lenguaje propio de las áreas científicas.

# Ética y actividad científica

Ahora bien, en un mundo donde el sentido de competencia se convierte en un principio aparentemente ineludible, puede ser interesante saber de qué forma se vincula la ética con la labor científica.

Conviene señalar que la ética no solamente pretende diferenciar al bien del mal y liberar a los humanos del peso que significa la moral, que tiene por cierto un origen humano y no divino, lo que puede explicar porque alguien profundamente ético puede ser inmoral y viceversa. Es decir, el actuar ético refleja las contradicciones y paradojas que son inherentes a las personas.

Acerca del origen del término cabe recordar que *ethos* quiere decir costumbre o hábito, que permita a los seres humanos no sucumbir ante las tentaciones que le lleven a fallar ante los demás, ante la sociedad a la que pertenece, de tal forma que "a través de nuestras costumbres podemos llegar a crearnos cierto carácter que acaso pueda salvarnos del mal: eso pretende la ética" (Rivero y Pérez, en Pérez, Lisker y Tapia, 2008: 15).

Los principios éticos forman parte de aquello que las personas comparten y que son abstractos y con alcance general, y conforman una guía para el bien actuar en la vida social. Empero, el contenido de la guía aunque parte de supuestos trascendentales y universales, será matizada por el tiempo y el espacio en el que interactúan los individuos que la aplican. Los experimentos realizados por los nazis con población confinada generaron una fuerte crítica a ese periodo y regimen. Sin embargo, en Estados Unidos y Gran Bretaña también se hicieron, en la misma época y tiempo después, investigaciones clínicas poco éticas. Hubo experimientos diversos que ya están bien documentados donde se usaron por ejemplo huérfanos y personas con retraso mental para probar cura contra algunas enfermedades, pruebas que en ocasiones provocaron graves daños. Los investigadores "justificaron su actitud diciendo que eran necesarios algunos sacrificos para el beneficio de la sociedad en su conjunto" (Vargas, Flisser y Kawa, en Pérez, 2008: 120). Lo más lamentable del asunto es que las investigaciones eran financiadas por el gobierno. Es decir, con los impuestos de los ciudadanos, quienes desconocían realmente a qué se destinaban los recursos. En ese momento, la comunidad médica ya discutía si los actos realizados por los investigadores eran éticos, pero no se difundió entre la sociedad en general (Vargas, Flisser y Kawa, en Pérez, Lisker y Tapia, 2008: 124).

Las acciones poco éticas a las que se hace referencia procedían de una cultura de curación de enfermedades que remontaba en el tiempo, pues

[...] a lo largo de toda la antigüedad, de la Edad Media, y del Renacimiento, y tambien de nuestra edad moderna, la única forma de saber resultados de acciones terapéuticas nuevas en el ser humano es por medio de experimentos relevantes en los enfermos que, en teoría, puedan beneficiarse si las cosas salen bien (Cabral y Pérez, en Pérez, Lisker y Tapia, 2008: 136).

Las situaciones esbozadas dieron origen a tres principios básicos de la investigación clínica: "el respeto a las personas (autonomía), la beneficiencia o la maleficiencia (prevención de daños) y la justicia (tratamiento equitativo sin discriminación)" (Vargas, Flisser y Kawa, en Pérez, Lisker y Tapia, 2008: 26).

Los principios éticos en la ciencia pueden parecer elementos que restringen el desempeño y los logros, pues

[...] someter la praxis científica a la autoridad de un régimen de valores tanto naturales como socioculturales, da la impresión de estar lesionando la autonomía y la libertad de la ciencia y del científico prescribiendo prejuicios que podrían viciar los resultados de la investigación (Gómez-Heras, en Sagols, 2009: 32).

Sin embargo, las experiencias documentadas a lo largo del siglo XX hacen constar que es necesario establecer un marco ético para que los efectos de la investigación no terminen por afectar, en lugar de beneficiar a la sociedad.

## Ciencia y conducta poco ética

El enfrentamiento y aprovechamiento de las nuevas condiciones mundiales representa un gran reto para los países, que deben canalizar amplios recursos económicos para impulsar el desarrollo de la ciencia y la tecnología y para tratar de reducir la brecha entre los países líderes en el mundo (Estados Unidos, Japón, Alemania, Francia, Rusia, Italia, Canadá e Inglaterra) y los países con un gran potencial, como México, la India o Brasil, aunque con grandes retos por enfrentar por condiciones estructurales como sistemas educativos débiles, desigualdad y una clase política que suele ver la ciencia y la tecnología como un gasto o un requerimiento, más no como una inversión.

En el mundo globalizado se requiere un esfuerzo nacional por impulsar la ciencia y la tecnología para poder insertarse en nuevas áreas de oportunidad tales como la nanotecnología, la biotecnología, la robótica o la informática, que permitan un desarrollo sostenido con el que afronte con ventaja los retos de la globalización.

Por ello, en las sociedades modernas la formación de capital intelectual es una actividad de primer orden, ya que favorece la generación de conocimientos y contribuye al saber-hacer. La formación de cuadros científicos y tecnológicos se ha convertido en un elemento relevante en los países desarrollados y una oportunidad en los países en vías de desarrollo.

En lo social, la existencia de mayores niveles de educación y calificación se convierte en motor para promover el bienestar y calidad de vida de la población. Además, constituye una ventaja competitiva para permanecer en un medio ambiente de alto desempeño en el que solo tienden a prevalecer las economías que fincan su avance en la producción y el uso eficiente del conocimiento.

En el SNI, se establece como un estándar para poder ser incorporados en cualquiera de sus categorías y niveles, cantidades de artículos científicos publicados en revistas o libros editados por empresas de reconocido prestigio académico, sin ser por supuesto obligatorio. Para que las revistas y las editoriales adquieran ese estatus de prestigio académico deben tener un mecanismo de arbitraje que realizan expertos de la misma comunidad científica. En las revistas de ciencias físico-matemáticas, biológicas, médicas, agropecuarias e ingenierías, uno de los factores importantes es que estén incluidos en los grandes índices especializados.

Pertenecer al SNI significa prestigio y, también, el disfrute de un apoyo económico mensual durante por lo menos tres años.

Ello puede propiciar prácticas ilícitas o poco éticas por parte de algún profesor o investigador con pocos escrúpulos o urgido de la certificación, quien puede abusar de la confianza de la comunidad científica. ¿Cómo lo puede hacer?

