



Biotecnia

E-ISSN: 1665-1456

biotecnia@ciencias.uson.mx

Universidad de Sonora

México

Escobar-Castellanos, Blanca; Cid-Henríquez, Patricia
EQUIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y ENFERMERÍA
Biotecnia, vol. 18, 2016, pp. 44-50
Universidad de Sonora

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672971114008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EQUIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y ENFERMERÍA

EQUITY IN HEALTH CARE AND NURSING

Blanca Escobar-Castellanos^{1*}, Patricia Cid-Henríquez²

¹ Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora. Rosales y Luis Encinas, Col. Centro. C.P. 83000. Hermosillo, Sonora, México.

² Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción. Roosevelt esq. Janequeo S/N. Concepción, Chile.

RESUMEN

La equidad en salud pretende abatir las diferencias prevenibles e injustas en el sistema de salud, convirtiéndose en un tema de prioridad en todos los países. La salud ha sido analizada desde la perspectiva de las organizaciones o gobiernos para intentar resolver las inequidades para la población ocasionadas por la insuficiencia de recursos, infraestructura o capacidad instalada de las organizaciones de salud. Forma parte del capital humano, es un derecho de todos los individuos el disfrutar la mejor asistencia sanitaria posible. Debido a esto se convierte en un tema prioritario de las políticas en salud. El objetivo de este trabajo fue analizar la equidad en salud y su relevancia como un problema que genera desigualdades en sectores más vulnerables de la población, destacando el papel de enfermería ante este problema político-social donde desarrolla su práctica profesional. Enfermería tiene una función prioritaria al promover prácticas de vida saludable y prevenir las enfermedades en los diversos niveles de atención, tiene una participación activa al gestionar políticas o programas que permitan favorecer la equidad en los cuidados que brinda a la población, siempre actuando con justicia y principios éticos.

Palabras claves: Equidad, Inequidad, Salud, Enfermería.

ABSTRACT

Health equity pretends to abate preventable and unjust differences in health system, and has become a priority issue in all countries. Health has been analyzed from the organizations and governments perspective to try to resolve inequities for the population caused by insufficient resources, infrastructure and installed capacity of health organizations. It is part of human capital, a right of all individuals to enjoy the best possible health care. Because of this it becomes a priority issue in health policies. The aim of this paper is to analyze health equity and its relevance as a problem that generates inequalities in vulnerable sectors of the population and highlight the role of nursing in this political-social problem where develops the professional practice. Nursing has a primary role in promoting healthy living practices and prevent disease at the various levels of care; it is actively involved in managing policies and programs that will promote equity in the care provided to the population, always acting with fairness and ethical principles.

Keywords: Equity, Inequality, Health, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La equidad en salud pretende abatir las diferencias prevenibles e injustas en el sistema de salud (Espinoza y Cabieses, 2014), se ha convertido en un tema de prioridad en todos los países. Sin embargo, las estrategias planteadas se ven afectadas de forma considerable por el sistema económico, político y social a nivel mundial. La salud de la población a nivel mundial está seriamente afectada por la transición epidemiológica que actualmente prevalece, existiendo un alto índice de enfermedades no transmisibles generadas por estilos de vida poco saludables, generando enfermedades crónicas e incrementado los índices de morbi-mortalidad; por otro lado, las enfermedades transmisibles son más frecuentes en algunas regiones del mundo, las cuales elevan el gasto sanitario en salud, debido a que son enfermedades que demandan servicios de atención y terapéuticas continuas a largo plazo (Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010). El tema de salud ha sido analizado desde la perspectiva de las organizaciones o gobiernos para intentar resolver las inequidades en salud para la población ocasionadas por la insuficiencia de recursos, infraestructura o capacidad instalada de las organizaciones de salud. La elaboración de propuestas internacionales, regionales o locales pretende abatir las desigualdades de la población al intentar resolver problemas relacionados a la seguridad, mejorar la calidad de vida, educación, empleo y otros aspectos. La salud sirve como indicador del crecimiento económico y social de cada país (Urriola, 2011). La salud forma parte del capital humano, es un derecho de todos los individuos, sin distinciones sociales o económicas, por lo tanto, todos los individuos deben de disfrutar la mejor asistencia sanitaria posible, debido a este atributo la salud se convierte en un tema prioritario de las políticas en salud.

