



VULNERABILIDADES EN EL CONTEXTO DE LA SALUD COLECTIVA: APORTES, RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA ENFERMERÍA

Gabriela Tavares Magnabosco*

En 2023, el Sistema Único de Salud (SUS) cumplirá treinta y cinco años desde su promulgación en la Constitución Federal de 1988. En las numerosas revisiones realizadas sobre el sistema a lo largo de sus casi cuatro décadas de vigencia, son recurrentes los análisis que ponen lado a lado conquistas, desafíos, avances y obstáculos en aquello para lo que fue concebido: garantizar el derecho a la salud de toda la población¹. Aunque se hable mucho del SUS como proyecto de una política de Estado, el sistema es, antes que nada, la expresión de un proyecto mayor, la Reforma Sanitaria Brasileña, cuya propuesta formó las bases para la elaboración del capítulo de la Seguridad Social, en el texto constitucional¹, que en su artículo 196 consagró la salud como "derecho de todos y deber del Estado, garantizada por medio de políticas sociales y económicas que tengan por objeto reducir el riesgo de enfermedad y otras afecciones y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación".

Allí se definió una concepción ampliada de la salud, vinculada a la idea de ciudadanía, indicando que el derecho a la salud iba más allá del derecho a los servicios. Desde esta perspectiva, a la idea central del derecho a la salud como derecho de ciudadanía, inherente a todos, se añade la noción de que el Estado es responsable de promover la salud, proteger a los ciudadanos contra los riesgos a los que están expuestos y garantizar la asistencia en caso de enfermedad o problemas de salud.

Estableciendo un rescate histórico del derecho a la salud como responsabilidad del Estado, la creación del SUS fue un enorme movimiento de inclusión social y representó, en términos constitucionales, una afirmación política de compromiso del Estado con los derechos de sus ciudadanos^{2,3}. El cumplimiento de esta responsabilidad política y social asumida por el Estado implica la formulación e implementación de políticas económicas y sociales destinadas a mejorar las condiciones de vida y de salud de los diversos grupos de la población. Esto incluye la formulación y ejecución de políticas dirigidas específicamente a garantizar el acceso de las personas y grupos a las prácticas y servicios de salud, que es exactamente el eje de la política de salud, un conjunto de propuestas sistematizadas en planes, programas y proyectos que en última instancia tienen como objetivo reformar el sistema de servicios de salud con el fin de garantizar el acceso universal y acciones integrales⁴.

Y para ello, de acuerdo con lo que nos muestran los análisis de estas tres décadas y media de SUS, la garantía en la Constitución, una conquista valiosa para los brasileños, ha sido imprescindible, pero no suficiente.

Por un lado, son innegables los avances alcanzados por el sistema de salud del país. Desde la formación de conciencia en materia de salud hasta su traducción en políticas como la Estrategia Salud de la Familia, con la expansión de la Atención Primaria de Salud; programas como los de Inmunización, Combate al Tabaquismo y VIH/Sida; asistencia farmacéutica, con distribución de medicamentos; procedimientos de alta complejidad, como trasplantes de órganos y tratamiento del cáncer, entre otras iniciativas que tuvieron impacto positivo en los indicadores de salud de la población brasileña^{1,5}.

Sin embargo, el proyecto que el movimiento reformista había impulsado apuntaba a la construcción de un nuevo nivel de civilización, lo que implicaría un cambio cultural, político e institucional capaz de viabilizar la salud como bien público^{1,2,4}. Los avances coincidieron con las dificultades para

*Enfermera. Doctora en Ciencias, Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería y del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Estadual de Maringá, Maringá/Paraná. Correo electrónico: gtmagnabosco@uem.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3318-6748>.

asegurar condiciones que reduzcan las desigualdades y garanticen la justicia social para alcanzar la universalidad del derecho a la salud en el país.

Es sabido que la salud es una cuestión social, económica y política y, sobre todo, un derecho humano fundamental. Y somos conscientes de que vivimos en uno de los países más desiguales de nuestro planeta, lo que ha fomentado históricamente la vulnerabilidad de gran parte de la población.

La idea de vulnerabilidad surgió en el ámbito jurídico como una forma de reconocer las situaciones de fragilidad que afectan a determinadas poblaciones, especialmente en lo que se refiere a la no garantía de sus derechos civiles, políticos y sociales.