La manera de realizarlo es con acciones ilegales que ponen en entredicho la actividad científica. Veamos a continuación una clasificación. Desde 1987 la Fundación Nacional para la Ciencia de Estados Unidos definió tres categorías de fraude científico:

- Plagio, que consiste en apropiarse de las ideas o textos de otros.
- Falsificación, que es cuando un investigador manipula los datos para obtener el resultado deseable, como reportar un experimento en un artículo, cuando lo llevó a cabo para otro, aunque el investigador esté convencido que sin repetir el experimento se obtendría el mismo resultado.
- La invención de datos que, como su nombre lo indica, es mostrar como resultado de una metodología, simplemente el acomodamiento de datos sin sustento científico alguno, aunque con mucha creatividad (Gálvez y Regules, 2005: 10-14).

La visión clásica de la ciencia refiere que tiene como finalidad buscar la verdad. No obstante, desde la perspectiva de la aparente racionalidad en la sociedad globalizada observamos que:

La importancia del conocimiento reside en su capacidad para incrementar la productividad y con ello incidir en el crecimiento económico. Así, una economía basada en el conocimiento confía principalmente en el uso de las ideas, en lugar de las habilidades físicas, y en la aplicación de tecnología en lugar de la explotación de recursos naturales. De esta manera, la innovación tecnológica adquiere una función cada vez más importante en el desempeño económico (Valenti *et al.*, 2008: 13).

Esa función debe estar asociada a valores éticos, pues pudiera ser que este mundo globalizado deslumbrado por la idea de éxito pudiera fungir como un impulsor de acciones anómalas. La ciencia y los científicos no tendrían por qué hallarse exentos.

Los fraudes científicos tarde o temprano se descubren, aunque en ocasiones puedan pasar décadas para ello. En ese momento la comunidad repudia al científico que incurrió en tal acción. Sin embargo, hay prácticas que se prestan a suspicacia, aunque son plenamente aceptadas en áreas como las ciencias agropecuarias o químicas, tales como que el director de tesis aparezca como coautor al publicar los resultados de los tesistas de posgrado en revistas científicas. Por mucho que haya trabajado el director de la investigación en la tesis, es evidente que la obra no es suya. Ello puede ser visto, como una forma de ayudar al novel investigador, pues es menos difícil publicar artículos con personas ya aceptadas por la comunidad. De alguna forma es cumplir una tarea que pasa de una generación a otra de investigadores que es ayudar al prospecto a ganar su "derecho de piso" en las revistas científicas, pues de otra manera se reducía la posibilidad de que publicaran el artículo por no venir respaldado por un integrante de la comunidad científica, que ya había demostrado que era un profesional de la investigación y no un posible charlatán.

A la larga, cuando se obtiene la plena aceptación en esa comunidad, es un deber repetir el proceso con los nuevos tesistas. Claro que esta acción permite que en el ejercicio cuantitativo de la evaluación, los investigadores tengan un mayor número de artículos que aquellos que se pueden considerar de autoría propia. Otro punto será la publicación de trabajos en coautoría, donde un grupo, en ocasiones hasta de ocho personas o más, aparece como autor de un artículo, que por su contenido, no requería de tantos participantes. Tal acción puede hacerse con fines cuantitativos pues todos los integrantes de grupos aparecen con una publicación. La pregunta sería, cómo se evalúa el grado de participación cuando se realiza una evaluación individual, como sucede tanto en el SNI como en los programas de apoyo a la productividad de las universidades y centros de investigación.

Esa manera de proceder, publicar en coautoría, sería considerada francamente poco ética por otras comunidades científicas entre algunas áreas de conocimiento en las matemáticas, antropología, filosofía o historia, cuyos miembros, a su vez, tienen prácticas que podrían ser cuestionables, verbigracia, los libros colectivos, los cuales no siempre son parte de un proyecto serio y de largo alcance y que sirven, de alguna forma, para incrementar por persona el número de capítulos publicados.

Por otra parte, concluyendo con la evaluación en el SNI, en el afán de alcanzar ese número de publicaciones que dé la oportunidad de acceder a tan reconocido grupo y certificación, los científicos y humanistas de México no desarrollan, a pesar de ser de su interés, proyectos de largo alcance y profundidad, como ya se mencionó, porque no podrían publicar el número de trabajos que le permitan ingresar o mantenerse en el SNI. El investigador prefiere de alguna manera fragmentar o repetir sus resultados, pero sabe que tiene suficientes trabajos publicados y, excepcionalmente, plagiar, falsificar o inventar datos.

Otro punto interesante es la inversión de recursos económicos en ciencia y tecnología dedicado a la mejora de los armamentos. Los científicos que trabajan en la investigación militar podrían considerarse con valores éticos poco claros, pues no es posible que ignoren la finalidad de esa investigación, que muchas veces consiste en fortalecer la capacidad de aniquilamiento de los enemigos, en ocasiones con una sofisticación sorprendente, como algunas de las armas químicas o de los llamados mísiles inteligentes. No obstante, conviene aclarar que la investigación de carácter militar ha derivado en avances en las ciencias informáticas, químicas o físicas que benefician a la sociedad. Un ejemplo típico es la internet que nace de un proyecto de esa índole.

Un tercer punto correspondería a la relación que existe entre desarrollar proyectos tecnológicos, el conflicto entre beneficiar a la sociedad y satisfacer el interés, casi siempre económico o político de los grupos de interés que, como ya se mencionó, en ocasiones contaminan el proceso. Un ejemplo son los proyectos gubernamentales para aprovechar la tecnologías de la información y en específico internet es enciclomedia, de la que salieron beneficiadas empresas y gobierno, pero no la sociedad. Atrás de ese proyecto estuvieron académicos serios que no contemplaron con claridad que era un proyecto político, más que educativo, por lo menos los resultados lo demostraron.

Cabe señalar, el afán privatizador de los grandes organismos como la Organización Mundial de Comercio (OMC), que incluye la intención de dejar en manos de particulares los proyectos relacionados con el genoma humano, donde Duchrow y Hinkelammert dicen que esos afanes privatizadores rebasan el espacio local y nacional, y adquieren un alcance global, que por tanto "hay que combatir a nivel global los peligros que provienen de la privatización y la liberalización perseguida por la OMC" (Duchrow y Hinkelammert, 2004: 254).

# Conclusiones

Se puede señalar que la actitud ética en el desarrollo de la ciencia recibe la fuerte presión derivada del modelo globalizador. De tal forma que hay factores que fuerzan al científico en su quehacer, tales como ser competitivo para lograr el financiamiento necesario para continuar con los proyectos, estar adecuadamente inserto en el sistema social, económico, cultural y político, en especial en el económico, lograr el reconocimiento académico después del esfuerzo que significa culminar un programa doctoral, y convertir el proyecto de investigación en algo suficientemente original y que signifique un reto que proporcione resultados publicables.