La equidad es un término que hace referencia a la igualdad de oportunidades para toda la población, sin distinción de ningún tipo, es recibir salud de calidad, para satisfacer sus necesidades, si esto no se logra debido a factores sociales o evitables se le denomina inequidad en salud (Whitehead y Dahlgren, 2006). Se han propuestos principios para abatir las desigualdades sociales para mejorar la salud de la población entre los que se encuentran: las políticas deben esforzarse por subir de nivel, abatir las desigualdades sociales, promover mejoras a la salud de la población y evitar las inequidades, luchar contra los determinantes sociales de las desigualdades, controlar las acciones que ocasionen da-

*Autor para correspondencia: Blanca Escobar-Castellanos
Correo electrónico: escobarcblanca@enfermeria.uson.mx

Recibido: 01 de diciembre de 2015

Aceptado: 18 de febrero de 2016

ños, medir la magnitud de las desigualdades y el progreso de los logros, darle voz a la población que no la tiene, considerar las cuestiones de género, considerar las desigualdades de los grupos étnicos por área geográfica y sobre todo promover los principios de equidad (Whitehead, 1991).

El recurso humano en salud, principalmente de enfermería tiene una función prioritaria al promover prácticas de vida saludable y prevenir las enfermedades en los diversos niveles de atención, aplica los principios de derechos humanos y de equidad como parte integrante de la ética de enfermería, tiene una participación activa al gestionar políticas o programas que permitan favorecer la equidad en los cuidados que brinda a la población, siempre actuando con justicia y principios éticos (Consejo Internacional de Enfermería, 2011). Enfermería brinda cuidado en un mundo globalizado, en un contexto cambiante de amenazas y oportunidades. La principal función es de enlace con la población que atiende al proporcionar promoción y prevención a través de acciones específicas a todos los niveles del sistema de salud (Malvárez, 2007). Al realizar una práctica con equidad, enfermería incorpora fundamentos teóricos de la equidad en salud, principios de ética y enfoque de género desde su formación y ejercicio profesional, que le permite desarrollar estrategias de acción acorde con el contexto actual donde se desarrolla (Vílchez y Mendoza, 2012). La finalidad de este trabajo es analizar la equidad en salud y su relevancia como un problema que genera desigualdades en sectores más vulnerables de la población y resaltar el papel que tiene enfermería ante este problema político-social donde desarrolla su práctica profesional.

La salud mundial

La salud mundial o global tiene una gran importancia dentro de las agendas de las organizaciones de salud y de los gobiernos, se le puede encontrar en la llamada “política menor”, que se relaciona a asuntos humanitarios, y en la “política mayor” relacionada con la seguridad, el crecimiento económico y el poder de cada país. La salud forma parte del capital humano, favorece el aprendizaje, aumenta la productividad, ayuda a combatir la pobreza y alienta el crecimiento económico de cada país (Frenk y Gómez, 2007). La salud de la población a nivel mundial está seriamente afectada por la transición epidemiológica que actualmente prevalece. La OMS menciona en su informe sobre la salud en el mundo que existe una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles (enfermedades coronarias, el cáncer y los trastornos crónicos como la obesidad) y de enfermedades transmisibles, siendo más elevadas en algunas partes del mundo. La tendencia es a la alza y el gasto sanitario en salud es de unos 5.3 billones de dólares al año, el cual se considera insuficiente para subsanar las demandas de salud de la población (OMS, 2010).