En el campo de la salud colectiva, la reflexión en torno al concepto de vulnerabilidad puede promover la renovación de las prácticas de atención, produciendo integralidad y equidad. El reconocimiento de la complejidad de los procesos de vulnerabilidad psicosocial y ambiental de las comunidades, grupos y sujetos, incorporando determinantes macro y micropolíticas, que abarcan desde el modo de organización social, hasta las dinámicas cotidianas y modos de vida particulares, permite el fortalecimiento de su protagonismo y la movilización de recursos y potencialidades existentes en los territorios^{6,7}.

El conocimiento y la discusión de la vulnerabilidad de las personas permiten ampliar la identificación de las necesidades de salud de la población, que se sabe marcada por el estigma, la exclusión social y el miedo. También permiten comprender aspectos inherentes al individuo y a los contextos que condicionan mayor susceptibilidad y muerte por determinada enfermedad, así como los recursos de que dispone el individuo/colectivo para enfrentarla, que no se limitan apenas a lo físico, clínico y/o biológico, sino que trasciende a la esfera económica y social.

La importancia del rol de la enfermería en este tema ha sido ampliamente difundida. Esto se debe a que la enfermería cumple un papel clave en el proceso de atención y gestión de los cuidados y prácticas de salud en la medida en que reconoce al individuo como parte integrante de una familia, una comunidad, un entorno, que influye en su condición física y psicológica y que, en la mayoría de los casos, dicta su comportamiento e influye en sus principios y cultura.

La práctica de los enfermeros se entiende como práctica social, es decir, como práctica que se realiza a partir de las necesidades sociales de salud que ocurren en un momento histórico; se constituye y se transforma en la dinámica de las relaciones con otras prácticas sociales⁸.

Así, el trabajo de los enfermeros se ha constituido como un instrumento de cambio en las prácticas de atención a la salud en el SUS, respondiendo a la propuesta del modelo de atención que no se centra en la clínica y la cura, ni a extractos específicos y ricos de la sociedad, sino, sobre todo, en la universalidad y la integralidad de la atención⁹.

Cabe a la enfermería ampliar su percepción en el campo de las prácticas de salud colectiva para identificar y crear oportunidades para la proposición de acciones conjuntas, de forma integral e integrada, valorizando la construcción efectiva del trabajo en equipo, para promover la salud y enfrentar las barreras al cuidado centrado en las reales necesidades de la población. Debemos entender que en salud pública trabajamos con extractos poblacionales con grados muy diferentes de vulnerabilidad social, por lo tanto, la equidad debe ser la base del trabajo. Tenemos el deber de pensar en qué medida contribuimos, como ciudadanos y profesionales de la salud, a la reproducción e incluso expansión de estas desigualdades. Y preguntarnos siempre: ¿Estamos realmente protegiendo la salud de la población o reproduciendo el modelo de desigualdad? ¿Cómo garantizar que nuestras prácticas/narrativas no colaboren en el mantenimiento de una sociedad desigual?

Parece que todos somos más vulnerables cuando no actuamos con una planificación inspirada en el conocimiento de la realidad. Sin embargo, los lugares son desigualmente vulnerables. Hay quienes casi no sufren consecuencias. Esta desigualdad conlleva diferencias en esta vulnerabilidad, que no sólo presenta aspectos económicos y físicos, sino también dimensiones medioambientales, psicológicas y culturales. Entonces, en este contexto, ¿cómo se articulan la universalización de la salud, el derecho a la salud y el desarrollo propuesto por la Organización de las Naciones Unidas a partir de sus objetivos sostenibles? ¿Cuáles son los impactos de los diferentes modelos de desarrollo que hemos tenido a lo largo de la historia y qué exigencias han traído a la salud colectiva? ¿Cómo trabajar y prestar asistencia sanitaria sin contribuir a la reproducción de las desigualdades o incluso a su amplificación?

¿Cómo estructurar sistemas y servicios eficientes y democráticos en el contexto del desarrollo de nuestra región? ¿Cómo proporcionar derechos a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad? ¿Cómo hacer cumplir los artículos de la Constitución que establecen el acceso universal e igualitario a la salud?