Sin embargo, estará latente la posibilidad de que se presenten individuos poco escrupulosos que pretendan alcanzar esas metas mediante fraude o prácticas no éticas. Aunque el asunto no es solamente de individuos, pues los gobiernos, incluyendo el de México, destinan gran cantidad de recursos económicos a las actividades de índole militar, en tanto la hambruna y las catástrofes naturales asolan a los que menos tienen.

Los científicos enfrentan la encrucijada de elegir entre los ideales de la ciencia y los principios del modelo globalizador que, en su propia dinámica, realiza acciones poco éticas o ilícitas. Puede haber puntos intermedios, habrá que localizarlos o construirlos, ese es otro desafío para los científicos.

# REFERENCIAS

- Chalmers, Alan F. (1982). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus métodos, Siglo XXI.
- Duchrow, Ulrich; Hinkelammert, Franz (2004). La vida o el capital. Alternativas a la dictadura global de la propiedad, México, Dríada.
- Gálvez, Gerardo; Regules, Sergio (2005). "La letra escarlata. Fraude en la ciencia", ¿Cómo Ves?, Año 7, Núm. 83, octubre, Universidad Nacional Autónoma de México, 10-14.
- Ginés Mora, José (2004). La necesidad del cambio educativo para la sociedad del conocimiento, Revista Iberoamericana de Educación, mayo-agosto, número 035, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. P. 13-37.
- González Maura, Viviana (2006). "La formación de competencias profesionales en la universidad. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva educativa", *Revista de Educación*, Núm. 8, Universidad de Huelva, 175-187.
- Pérez Tamayo, Ruy; Rubén, Lisker; Tapia, Ricardo (Coord.) (2008). *La construcción de la bioética. Textos de bioética*, Vol. I, México, Fondo de Cultura Económica.
- Palomar Verea, Cristina (2011). La cultura de género en la Universidad de Guadalajara, México, ANUIES, 53.
- Sagols, Lizbeth (Coord.) (2009). Horizontes bioéticos de la tecnociencia y la eugenesia, México, UNAM-Fontamara.
- Salomon, Jean-Jacques; Sagasti, Francisco R.; Sachs, Celine (1996). *Una búsqueda incierta. Ciencia, tecnología y desarrollo*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Valenti Nigrini, Giovanna et. al., (2008). Ciencia, tecnología e innovación. Hacia una agenda de política pública, México, FLACSO.

# Bioética en investigación y en Trabajo Social

Tirso Zúñiga Santamaría Adriana Ochoa Morales

#### Resumen

La ética clínica debe enseñarse como parte fundamental en la formación de los estudiantes de pregrado en las diferentes disciplinas de la salud, proporciona al alumno los fundamentos lógicos, epistemológicos, metodológicos, filosóficos y éticos de la atención del proceso salud-enfermedad.

La función de la ética clínica es buscar la mejor solución posible a un problema o conflicto de valor. Dicho de otra manera, la ética clínica no aspira a lo bueno, sino a lo óptimo. De lo anterior se deduce que la función de la ética en la investigación y la práctica clínica es mejorar la calidad de la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre.

Los profesionales de Trabajo Social no pueden quedar fuera de la enseñanza de la bioética y la ética clínica ya que su participación en el área de la salud no solo ayuda a la economía, eficiencia y eficacia de una Institución sino que coadyuva a la solución de los problemas que se presentan en la atención diaria de los pacientes y sus familiares, mismos que, frecuentemente, pueden presentar conflictos de valor que requieren para su solución cierta preparación en el área.

Palabras clave: Bioética, investigación y trabajo social.

#### **Abstract**

Clinical ethics should be taught as a fundamental part in the training of undergraduate students in the different disciplines of health, providing them with logical, epistemological, methodological, philosophical and ethical fundaments of the care in the health-disease process.

The function of clinical ethics is to find the best possible solution to a problem or conflict of value. In other words, clinical ethics does not aspire to the good, but to the optimum. From the above, it can be deduced that the function of ethics in research and clinical practice is to improve the quality of decision-making in situations of uncertainty.

Social Work professionals can not be left out of the teaching of bioethics and clinical ethics since their participation in the health area not only helps the economy, efficiency and effectiveness of an Institution, also contributes to the solution of problems that arise in the daily attention of patients and their families, who, frequently, may present value conflicts that require a certain preparation in the area for their solution.

Keywords: Bioethics, Research, and Social Work.

#### La enseñanza de la ética clínica en las instituciones académicas de salud

La ética no es una disciplina médica, sino filosófica; sin embargo, la ética clínica, debe estudiar con cuidado y profundidad el tema de los juicios morales y su fundamentación; esto es, la articulación entre los juicios y los principios éticos. Por ende, la ética clínica debe enseñarse como parte fundamental en la formación de los estudiantes de pregrado en las diferentes disciplinas de la salud, debe brindar al alumno los fundamentos lógicos, epistemológicos, metodológicos, filosóficos y éticos de la clínica (Gracia, 2008: 175-184).

La ética clínica es una disciplina práctica que brinda un enfoque estructurado para identificar, analizar y resolver las cuestiones éticas que nacen en el campo de la salud. Por lo que, el ejercicio de una buena práctica, tanto en la clínica como en la investigación, requiere de un conocimiento teórico y operativo de temas éticos actuales, tales como el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos clínicos, la calidad de vida, los cuidados paliativos en la fase terminal de la vida, el alivio del dolor, los derechos del paciente, los derechos de los sujetos de investigación, etcétera (Jonsen, 2005: 13-30).

La función de la ética clínica es buscar la mejor solución posible a un problema o conflicto de valor. La ética no se preocupa tanto de lo que es correcto o incorrecto: se ocupa de encontrar la mejor solución a un problema. Dicho de otra manera, la ética clínica no aspira a lo bueno, sino a lo mejor, a lo óptimo. Esto es fundamental cuando se trata de la salud de las personas. De lo anterior se deduce algo que hoy resulta de suma importancia: la función de la ética en la investigación y la práctica clínica diaria es mejorar la calidad de la toma de decisiones en situaciones de gran incertidumbre.

Dado lo anterior, la obligación del profesional de la salud no es indicarle al paciente un tratamiento que no sea malo o incorrecto, sino proponerle el mejor posible. De esta manera, lo que la ética busca es optimizar la solución a los conflictos de valor. Solo de este modo se podrá incrementar la calidad en la toma de decisiones.

En una buena relación profesional de la salud-paciente-familia de vez en cuando existirán discrepancias en cuanto a la toma de decisiones, ya que en estas influyen tanto los valores morales y las preferencias de los profesionales de la salud, como las de los pacientes y en ocasiones las de los familiares, es entonces cuando aparecen los conflictos de valor y los problemas éticos.