Existen grandes diferencias en el estado de salud entre las regiones y grupos de población, las enfermedades transmisibles persistentes están más concentradas entre los pobres, de áreas rurales e indígenas que habitan en situación de marginación o vulnerabilidad, estos grupos muestran más

alta mortalidad infantil y materna que la población en general (Barraza *et al.*, 2013). Los individuos consideran la salud una prioridad, sin embargo, las circunstancias en las cuales se desarrollan influyen positiva o negativamente en su calidad de vida. Aspectos como la educación, la vivienda, la alimentación y el empleo tienen un impacto sobre su salud. La salud suele convertirse en un tema político, los gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población al proponer estrategias para promoverla y preservarla, algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Organismos internacionales como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y muchos gobiernos realizan esfuerzos conjuntos hacia lograr una cobertura universal de salud, al financiar la atención sanitaria para ofrecer servicios sanitarios eficaces, seguros, apropiados y accesibles a la población que lo requiera. Partiendo del criterio universal de que la salud “es un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones sociales o económicas” (Calvo, 2007), o del precepto del derecho fundamental (Constitución de la OMS) “todo ser humano debe de disfrutar la mejor asistencia sanitaria posible” (OMS, 2010). Los gobiernos deben establecer estrategias para que la población reciba promoción y protección de su salud, como elementos esenciales para demostrar el bienestar del ser humano. La salud sirve como indicador del desarrollo económico y social sostenible de los países, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida, la seguridad social y la paz (Urriola, 2011).

La OMS establece que los determinantes sociales de la salud “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Permiten establecer un marco global que revela la complejidad de la estratificación y vulnerabilidad de la población con respecto a la salud (Martínez, 2009). Estos determinantes explican la mayoría de las inequidades en salud, ya que son el resultado del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local en base a las políticas adoptadas por cada gobierno, permite observar las diferencias injustas y evitables dentro y entre los países en relación a la situación de salud (OMS, 2015). La OMS en 2005 estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), su función es proporcionar asesoramiento para combatir las inequidades persistentes y cada día más graves. Las recomendaciones emitidas en 2008 fueron: a) Mejorar las condiciones de vida cotidiana, b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y c) Medición y análisis del problema.

La equidad en salud

La equidad se plantea como un concepto importante para orientar las políticas públicas de salud, ha tomado relevancia la preocupación de la equidad y los factores determinantes en estos últimos años. Organismos internacionales como OMS, OPS y el Banco Mundial retomaron el problema de equidad en salud, siendo OPS quien lo convirtió el concepto de equidad en eje fundamental de cooperación técnica para establecer estrategias en los países de América latina, sin embargo, las desigualdades sociales en salud se

incrementan (Spinelli y Urquia, 2002). El término equidad procede del latín *aequitas*, derivado a su vez de *aequus*, que significa igual; “consiste en dar a cada sujeto lo que le corresponde por sus méritos y condiciones”, lo que se pretende evitar son las desigualdades e injusticias (Linares y López, 2008; Larrain, 2014). Kadit y Tasca (1993), mencionaron que detrás del término equidad está implícita la injusticia y detrás de las desigualdades existe una connotación moral y política, además proponen tres posibles situaciones en relación a la equidad y desigualdad: a) Desigualdad con equidad: servicios públicos más accesibles para grupos más privilegiados. b) Inequidad sin desigualdad aparente: buena oferta de servicios pero sin afectar a los grupos más desfavorecidos. c) Desigualdades aparentes sin inequidad: los recursos son asignados de manera desigual para compensar a los grupos más desfavorecidos.

Hablar de equidad en salud, hace referencia al concepto de derechos humanos y justicia social, tiene un carácter normativo y puede ser abordada desde varias perspectivas como son: el estado de salud, la distribución de los recursos, el uso de los servicios de salud o desde la perspectiva de género, entre otros aspectos (Linares y López, 2008).

Existen diversas definiciones de equidad en salud, para Whitehead y Dahlgren (2006) es: “igual acceso para iguales necesidades; igual utilización para iguales necesidades e igual calidad para todos”, cuando las diferencias se deben a factores sociales o evitables se califican como inequidades (exclusión de acceso a los sistemas de salud). Para Braveman en Larrain (2014) “es la ausencia sistemática de las disparidades en salud entre los grupos sociales que tienen diferentes niveles de ventajas sociales subyacentes”. Argumenta que “las personas deben tener la oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial en salud y nadie debería verse desfavorecido de este potencial, si se puede evitar”, una forma de corregirlo es eliminar las diferencias en salud, sobre todo aquellas que sean evitables e injustas para la población. La OMS ha definido equidad en la atención a la salud como: “a) la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, b) la forma en que los servicios son recibidos por la población; y c) la forma en que los servicios de salud son pagados” (Whitehead y Dahlgren, 2006).