Todas estas cuestiones y preocupaciones exigen una profunda reflexión, no sólo sobre la salud y las prácticas sanitarias, sino también sobre la naturaleza de nuestra propia sociedad, nuestra etapa de desarrollo, nuestras características éticas, sociales y económicas.

En este contexto, pensar en el trabajo de enfermería como un actor social que desencadena cambios en las prácticas de salud, el fortalecimiento de la operacionalización de los principios y directrices del SUS, requiere la viabilidad de espacios que permitan la identificación y discusión de las prácticas en los diferentes contextos y necesidades de la población brasileña^{8,9}. Esto se debe a que conocer los problemas y necesidades de salud de la población, así como los determinantes sociales del proceso de salud y enfermedad es una competencia de la enfermera. Y esta competencia exige el conocimiento necesario para establecer nuevas relaciones con el contexto social, reconociendo la estructura y las formas de organización social, sus transformaciones y expresiones.

Desarrollar la capacidad de escuchar, de ponernos a disposición para comprender, considerar y mirar con afecto y compasión a los demás, comprendiendo que las personas son únicas y viven bajo la influencia de aspectos impares y dispares que a menudo las colocan en situaciones de vulnerabilidad y/o de intensificación de esa vulnerabilidad. Reconocer que la salud es mucho más que no estar enfermo: es tener garantizado el derecho al trabajo, a la vivienda, a la alimentación, a la educación, al ocio y a otros componentes del estado de bienestar social.

Además, es fundamental destacar la necesidad de acoger las vulnerabilidades y las dependencias mutuas, no para estigmatizar e incapacitar a individuos y grupos, sino para instigar procesos de confrontación y transformación. En este sentido, es apostar por el poder de la vulnerabilidad, para abrir grietas, para admitir una inestabilidad que, de alguna manera, posibilita algo nuevo, en la salud, en la asistencia social y en los diversos territorios donde es un indicador de inequidad, injusticia y desigualdad social⁷. Sin embargo, esta inclusión y esta mirada no pueden ser apenas un discurso que no provoca efectos concretos.

En vista de ello, se considera que desde el inicio, la formación profesional de enfermería debe estar marcada por el ejercicio permanente de reflexión sobre los problemas que afectan a la realidad socio-sanitaria, con miras a desarrollar las competencias necesarias para la toma de decisiones sobre la viabilidad de la atención individual y/o colectiva desde la perspectiva de la atención integral de la salud, involucrando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a fin de superar el abordaje puramente clínico, ampliando y perfeccionando la operacionalización de los principios y directrices del SUS, a partir de la concepción de un modelo de atención orientado por la integralidad del cuidado basado en la conjunción de la vigilancia con la asistencia y la colaboración del sector salud con la ciudadanía, la asistencia social, la justicia y la seguridad pública entre otros sectores¹⁰. Se basa en la premisa de formar profesionales y fomentar prácticas dirigidas al SUS, adecuando la formación y el desempeño en salud a las necesidades y vulnerabilidades de la población brasileña.

Bajo esta perspectiva, la enfermería puede, de hecho, desplegar su acción con miras a la consolidación del SUS como política pública de Estado y de bienestar social, a través de la actuación de profesionales comprometidos con la implementación de un modelo de atención que favorezca el acceso a la ciudadanía y el pleno derecho de la población a la salud universal, integral y equitativa.

REFERENCIAS

1. BARDANACHVILI E. Saúde como direito, o papel do Estado e o dispositivo jornalístico: análise comparativa de matérias com ministros da Saúde no jornal 'Folha de São Paulo'. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação 42º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Belém - PA – set/2019.
2. PAIM J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.
3. VENTURA, D. F. L. Direito institucional sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 261-299. v. 1.
4. VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

5. CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301- 306, 2007.
6. CECÍLIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001.
7. BERTOLOZZI, M. R., NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P. VAL, L. F. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Revista Escola Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>.
8. MATUMOTO S, FORTUNA CM, KAWATA LS, MISHIMA SM, PEREIRA MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011[cited 2017 Jun 01];19(1):123-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>
9. FERREIRA SRS, PÉRICO LAD, DIAS VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Supl 1):704-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
10. AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004.