Tradicionalmente, dichos conflictos de valores se resolvían a favor del profesional de la salud, pues terminaba por triunfar la opinión de este, al considerarse que actuaba en búsqueda del bienestar del paciente. En la actualidad sucede lo contrario: hoy día uno de los derechos fundamentales de los pacientes es el derecho al consentimiento informado, lo cual significa que cada miembro de la relación profesional, médico-paciente-familia tiene una tarea muy precisa: el profesional de la salud, la de "informar", y el paciente, la de "decidir"; excepto en situaciones muy específicas, como el caso concreto del anciano con demencia, donde se necesita a un familiar o tutor del paciente para tomar decisiones basadas en las preferencias del enfermo; sobre todo, las relacionadas con la vida y la muerte, con el objetivo final de asegurarle el mayor bienestar posible (Zúñiga, 2013: 29-43).

Por lo enunciado, es que la ética clínica permite en los momentos de confusión e incertidumbre entre los profesionales de la salud y los pacientes, pero involucrando a los familiares de este último, trabajar en equipo, de manera constructiva, para identificar, analizar y resolver muchos de los problemas éticos que se presentan en la práctica clínica diaria y la investigación.

Actualmente, la drástica transformación que han sufrido los sistemas de salud a lo largo de las últimas décadas y el gran avance biotecnológico de la ciencia exigen un cambio profundo en la manera de concebir la responsabilidad ética del personal de la salud. Ahora la investigación se ha convertido en una gran empresa y el investigador o el profesional de la salud ha dejado de ser el único protagonista, para dar paso a la ética empresarial; concretamente, a las doctrinas de la "calidad total" y de la "excelencia" (Gracia, 2008: 175-184).

Para Cortina (2003: 1-12), [...] la ética de las empresas responde al objetivo de mejorar el capitalismo desde dentro, esto es, transformando las empresas desde dentro hacia lo mejor; en ese sentido, se está trabajando hoy en que las empresas asuman la responsabilidad social por las consecuencias de sus actos".

Es por esto, que debemos acudir a lo que Max Weber ha llamado una ética de la responsabilidad por las consecuencias, que quiere decir que "en las decisiones que se toman hay que valorar también qué consecuencias tienen, asumiendo la responsabilidad".

En el artículo "Bioethics as a discipline", publicado en 1973, Daniel Callahan prevé la aparición de una disciplina que llama bioética, y reflexiona sobre lo que podría ser el papel del especialista en ética en el mundo de la salud y la biología. Afirma que los filósofos deben conocer ese mundo y adaptar sus estándares de rigor intelectual a la naturaleza de los problemas que surgen en ella, con el fin de ayudar a los profesionales de la salud y a los biólogos en la toma de decisiones concretas, pues la bioética debe definir los problemas éticos, las estrategias metodológicas y los procedimientos para la toma de decisiones que son sensibles a ciertos casos; sobre todo, por su complejidad.

La bioética se ha interesado mucho en la aplicación de los medios y en los dilemas éticos respecto al uso correcto de estos. Sin embargo, ha prestado poca atención al tema de los fines tanto de la medicina como de los profesionales de la salud. La bioética se ha ocupado más por resolver dilemas éticos que de la formación del carácter y de la búsqueda de la excelencia en el profesional de la salud (Gracia, 1998: 45-57).

Debido a la necesidad de resolver los dilemas éticos que se presentan en la salud y la formación de recursos humanos, en 1994 se creó en América Latina la Unidad de bioética, con sede en Santiago de Chile, fue establecida mediante un convenio entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile. Es un organismo técnico integrado a la OPS/OMS (Lolas, 2000: 13-18).

La Unidad de bioética, por un lado, ha sentado las bases para el surgir de un movimiento bioético de gran magnitud en América Latina, con la creación de programas formativos de posgrado en bioética; por otro, la difusión en los medios de comunicación, por mensajes escritos o electrónicos, ha estado a cargo de la revista *Acta Bioethica* y el boletín *Bioética Informa*, para cubrir la necesidad de la enseñanza posgraduada en América Latina.

Actualmente la bioética clínica se ocupa de conflictos éticos relacionados con el rechazo al tratamiento, las decisiones relacionadas con el inicio y el final de la vida, la aplicación racional de la biotecnología y el uso de procedimientos con gran potencial invasivo; también analiza los dilemas originados cuando los procedimientos asistenciales no están disponibles para todos y debe decidirse a quién se beneficiará de ellos, por ejemplo, el caso concreto del problema de los trasplante de órganos.

He aquí, según lo descrito, la necesidad de que todos los profesionales de la salud cuenten con formación básica en bioética, pues en la actualidad el gran avance biotecnológico hará que enfrenten en su práctica clínica diaria el tomar decisiones en situaciones de incertidumbre, situación que se extiende al área de investigación, dicha formación les permitirá ir en búsqueda de la excelencia en su quehacer diario y del mayor bienestar de los pacientes y/o los sujetos de investigación (Zúñiga, 2014: 21-27).

## El problema de la ética en la investigación y la intervención de Trabajo Social

La ética en investigación ha desarrollado metodologías de revisión y normas de regulación de los protocolos de investigación para proteger a los seres humanos y mantener bajo control la investigación en animales. Estas medidas normativas son conocidas también, a raíz de todos los debates internacionales en torno a ellas, debido a temas como la clonación, la investigación en células madre embrionarias, la eutanasia y el suicidio asistido, entre otros.

Lo anterior da origen a los Comités de Ética en Investigación (CEI), los cuales representan una parte indispensable del quehacer de la bioética institucional. Un CEI está formado por un grupo multidisciplinario e independiente del órgano de gobierno de una institución de salud que realiza investigación tanto en animales como en seres humanos. El comité debe incluir entre sus miembros a investigadores de diferentes campos del conocimiento científico, tanto de la propia institución, como, investigadores externos a ella, y miembros de la comunidad.

El objetivo fundamental de los CEI es contribuir a salvaguardar los derechos humanos y la dignidad de los sujetos de investigación (seres humanos y animales de experimentación), para asegurar el bienestar y los buenos tratos a los participantes de las investigaciones. Esto implica conocer y evaluar los probables beneficios y riesgos de la investigación para el sujeto participante (Zúñiga, 2014: 21-27).

Estos inconvenientes o beneficios deben incluirse, de forma clara y concreta, en el protocolo de investigación, y, además, integrar otros aspectos éticos, tales como el financiamiento de la investigación y la relación del investigador principal con la industria farmacéutica, entre otros.

En la actualidad se dispone de normas y directivas para que los derechos humanos sean respetados (UNAIDS, 2000; COIMS, 2002; Nuffield, 2002). Lo más importante a este respecto es la aplicación real y universal de las normas ya existentes. No hay duda sobre la necesidad de realizar investigación en seres humanos con el objetivo principal de obtener mayor conocimiento, sobre todo, para el desarrollo de medicamentos y vacunas eficaces; tampoco se duda de que estas investigaciones deban ser científica y éticamente adecuadas. De ahí, la importancia de los CEI, ya que su funcionamiento debe asegurar el respeto a la autonomía del sujeto de investigación, así como verificar que el proyecto cumpla de manera rigurosa con los principios de equidad y justicia.