Sen (2002), señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, debe abordarse desde el ámbito de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando atención al papel de salud en la vida y la libertad humana”, la equidad en salud no trata solo la distribución de la salud, tiene un alcance y una relevancia que convergen en la necesidad de acciones sociales para asegurarla (Linares y López, 2008; OMS, 2010).

Existen diferentes significados sobre las definiciones de equidad en relación a la salud y su campo de acción, sobre todo para hacer valer los preceptos de justicia social, es por esto que algunos autores coinciden que la equidad en la atención de salud es un fenómeno social muy complejo. Whitehead y Dahlgren (2006), señalaron que los conceptos de equidad en salud implican ciertos principios pragmáticos

de acción para reducir las desigualdades sociales en el estado de salud, siendo estos: 1) Las políticas deben esforzarse para subir de nivel, no para bajar de nivel, 2) Tomar en cuenta los tres enfoques principales para reducir las desigualdades sociales en salud las cuales son interdependientes y se deben construir una sobre otra (centrarse solo en la gente en pobreza, reducir la brecha de salud y las desigualdades sociales en toda la población), 3) Las Políticas de salud de la población deben tener un doble propósito (promover mejoras en la salud de la población en su conjunto y reducir las inequidades en salud), 4) Las acciones deben estar encaminadas a la lucha contra los determinantes social de las desigualdades de salud, 5) Las intenciones políticas establecidas no son suficientes: se deben controlar en lo posible las acciones que hacen daño, 6) Seleccionar las herramientas adecuadas para medir la magnitud de las desigualdades y el progreso hacia los objetivos, 7) Hacer esfuerzos concertados para dar una voz a los sin voz, 8) Las desigualdades sociales en salud deben ser descritas y analizadas por separado para hombres y mujeres, 9) Considerar las diferencias relacionadas en la salud por el origen étnico de la geografía a los antecedentes socioeconómicos, y 10) Los sistemas de salud deben basarse en los principios de equidad.

Estos principios permiten orientar de forma general las opciones y estrategias para reducir las desigualdades en la salud.

Calvo (2007), hizo mención a las dimensiones y categorías de análisis, propuestas por un equipo de investigadores brasileños, para estudiar las desigualdades en salud: Entre las dimensiones se encuentra: la oferta de recursos humanos y capacidad instalada, el acceso y utilización de los servicios, el financiamiento en relación al ingreso territorial y familiar, la calidad de la atención que se proporciona, la situación de salud y la salud y condiciones de vida de la población. Las categorías de análisis estudian: el área geográfica, la clase social, la rentabilidad, el género, el color de la piel, la ocupación/profesión, la escolaridad y la edad.

La inequidad

En relación al término inequidad tiene una dimensión moral y ética, indica diferencias que son innecesarias y evitables pero que se consideran arbitrarias e injustas, para considerar una situación como inequitativa se debe examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad (Frenz, 2005). Internacionalmente se ha aceptado que inequidad en salud hace referencia al “conjunto de desigualdades que se consideran injustas” (Urriola, 2011).

La CDSS-OMS establece que las inequidades sanitarias son “las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países”. Son el resultado de las desigualdades al interior de las sociedades y entre las sociedades, ocasionadas por las condiciones sociales y económicas, con repercusiones en la vida de la población, establecen el riesgo de enfermar y las medidas que se implementan para evitarlas o tratarlas (OMS, 2015). Los

indicadores de desigualdad de una sociedad se obtienen de un diagnóstico (muestran los niveles y diferencias de estados de salud), los indicadores de inequidad comparan acceso y resultados por grupos especialmente de ingresos, pero pueden demostrarse por género, etnia, origen geográfico, etc. Se puede decir que la inequidad es una desigualdad injusta y evitable. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer las causas y fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas.

En salud existen dos ámbitos de inequidad: el acceso y el financiamiento de la salud. El acceso hace referencia a la equidad e igualdad de oportunidades de obtener bienes y servicios de salud indispensables y necesarios para la población. El financiamiento permite dos enfoques, el primero hace referencia al igualitarismo específico, indica que la capacidad de pago es independiente del uso efectivo de los servicios y toma en cuenta la capacidad de pago de los individuos. El segundo se relaciona con un pago estándar mínimo, para que las familias no comprometan más de un determinado monto absoluto o porcentaje de sus ingresos económicos. Un gasto excesivo en salud los puede empobrecer o los mantiene en la pobreza y a esto se le denomina gasto catastrófico (Urriola, 2011).

Inequidad no es sinónimo de desigualdad en salud, algunas diferencias (las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres) no son necesariamente injustas o evitables, en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. Este problema sanitario existe en distintos grupos sociales desprotegidos siendo más notable en América Latina, debido a la falta de oportunidades que tiene la población para lograr un desarrollo social y personal integralmente. Estas inequidades se suscitan en las estructuras políticas y socioeconómicas de cada sociedad determinando las condiciones de vida y de trabajo de los individuos (Balladelli *et al.*, 2007). La forma de responder de los gobiernos y la economía pueden afectar la salud y la equidad en salud (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y servicios de salud, entre otros) (OMS, 2015). Las desigualdades en los diferentes niveles del sector sanitario representan un gran reto para combatir la equidad en salud y la justicia social, debido a que las políticas encaminadas a enfrentar las condiciones sociales y económicas de la población no están logrando resolver de forma adecuada sus necesidades (Ministerio de sanidad y política social, 2010).

La CDSS aborda las dimensiones estructurales de la pobreza y la desigualdad, a lo que denominaron “las causas de las causas”, a través de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones para combatir la inequidad en salud y promover un movimiento internacional para lograr en esfuerzo conjunto que “Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos” (OMS, 2008). La equidad en salud es algo que no puede resolverse desde el sector salud, ya que implica una cuestión de tipo social

que traspasa este sector, la decisión depende de decisiones políticas, vinculada a la asignación global de recursos para la salud.

Financiamiento del sistema de salud

Un sistema de salud requiere de una inversión económica para subsanar las necesidades de la población, a través de programas de salud más equitativos para lograr aspectos positivos como es el acceso y mejorar el nivel de salud de la población. El sistema de salud de un país puede estar financiado en gran parte por los individuos, mediante contribuciones directas, pagos de bolsillo, copagos o aporte al estado mediante impuestos. Pero también existen aportes (en porcentaje menor) por entidades exógenas (empresas extranjeras que operan en el país) que contribuyen al presupuesto del estado e indirectamente al sistema de salud, este mecanismo de financiar la salud es claramente una decisión social (Whitehead y Dahlgren, 2006; Calvo, 2007; OMS, 2010; Urriola, 2011).

La OMS (2010), en informe sobre la salud en el mundo hace referencia, que algunos países han modificado sus sistemas de financiamiento acordes a los cambios que actualmente enfrentan como son las crecientes demandas de mejores servicios, las enfermedades, mayor tecnología y medicamentos caros, para mantener o mejorar la salud. Estos cambios incrementan los costos, superando los ingresos nacionales generando que los gobiernos limiten los gastos en salud (Calvo, 2007). Mantener un equilibrio en las prioridades de salud significa un reto, en el camino hacia la cobertura universal de salud, numerosos países tanto de primer mundo, como de ingresos bajos-medios, están adoptando medidas para financiar la atención sanitaria y ofrecer servicios sanitarios seguros, eficaces y asequibles o ampliar la cobertura en salud a la población no asegurada o desprotegida, estos avances hacia la cobertura universal es un desafío, pero mantener los logros ya realizados puede ser igualmente difícil (Whitehead, 1991; Whitehead y Dahlgren, 2006; OMS, 2010).