En la actualidad, América Latina es una región que a nivel mundial se caracteriza porque grandes sectores de la población viven en situación de pobreza, lo cual depende directamente de la injusticia distributiva que se da en la mayoría de los países que componen esta región; y México no es la excepción. Uno de los grandes problemas que genera dicha injusticia distributiva es la falta de programas sociales que cubran el acceso total a las instituciones de salud. Aquellas personas que cuentan con seguridad social, frecuentemente reciben atención médica deficiente, debido, por un lado, a la escases de recursos (humanos y de infraestructura) con los que cuenta y por otro al gran número de personas a las que le tienen que proporcionar servicio. Por lo antes dicho, para poder discutir sobre ética en investigación se deben incluir los problemas de pobreza e injusticia distributiva en el campo de la salud, en la que desafortunadamente un gran número de personas se encuentran.

Otro aspecto a considerar en nuestro país es la gran diversidad cultural que existe; motivo por el cual es indispensable identificar las costumbres y tradiciones que tiene la población con la que se va a intervenir o que sea considerada como objeto de investigación, no se debe olvidar que el respeto a las mismas es fundamental para poder establecer una buena relación con la comunidad, lo cual permitirá que el proceso de investigación se lleve a cabo de manera cordial y sin tratar de alterar los usos y costumbres de la comunidad, independientemente de que estemos de acuerdo o no con su práctica. Algunos de los aspectos más importantes a considerar son: la religión, ideas políticas o costumbres morales que la comunidad práctica, en décadas anteriores era frecuente que "todos" los habitantes de una zona practicaran la misma religión, apoyaran al mismo grupo político o tuvieran los mismo códigos de conducta, actualmente esa situación ha ido cambiando por lo que cada vez es más frecuente que en una misma comunidad haya diversidad de religiones así como posturas políticas y morales, lo que se ve reflejado en gran pluralidad de opiniones (Gracia, 2001), el papel del trabajador social y del investigador en esta situación es no tomar partido por ningún grupo y ante todo, mostrar respeto por todos los integrantes de la comunidad con el objetivo final de que se vean beneficiados con los resultados obtenidos de la investigación e intervención de trabajo social.

Desde el inicio de la profesión, el trabajador social ha sido una persona que por excelencia ha fungido como intermediario entre las instituciones y la población para poder implementar programas sociales que de una u otra manera lleven beneficio a la comunidad.

Actualmente, la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS, 2018), define a la profesión como:

[...] Es una disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social. El objeto de estudio y de intervención profesional lo constituyen las personas como sujetos sociales y su relación con las necesidades, demandas y satisfactores sociales. [y tiene como objetivo general] Formar en las y los alumnos una visión integral proporcionándole los conocimientos teóricos y metodológicos que le permitan analizar las necesidades sociales e intervenir en ellas a través de la práctica de Trabajo Social, para contribuir al desarrollo de los sujetos y de sus procesos de intervención en la realidad social. (http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html Febrero 9, 2018)

Un campo laboral preferido por los egresados de trabajo social, es el área de la salud, y de esta, las instituciones gubernamentales en sus tres niveles de atención. Una de sus principales funciones es la elaboración del estudio social, en el cual se basan poder asignar el nivel económico con el cual tendrán que cubrir su atención en la Institución correspondiente, esta actividad dio pauta para elaborar y desarrollar investigaciones sociales, ya que del estudio socioeconómico se desprende información de sectores sociales con una problemática específica que requiere de atención especializada, además de participar como enlace con otras instituciones para poder realizar transferencias o contra transferencia de pacientes, poco a poco estas actividades se han ido enriqueciendo y modificando. Actualmente en las instituciones de salud el trabajador social juega un rol fundamental para poder comprender el proceso salud-enfermedad, ya que por su experiencia en intervención social puede obtener datos que al unirlos a los de los otros profesionales de salud pueden contribuir positivamente para restablecer el equilibrio perdido, y si no se puede, favorece la mejor adaptación de la pérdida de salud tanto en el paciente como en sus familiares; este logro tiene mención especial ya que antaño era el médico el que ostentaba el monopolio de la información y las decisiones que se tomaban en torno a un paciente. Hoy en día, las medidas de intervención se dictan después de que un grupo multidisciplinario haya deliberado sobre las mejores opciones de intervención para un paciente, sobre todo al egreso de la institución hospitalaria.

Debido a lo antes dicho se ha desarrollado un área específica de intervención en dicho campo; Galeana en 2004 define el Trabajo Social en el área de la salud como:

Área de intervención del Trabajo Social que aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva interdisciplinaria e integral [...] objetivado en necesidades y problemas sociales [...] por lo que su accionar se orienta a la investigación socio-médica, lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad, [...] así como en acciones de educación, organización, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La participación del trabajador social en el área de la salud no es solo una labor que ayuda a la economía, eficiencia y eficacia de una Institución ya que su participación coadyuva a la solución de los problemas que se presentan en la atención diaria de los pacientes y sus familiares. No se debe dejar de lado que la relación entre el trabajador social y la población que atiende o en la que interviene, debe estar basada en los principios de reciprocidad, responsabilidad, justicia e imparcialidad, a su vez, esta relación debe hacer contribuciones vitales al cuidado de la salud de los individuos que lo requieran.

Con el paso del tiempo una de las actividades en la que se ha visto inmerso el trabajador social, aparte de las múltiples funciones que realizan en el área médica, es la de: desarrollar investigaciones sociales.

El objetivo de las investigaciones sociales es orientar la práctica de acuerdo a las necesidades de las personas o grupos con los que el trabajador social interviene, en el caso del proceso salud-enfermedad, las personas atendidas enfrentan situaciones que afectan su vida personal, familiar y social de manera directa dependiendo del padecimiento y del tiempo de duración del mismo. Esta afectación puede ser temporal o prolongarse por tiempo indefinido, incluso puede terminar hasta el fallecimiento del paciente, dependiendo del pronóstico y etapa del padecimiento del cual se trate. Cuando una persona enfrenta una enfermedad crónica, degenerativa y sin posibilidad de recuperación, todo su entorno sufre modificaciones a las que generalmente, con el tiempo, los miembros de la familia se irán adaptando. Al no tener experiencia previa con situaciones similares, la adaptación suele costar más trabajo, aunque todo depende de la solidez en las relaciones familiares y sociales con las que se cuente. Para poder enfrentar de la mejor manera posible dichas situaciones, la participación del trabajador social es de suma importancia, ya que por su experiencia en intervención de casos similares puede orientar a los afectados para enfrentar de la mejor manera posible la situación.