Representa un reto constante equilibrar las prioridades: los fondos suelen ser escasos, sin embargo la población siempre exige más y las tecnologías empleadas para mejorar la salud están en constante expansión. Tales conflictos obligan a los responsables políticos a hacer concesiones en tres áreas principales: el porcentaje de población que hay que cubrir, la oferta de servicios que se ha de conseguir y el porcentaje de gastos totales que se debe alcanzar. No hay una sola manera de crear un sistema de financiamiento para lograr una cobertura universal. Todos los países deben tomar decisiones y aceptar compromisos, sobre todo relacionados con la forma en que se utilizan los fondos mancomunados (OMS, 2010; Larraín, 2014).

Cobertura sanitaria universal

La cobertura de salud, es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, tomando en cuenta la disponibilidad de infraestructura,

recursos humanos, tecnologías de la salud (medicamentos) y financiamiento, lo cual aseguraría servicios integrales, de calidad y seguros a la población (Cassiani, 2014). La OMS (2012), establece que la cobertura sanitaria universal “es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”, significa que “todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios y beneficiarse de las prestaciones (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia y que todo el mundo está capacitado para hacerlo”. El objetivo de la cobertura sanitaria universal “es lograr que todos obtengan los servicios de salud que necesitan (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora y en el futuro” (OMS, 2013).

Para lograr esto es necesario que una comunidad o un país cumpla los requisitos de: a) Contar con un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, para satisfacer las necesidades de salud prioritarias de las personas, b) Que tenga asequibilidad, contar con un sistema de financiación de los servicios de salud, que le permita a las personas no padecer penurias financieras para utilizarlos, c) Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos, y d) Dotación suficiente de personal sanitario, capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes (OMS, 2008; OMS, 2012).

La cobertura universal de salud permite a los gobiernos mejorar el bienestar de la población, contribuye a reducir la pobreza, elemento clave para reducir las desigualdades sociales y es un componente esencial del desarrollo sostenible de los países, porque permite a las personas ser más productivas y contribuir activamente en el bienestar de sus familias y comunidades, proporciona protección contra riesgos financieros al impedir que las personas empobrezcan al tener que pagar de su bolsillo los servicios de salud (OMS, 2008; OMS, 2013; Cassiani, 2014).

Enfermería en la equidad de los servicios de salud

El recurso humano en salud es importante para los sistemas de salud, actualmente existe una crisis, que afecta en la calidad de atención, la capacidad para prevenir enfermedades, para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y el logro de los resultados de salud deseados, sobre todo afecta al desarrollo de los objetivos del milenio (OPS y OMS, 2007). Al ser un elemento activo importante del sector salud su cantidad y distribución son inadecuadas en la mayoría de los países (mayor porcentaje en áreas urbanas que rurales), existe desvinculación entre educación, servicio y prioridades de salud, generando frustraciones en los profesionales e ineficiencia en la atención que brindan; las condiciones de trabajo se precarizaron en países menos desarrollados y las prácticas tradicionales se contraponen a los requerimientos del sistema.

Enfermería brinda cuidado en un mundo globalizado, con cambios importantes en el perfil demográfico, aunado a la demanda de los servicios de salud, que son insuficientes para subsanar las necesidades de la población. El personal de enfermería enfrenta un gran reto, su razón social es el cuidado y debe aplicar principios éticos durante su ejercicio profesional. Es necesario un cambio de pensamiento, de posición y de acción para enfrentar las necesidades de cuidado del individuo, familia y comunidad en un contexto cambiante de amenazas y de oportunidades (Malvárez, 2007). Se requiere que los gobiernos realicen esfuerzos para estabilizar la fuerza laboral competente de enfermería ya que los cambios en salud exigen un aumento de la eficiencia y un cambio en la planificación, organización y gestión de la fuerza laboral. Es necesario una distribución equitativa, suficiente, calificada y motivada de las enfermeras para hacer frente a las necesidades de la población y poder contribuir a la cobertura en salud (OPS y OMS, 2007).

El Consejo Internacional de Enfermería (2011), propone que enfermería tiene un papel fundamental para contribuir a la disminución de las desigualdades, aumentar el acceso y la equidad del sistema de salud a través de las siguientes acciones: a) Contar con una formación eficaz para desarrollar capacidades, tener dedicación constante para el aprendizaje, esto permitirá que la enfermera proporcione cuidados accesibles y de calidad que fomenten la equidad y ausentes de discriminación; b) Que las enfermeras se mantengan culturalmente competentes para satisfacer las necesidades de los miembros de la comunidad, aumentar el uso de los servicios de salud con calidad, y ayudar a mejorar la experiencia y comunicación entre del paciente y los dispensadores de los servicios de salud; c) Ampliar la función y desarrollo de las enfermeras clínicas especializadas y de las enfermeras profesionales para mejorar la calidad de los cuidados y reducir los costos de organización; d) Las enfermeras pueden desempeñarse en el desarrollo de la política general al hacer que su voz se incluya en el análisis, la defensa y la investigación, en los sectores donde presta sus servicios y en la reestructuración de los servicios de salud; e) El ejercicio de influencia y la defensa son partes importante en su desempeño profesional, la enfermería puede abordar asuntos como la equidad y el acceso, esto conllevan el desarrollo de un diferente conjunto de capacidades y de una base sólida de conocimiento.

Su participación en las actividades de atención primaria dentro del sistema de salud son primordiales, los resultados sanitarios son mejores. Este modelo prioriza la ejecución de actuaciones adecuadas a nivel local y engloba un amplio espectro de determinantes sociales, manteniendo un equilibrio entre promoción, prevención de la salud e inversión de intervenciones curativas; haciendo hincapié en la importancia del nivel primario de salud y en la existencia de niveles superiores de atención (OMS, 2008).

En la mayoría de los países del mundo la enfermera tiene una función relevante como agente de cambio para proporcionar promoción y prevención a través de acciones

específicas a todos los niveles del sistema de salud, especialmente a las personas cuyos derechos y necesidades son ignorados por su condición social y que a veces son invisibles en nuestra sociedad. Para enfrentarse con los usuarios en condición de vulnerabilidad, es esencial invertir en las actividades de educación en la salud, con el objetivo de llegar al público en general o realizar acciones concretas para crear conciencia sobre un tema específico en favor de su bienestar en salud, esta actividad se constituye como eje prioritario dentro de sus actividades profesionales en el ejercicio de la defensa de la salud, en estas prácticas enfermería promueve los derechos humanos, el derecho a la vida, a la dignidad de los individuos y el trato digno (respeto a las personas). Favoreciendo el proceso de empoderamiento de los individuos, para convertirlos en miembros activos y co-responsables de su atención (Arena *et al.*, 2012).

Para realizar una práctica con equidad es importante que enfermería incorpore fundamentos teóricos de la equidad en salud, principios de ética y enfoque de género desde su formación y ejercicio profesional, que le permitan desarrollar estrategias de acción acorde con el contexto actual donde se desarrolla. La sociedad demanda profesionales de enfermería que promuevan la defensa de los derechos y la justicia social, para esto deben desarrollarse acciones en el área educacional (equidad en salud, de género, resocialización, educación en salud con metodologías innovadoras); en el área asistencial (práctica de equidad de género, en grupos vulnerables por medio de la abogacía y consejería, promover la participación social comunitaria, establecer redes de colaboración entre sectores y otras profesiones); en el área administrativa (empoderamiento y autonomía para favorecer la toma de conciencia, promover estrategias para evitar la discriminación de grupos, favorecer la igualdad de oportunidades, el acceso equitativo a recursos, servicios y derechos); en el área de investigación (visualizar experiencias, perspectivas, intereses por género o grupos, orientar la construcción de políticas, programas, proyectos institucionales para lograr la equidad en salud, entre otros) (Vílchez y Mendoza, 2012).

CONCLUSIONES

Enfermería se enfrenta en la actualidad a situaciones de salud globalizada por el uso de factores que afectan su desarrollo profesional en los niveles individuales y colectivos. Hablar de equidad en salud hace referencia a igualdad de oportunidades para los individuos de acceder a los servicios de salud y que estos sean otorgados con calidad y en las mejores condiciones de recursos e infraestructura, tributaria del ser humano como derecho fundamental de la salud.