Otra participación fundamental que lleva a cabo el trabajador social en el área de la salud es la investigación, su participación tiene dos ejes fundamentales:

- 1) Como colaborador.
- 2) Como responsable de la investigación.

### Colaborador:

Debido a la experiencia que el trabajador social tiene en la interacción con pacientes y familiares, es frecuente que sea invitado a participar en proyectos de investigación para que colabore en la captación de pacientes. Su participación es de suma importancia y no por ser colaborador tiene menor valor. Es necesario e indispensable que el profesional de trabajo social conozca perfectamente el protocolo de investigación, incluyendo los riesgos y beneficios que la participación de una persona implican, ya que una tarea fundamental es la obtención del consentimiento informado que a pesar de ser el primer proceso para ingresar a un proyecto es uno de los más importantes, es el momento en el cual se tienen que resolver todas las dudas que surjan en el sujeto de investigación y el profesional que lo obtenga tiene obligación de responder a cada una de ellas verazmente con la finalidad de que la persona que ingrese lo haga con la seguridad de que sus derechos e integridad estarán protegidos en todo momento. Algo que no se puede dejar de lado es que, independientemente del rol asignado en la investigación, es indispensable seguir los lineamientos éticos establecidos para dicho fin. El consentimiento informado debe cumplir al menos con 5 requisitos indispensables para su elaboración y obtención (Beauchamp y Childress, 1999:137-138)

- 1) Voluntario: Es un proceso libre, no coaccionado ni manipulado.
- 2) Información suficiente: Hay que explicar al sujeto de investigación la naturaleza y objetivos del procedimiento y las opciones que existen, con sus respectivos beneficios y riesgos.
- 3) Información comprensible. La información debe estar adaptada a las características socioculturales de los participantes.
- 4) Capacidad: Se debe evaluar la capacidad que el sujeto de investigación tiene para comprender la información, analizarla y comunicar su decisión. La manera más fácil de llevar a cabo esta función es cuestionando lo escrito en la carta de consentimiento informado.
- 5) Deliberación. Después de que haya leído, comprendido la información y las dudas hayan sido resueltas, se debe dar tiempo para que el sujeto de investigación acepte o rechace su participación en el proyecto de investigación.

El principio ético que prevalece cuando solicitamos la participación de una persona en un proyecto de investigación es el de autonomía, entendiéndola como el derecho que tiene una persona a tomar sus decisiones.

# Como responsable de la investigación:

Como responsable, depende por completo del profesional de trabajo social la elaboración del protocolo, el sometimiento a los comités de investigación y de ética, y en caso de que haya observaciones, realizarlas y volver a someterlo. Después de que el proyecto sea aceptado, se procede a su realización. En caso de que haya otros colaboradores, es indispensable su capacitación, para que cada uno lleve a cabo su función de la mejor manera posible, dicha preparación incluye el conocimiento del protocolo, para que si en algún momento llegan a ser cuestionados sobre el protocolo o su participación tengan capacidad para responder sin problema. Cabe mencionar que es obligación del responsable de la investigación la capacitación de los investigadores que participarán en el desarrollo del estudio, independientemente de la fase del estudio en la que serán incluidos. Es importante no olvidar el papel de los alumnos en los proyectos de investigación, su participación es fundamental en la obtención y análisis de resultados. Para que el trabajo sea conducido dentro de un marco ético adecuado, es indispensable la capacitación y supervisión por parte del tutor, con el objetivo de que la investigación sea llevada a cabo con honestidad e integridad desde la propuesta del proyecto hasta la obtención y publicación de resultados, sin olvidar dar el crédito correspondiente a cada participante y a los hallazgos previos (Ostrosky, 2014). Es obligación del tutor asesorar y verificar que la participación del estudiante se lleve a cabo dentro del marco ético establecido para dicho fin. La inserción de estudiantes en proyectos de investigación, generalmente se da por la necesidad del estudiante de obtener algún grado, suele suceder que por la urgencia de terminar en el tiempo establecido, alteren o falsifiquen los datos obtenidos en la investigación, esto solo se puede evitar mediante la supervisión directa del estudiante, poniendo énfasis en la importancia que tiene un actuar profesional ético.

Para que los trabajadores sociales lleven a cabo adecuadamente su función es indispensable actuar con profesionalismo. No se debe olvidad que a pesar de que en las investigaciones sociales no se "administran" fármacos ni se realizan intervenciones invasivas a ninguna persona, sí obtenemos información que puede ser muy valiosa para la persona que nos la está compartiendo, motivo por el cual un principio que debe regir en el proceso de investigación es la confidencialidad de los datos obtenidos. Otros valores que juegan un papel principal en la investigación social son el respeto, la responsabilidad, la confidencialidad y la prudencia, es fundamental saber que estos no surgen solos, tienen que ser desarrollados con el objetivo final de que los pacientes y sus familiares no sean dañados bajo ninguna circunstancia. El principio ético que prevalece en este punto es el de no maleficencia, entendiéndolo como no hacer daño intencionalmente.

Aunado a lo anterior, es importante establecer y cumplir cuál será el beneficio de la participación de determinada persona o grupo en un proyecto de investigación. Es frecuente que el beneficio no sea directo o inmediato, esa información debe estar contenida en la carta de consentimiento informado, y deberá incluir los beneficios que a futuro se obtendrán y quiénes serán los beneficiados. Para poder obtener la confianza de los sujetos de investigación es de suma importancia cumplir con los compromisos establecidos en la carta de consentimiento informado, si esto no se lleva a cabo será difícil volver a contar con su participación en estudios futuros.

No se debe olvidar que la investigación social no es un proceso rígido de etapas y pasos metodológicos, sino que son aproximaciones sucesivas a la realidad, en cuyo proceso tanto el trabajador social como el grupo (pacientes y/o familiares) pueden ir logrando niveles cada vez más profundos de comprensión de su realidad, se van capacitando para transformarla y van efectuando acciones tendiente a la solución de su problemática y cuando esta no se puede resolver se crean los mecanismos necesarios para su adaptación. Uno de los mecanismos más importantes para su adaptación es la información, mientras mayor conocimiento tenga de su realidad, la adaptación tomará menos tiempo. Un problema al que nos enfrentamos con frecuencia en el área de la salud es la negación, debido a que en muchas ocasiones no hay probabilidad de curación y se puede convertir en un padecimiento crónico-degenerativo e incluso llevar a la muerte al paciente en un periodo corto de tiempo.