Hablar de inequidades en salud hace referencia al valor orientado a la justicia social y expone la causa de las disparidades en salud arraigadas en la estructura social. Las desigualdades en salud o inequidades hacen referencia a los diferencias en los estados de salud en grupos de la población definidos por ciertas características (personas que viven en la pobreza, género, grupos étnicos minoritarios, color, localización geográfica, entre otros). El acceso inadecuado

a los servicios esenciales de salud es uno de varios factores determinantes de las desigualdades sociales en salud.

El papel principal de enfermería es ser un agente de cambio, dentro de la estructura de los servicios de salud, al ser el profesional que tiene más contacto con el individuo, familia o comunidades, puede establecer estrategias a todos los niveles del sector salud. Puede promover el bienestar del usuario de los servicios de salud, capacitar a las familias o a la comunidad, realizar cambios en el entorno y en sus relaciones, educar para que adopten comportamientos favorables y sean co-partícipes de su salud. Promoviendo en todo momento la justicia social, la equidad en la distribución de recursos y servicios, aplicando principios éticos y siendo promotora de los derechos humanos de la población que demanda los servicios de salud.

REFERENCIAS

- Arena, V.C., M.D. Falleiros, A.R. Dully, y M.I. Costa. 2012. Alianza de la enfermería con el usuario en la defensa del SUS. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 65(6): 893-897.
- Balladelli, P., J. Guzmán, M. Korc, P. Moreno, y G. Rivera. 2007. Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Organización Panamericana de la Salud.
- Barraza, L.M., G. Panopoulou y B.Y. Díaz. 2013. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in México, 2000–2006. *Rev Panam Salud Pública*, 33(2):122-30.
- Calvo, M.S. 2007. Equidad y situación de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 33(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu06307.htm
- Cassiani, S. 2014. Acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. OPS/OMS.
- Consejo Internacional de Enfermería. 2011. Resolver la desigualdad: Aumentar el acceso y la equidad. Disponible en: <http://www.salvadorpostigo.com/downloads/Resolver%20la%20desigualdad.pdf>
- Espinoza, M., y B. Cabieses. 2014. Equidad en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. *Rev Med Chile*, 142(1):45-49. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142s1/art08.pdf>
- Frenk, J., y D.O. Gómez. 2007. La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 49(2):156-164.
- Frenz, P. 2005. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. *Rev Chil Salud Pública*, 9(2):103-110.
- Larraín, N. 2014. Análisis de la Equidad en el Financiamiento del sistema de Salud Chileno. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116650>
- Linares P. N. y O. L. Arellano. 2008. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3):1-13. Disponible en: www.medicinasocial.info
- Malvárez, S. 2007. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 16(3):520-530.
- Martínez, P.M. 2009. Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. *Rev Médica Electrónica*, 31(6):4-7

- Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Avanzando hacia la equidad, propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
- Organización Mundial de la salud. 2015a. Conceptos clave. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
- Organización Mundial de la Salud. 2015b. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- Organización Mundial de la Salud. 2013. Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. 2012. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- Organización Mundial de la Salud. 2008. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2007. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27va Conferencia sanitaria panamericana.
- Sen, A. 2002. ¿Por qué la equidad en salud?. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5/6):302-09.
- Spinelli, H., y Urquía, M. 2002. Equidad: Teoría y praxis. Serie seminario salud y políticas públicas. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedes.pdf>.
- Kadt, E. D. y R. Tasca. 1993. Promovendo a eqüidade: um novo enfoque com base no setor da saúde. In *Saúde em Debate* (Vol. 56). Hucitec.
- Urriola, U.R. 2011. Medir desigualdades e inequidades para mejorar las Políticas de Salud. *Cuad Méd Soc.*, 51(3):129-142.
- Vílchez, B.V., y P.S. Mendoza. 2012. Equidad de género en el acceso al sistema de atención de salud: implicaciones para enfermería. *Rev Costarr Salud Pública*, 21(2): 105-110.
- Whitehead, M. 1991. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. WHO Regional Office for Europe.
- Whitehead, M., y G. Dahlgren. 2006. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (part 1). World Health Organization: Disponible en: http://www.who.int/cop/docs/concepts_and_principles.pdf