Para poder llevar a cabo de la mejor manera el desarrollo de los protocolos, es necesario que los egresados de Trabajo Social cuenten con conocimientos básicos de bioética. La Asociación Internacional de Bioética, define a esta disciplina como: "El estudio de los temas éticos, sociales, legales, filosóficos y otros relacionados, que surgen en el cuidado de la salud y en las ciencias biológicas"; como se puede observar en la definición están incluidos los temas sociales, de ahí la importancia de que los trabajadores sociales se preparen en el área para que den solución a los conflictos de valor que pueden surgir durante el desarrollo de la investigación.

El ideal sería que la materia de bioética se incluyera como materia obligatoria en la licenciatura de trabajo social con el objetivo de:

- 1. Enseñar al estudiante a identificar los dilemas éticos.
- 2. Demostrar que la ética no es algo personal y subjetivo, sino que está sujeta a la realidad social en la que se vive.
- 3. Capacitar al estudiante a hacer, defender, criticar y reflexionar sobre juicios éticos.

Debido a que la bioética es un área reciente de estudio, algunos se preguntarán por qué enseñarles bioética a los trabajadores sociales, a continuación, algunas respuestas que justificarían su enseñanza.

- Para crear un vínculo entre el mundo científico y el ético.
- Porque en el quehacer diario y en la investigación social se está en contacto directo con personas que enfrentan problemas de valores en los que se debe intervenir profesionalmente.
- Porque en la práctica profesional nos enfrentamos a dilemas éticos, para cuya solución se requiere contar con conocimientos básicos de bioética para tratar de encontrar soluciones viables.
- Porque debe adquirir la capacidad de vislumbrar cuál es la acción correcta e incorrecta en su diario actuar.

Lo antes dicho se puede lograr mediante la asistencia a seminarios en los que se incluya, aparte de la parte teórica, la presentación de casos con conflicto de valores en los que se puedan discutir los pros y contras de determinado actuar, esto contribuirá a desarrollar en los estudiantes una mente abierta, aprendiendo, sobre todo, que no todo aquel con quien se está en desacuerdo carece de razón. Las capacidades en el área de la bioética que deberán tener los estudiantes de trabajo social son:

- Identificar los aspectos éticos de la relación clínica.
- Realizar un proceso de consentimiento (o rechazo) válido con el sujeto de investigación.
- Saber cómo proceder ante un rechazo de participación.
- Saber cómo proceder ante un sujeto incompetente para autorizar su participación en determinado protocolo de investigación.
- Manejar los aspectos éticos de la atención de la enfermedad.
- Manejar de forma adecuada y confidencial los datos inscritos en el expediente clínico y/o de investigación.

# Conclusiones

La formación en bioética, finalmente, le permitirá al profesional de trabajo social promover mayor conocimiento y entendimiento de su pensamiento moral y ético, así como el de sus colegas, lo cual le brindará mayor capacidad de comunicación con el personal de salud y con los pacientes y familiares que atiende.

Para que el trabajador social lleve a cabo sus funciones dentro de un marco ético, se han elaborado códigos de ética, que tienen como objetivo sensibilizar al profesionista para que su ejercicio profesional se desenvuelva en un ámbito de honestidad y legitimidad, siempre en beneficio de la sociedad. Un código ético es necesario ya que frecuentemente se enfrentan a situaciones con conflicto de interés debido a que comúnmente cumplen funciones de ayuda y control al mismo tiempo; así como conflictos entre el deber de los trabajadores sociales de proteger los intereses de las personas con quienes trabajan y las demandas de la sociedad de eficiencia y utilidad.

En el área de la salud, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCIN-SHAE) publicó en el 2013 la actualización del código de ética para trabajadores sociales. Tiene como objetivo hacer explícitas las normas y valores que dieron origen al Trabajo Social como profesión humanista y de servicio en el que se incluyen los valores que los TS deben tener, y si no los tienen, deberán desarrollar para brindar una buena atención al usuario:

- Compromiso
- Integridad
- Responsabilidad
- Honestidad
- Equidad
- Solidaridad
- Respeto
- Calidad
- Liderazgo
- Transparencia
- Confidencialidad
- Sustentabilidad

Con los valores antes mencionados el trabajador social deberá:

- Impulsar el bienestar de individuos, grupos y comunidades, considerando sus circunstancias y potencialidades.
- Trabajar en estrecha colaboración con los usuarios para lograr el beneficio de los mismos, guardando respeto a los intereses de las personas involucradas.
- Servir a la comunidad con desinterés y para su beneficio.
- Ser ejemplo de probidad profesional ante los pacientes, mediante el acatamiento a una vida sana, libre de adicciones.

# REFERENCIAS

Beauchamp, T.; Childress, J. (1999). Principios de ética médica. Ed. Masson. España

Callahan, D. (1997). "Bioethics as a discipline". Abridged from Hastings Center Studies, Vol.1, 1973, 66-73, en Jecker, N. S. *et al. Bioethics. An Introduction to the History, Methods, and Practice.* Ed. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts, 87-92, http://www.aidsdatahub.org-palliative-care-unaids-2000.

CCINSHAE (2013). Código de ética para trabajadores sociales.

Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: COIMS, 2002.

Cortina, A. (2003). Ética de las instituciones de salud. Universidad del Desarrollo / Centro de biótica, 8 de mayo de 2003,1-12. Galena de la O, S. (2004). "Campos de acción de Trabajo Social", en Sánchez, M., *Manual de Trabajo Social*, México, UNAM/ENTS.

Galeana de la O, S. (2004). "Campos de acción de Trabajo Social".

Gracia, D. (2008). Fundamentos de la bioética. Edit. Triacastela, Madrid, España, 175-184.

Gracia, D. (1998). Fundamentación y enseñanza de la bioética. Hacia un enfoque socrático de la enseñanza de la Bioética. Ed. El Búho, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 45-57.

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23.

Jonsen, A. (2005). Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Ed. Ariel. Barcelona, España, 13-30.

Lolas, F. (2000). Hacia una Bioética para América Latina y el Caribe en Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. OPS/OMS, 13-18.

Nuffield Council on Bioethics (2002). The Ethics of Research Related to Research in Developing Countries, London.

ONU. (2000). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS). Ginebra, Suiza

Ostrosky, P. (2014). "Ética en la investigación". Gaceta Biomédica, 10-11.

http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html. Febrero 9, 2018)

Zúñiga, T. (2014). "Ética y bioética en las instituciones de salud", en Malagón-Londoño, Pontón Laverde, Reynales Londoño, *Auditoría en salud*. Ed. Médica Panamericana, Colombia, 21-27.

Zúñiga, T. (2013). "Bioética y calidad de vida en ancianos con demencia". Ed. Médica Panamericana. México, 29-43.

http://www.aidsdatahub.org/aids-palliative-care-unaids-2000

# SEMBLANZAS CURRICULARES

#### Lucinda Aguirre Cruz

Doctora en Ciencias con especialidad de Inmunoparasitología de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional. Directora de Investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". dirinvest@innn.edu.mx

#### Anabella Barragán Solís

Doctora en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesora investigadora Titular C de Tiempo Completo en la Escuela Nacional de Antropología e Historia. anabsolis@hotmail.com

#### GUILLERMO CAMPOS Y COVARRUBIAS

Licenciado en Antropología Social. Maestro en Sociología. Doctor en Administración Pública. Profesor de Carrera de Tiempo Completo de la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM); y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (CONACyT) ccg102013@gmail.com

## Elia Lázaro Jiménez

Maestra en Enseñanza Superior. Master y Especialista Europeo en Discapacidad. Profesor de carrera, Asociado "C" de Tiempo completo de la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM), actualmente, Coordinadora del Centro de Estudios e Investigación Social en Discapacidad y Salud de la ENTS.

#### Norma Cruz Maldonado

Licenciada en Trabajo Social. Maestra en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Técnica Académica Titular "B" de Tiempo Completo, adscrita al Centro de Estudios e Investigación Social en Discapacidad y Salud de la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM).

normacm\_ts@yahoo.com.mx

#### ÓSCAR FRANCISCO ESPINOSA HERNÁNDEZ

Licenciado en Economía. Especialista en Economía Urbana y Regional por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor de Mecanismos de Comercio Internacional en la Universidad del Distrito Federal.

## Blanca Lilia Gaspar del Ángel

Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Trabajo Social en el Sector Salud. Maestra en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento por el Instituto Nacional de Salud Pública. Docente de la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM).

blankaxiu@hotmail.com

#### CAROLINA MARTÍNEZ SALGADO

Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población por el Colegio de México. Profesora e investigadora Titular C de Tiempo Completo del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-Xochimilco.

cmartine@correo.xoc.uam.mx

## MIRIAM MERCEDES MATAMOROS MÁRQUEZ

Licenciada en Economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México. Maestrante en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. mmmatamorosm@yahoo.com.mx

## Adriana Ochoa Morales

Licenciada en Trabajo Social. Maestra en Ciencias de la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora del Departamento de Neurogenética del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". ochoa2205@yahoo.com.mx

#### Alfredo Paulo Maya

Licenciado en Antropología Social. Maestro en Antropología Médica por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Doctor en Antropología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor de Carrera del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina (UNAM). alfpaulo@hotmail.com

#### RITA MIRIAM MONTIEL ESPINOSA

Licenciada en Trabajo Social. Maestra en Administración de Hospitales por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas. Profesora de Práctica de Especialización en la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM) y Supervisora de Trabajo Social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". ritamme@hotmail.com

#### Lydia Elena Pérez Márquez

Licenciada en Trabajo Social (UNAM). Trabajadora social adscrita al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas".

leolepm@hotmail.com

#### EDGAR ALBERTO QUINTANA-CARRILLO

Licenciado en Economía. Maestro en Ingeniería Administrativa por el Instituto de Estudios Universitarios. Profesor Investigador Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Campeche. eaquinta@uacam.mx

#### ROGER HUMBERTO QUINTANA-CARRILLO

Licenciado en Economía. Especialista en Estadística Aplicada por el Instituto de Investigación en Matemáticas y Sistemas. Maestro en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Campeche. rhquinta@uacam.mx

#### FELIPE RAMÍREZ PEÑA

Licenciado en Historia. Maestro en Administración y Docencia por la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctor en Ciencias de la Educación por el Colegio de Estudios de Posgrado de la Ciudad de México. Profesor de la Licenciatura en Pedagogía en la Facultad de Filosofía y Letras y del Posgrado en Derecho de la Facultad de Derecho (UNAM). feliperamirez\_5788@hotmail.com

## María de los Ángeles Rodríguez Casillas

Licenciada en Trabajo Social. Maestra en Trabajo Social por la Universidad de Toronto, Canadá. Técnica Académica Titular "B" de Tiempo Completo. Responsable del Laboratorio de Investigación Sociomédica como parte del Convenio del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" y la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM). angel\_de\_roca@yahoo.com.mx

#### Daniel San Juan Orta

Médico cirujano. Especialista en Neurofisiología Clínica y Neurología de Adultos por la Universidad Nacional Autónoma de México. Epileptólogo clínico por Harvard Medical School. Jefe del Departamento de Investigación Clínica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". pegaso31@yahoo.com

#### Aída Valero Chávez

Licenciada en Trabajo Social. Maestra en Enseñanza Superior por la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctora en Educación Superior por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Profesora de Carrera Titular "C" de Tiempo Completo Definitiva, en la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM). aida\_valero@yahoo.com.mx

# Tirso Zúñiga Santamaría

Médico geriatra. Doctor en Bioética por la Universidad Nacional Autónoma de México. Colaborador del Grupo Internacional en Demencias 10/66, y médico adscrito al Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". tirzozzu@hotmail.com

# Dimensiones Sociales de la Salud

Se terminó en diciembre de 2018, en los talleres de Navegantes de la Comunicación Gráfica S.A. de C.V., en Pascual Ortíz Rubio No. 40, Col. San Simón Ticumac, Del. Benito Juárez, C.P. 03660. México, CDMX.

En su composición se utilizó tipografía Garamond Premier Pro 22, 18 y 13 pts. **DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD** muestra las reflexiones multidisciplinares y experiencias de investigación e intervención en torno a la salud, como un sistema complejo donde convergen diversas dimensiones sociales, de ahí que también sean múltiples los desafíos que se deben enfrentar en la atención integral de la salud de una población, así como los recursos disponibles para ello.

La obra presenta las bases conceptuales, paradigmas y modelos involucrados en el análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS). Reflexiona respecto de la dirección que debe orientar la intervención social en las enfermedades crónico-degenerativas. Expone los resultados de las consecuencias de un evento vascular cerebral atribuible al tabaquismo y los costos de atención médica que esto genera; y las repercusiones derivadas de la enfermedad de Huntington. Analiza el contexto sociocultural en el proceso salud-enfermedad-atención y la comunicación médico-paciente como uno de los elementos esenciales en el proceso de salud-enfermedad-atención. Finalmente, despliega las consideraciones bioéticas en investigación e intervención como un elemento nodal en el campo de salud.

Esperamos que su lectura contribuya a resaltar la importancia de analizar los determinantes sociales de la salud (DSS) desde el impacto que ha tenido el cambio demográfico y epidemiológico, donde se ha transitado de la atención a las enfermedades transmisibles a los padecimientos crónico degenerativos que implican una gran carga económica, social y emocional.