

Repercusión de determinantes sociales ligadas a los estilos de vida en la población del consultorio No. 29, Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo”, Isla de la Juventud. Enero-Junio de 2018

Impact of social determinants linked to lifestyles in the population of the office No. 29, University Polyclinic "Leonilda Tamayo", Isla de la Juventud. January-June 2018

Dr. Yoandrik Pavón Lemes¹, Dr. Enrique Pérez Estévez², Dra. Silvia María Sicre Morillo³

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

² Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar

³ Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología. Master en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor

RESUMEN

Las determinantes sociales de salud apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud. Con el objetivo evaluar la magnitud en que repercuten los determinantes sociales en su dimensión: estilos de vida en la salud de la población escogida, se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo de corte transversal en 131 pacientes distribuidos en 50 familias del consultorio número 20 del Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos” durante los meses de Enero a Junio de 2018. Las tasas de tabaquismo y sedentarismo están elevadas. Los hábitos nutricionales no son adecuados, caracterizados por una población elevada de obesos y sobrepesos. Al estratificarse las enfermedades no transmisibles se observó que el mayor número de personas se distribuye entre las edades de 45 hasta 49 años. Se aprecia una tasa elevada de tabaquismo y sedentarismo, así como de obesidad y sobrepeso como consecuencia de malos hábitos nutricionales, predominando el consumo de carbohidratos en la dieta. El mayor número de personas con enfermedad crónica se atribuye al grupo de edades entre 45 y 49 años

de edad, siendo las más prevalentes hipertensión arterial y asma bronquial. Hubo una asociación directa entre el nivel de ingreso económico y las densidades de hipertensión, diabetes y fumadores.

Palabras clave: determinantes sociales de salud, atención primaria de salud, médico de la familia

SUMMARY

The social determinant of health point to specific features of the social context that affects the health. In order to evaluate the magnitude in that rebound the social determinant in the dimensions: lifestyles in the chosen population. Was carried out an observational study of type descriptive in 131 patients distributed in 50 families attended by a family doctor of the Primary Health Centre "Leonilda Tamayo Matos" during the months of January to June 2018. The smoking rates and sedentarism are high. The nutritional habits are not adequate, characterized by a high population of obese and overweight. When being stratified the nontransferable illnesses it was observed that the biggest number of people is distributed among the ages of 45 up to 49 years. It is appreciated a high rate of smokers and sedentarism, as well as of obesity and overweight like consequence of bad nutritional habits, prevailing the consumption of carbohydrates in the diet. The biggest number of people with chronic illness is attributed to the group of ages between 45 and 49 years of age, being the more prevalent Arterial Hypertension and Bronchial Asthma. There was a direct association among the level of economic entrance and the densities of hypertension, diabetes and smokers.

Keywords: *social determinants of health, primary health care, family doctor*

INTRODUCCIÓN

La importancia de las determinantes sociales de la salud (DSS) ha sido señalada por un sinnúmero de autoridades sanitarias como es el caso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las mismas son expresadas no solo en términos técnicos sino también en términos políticos a la hora de abordar las concepciones en el difícil proceso: salud/enfermedad, el cual está vinculado a las desigualdades sociales y de su impacto en el mismo.¹

Las DSS se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud.²El enfoque de las determinantes sociales centra el énfasis en las causas que actúan desde el contexto socioeconómico y macro estructural más general en que se desenvuelven las poblaciones y los individuos las cuales son fuente de las inequidades en salud.³

La evidencia demuestra que las DSS se distribuyen dentro de un gradiente social en el cual a medida que se desciende en la escalera social y disminuyen las condiciones de vida, aumenta la prevalencia en enfermedades, como plantea Berenguer⁴ y colaboradores en su trabajo sobre determinantes sociales si muchas de las estrategias realizadas por el estado a partir de las investigaciones realizadas han servido para mejorar los impactos de la crisis y generar ingresos, también han producido un cambio en la orientación de valores familiares, que se expresan en la trasgresión de normativas jurídicas y morales, así como en conductas proclives a la desintegración y desarticulación social y grave confrontación entre generaciones. Estos cambios resultaron desfavorables en la salud familiar de la sociedad como el resultado del desequilibrio de los determinantes sociales de la salud.

A su vez, estudios han demostrado que existen mecanismos de interacción de las DSS con desenlaces biológicos; por ejemplo, en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles es claro que factores como el ingreso, la escolaridad, o el género influyen en el control de enfermedades como diabetes o hipertensión o en la mortalidad como consecuencia de las mismas.⁵⁻⁷

Según se plantea en revisiones sobre el tema por varios autores,⁸⁻¹⁰ al iniciar el siglo XXI un enorme número de personas sigue malviviendo enferma, desnutrida o subalimentada. La mayoría de los ciudadanos que habitan el planeta no posee el mínimo bienestar material y social que permita un desarrollo adecuado de su salud y que puedan disfrutar y compartir una vida personal y social activa y alegre. En muchos países el estado de salud está empeorando, en otros solo mejora para una parte de la población y, en cualquier caso, la brecha entre los distintos grupos sociales aumenta.

Cuba sigue gozando de excelentes indicadores de salud, como una mortalidad infantil y materna baja, una larga esperanza de vida comparada a la de países más desarrollados, los índices de enfermedad son variables y en general bien atendidos en la seguridad social.

El modelo de Atención Primaria de Salud representa un modelo más equitativo y que puede ajustarse mejor a las necesidades de la población, pero para ello ha de seguir fiel a sus principios y pilares constitutivos. Sin embargo, en Cuba y también en el Municipio Especial Isla de la Juventud a pesar del conocimiento de un conjunto de factores que constituyen las determinantes sociales que de manera combinada actúan sobre los individuos y las familias en este nivel de atención; se desconoce específicamente cómo repercuten estas determinantes en la salud de poblaciones atendidas por médicos de la familia, así como la relación que guardan con la aparición de factores de riesgo relacionados con la dimensión estilos de vida. Todo lo cual condujo a los autores al objeto de estudio de esta investigación proporcionando una percepción holística del proceso salud/enfermedad lo cual repercute en el mejoramiento del estado de la salud de la población.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la magnitud en que repercuten las determinantes sociales en su dimensión: estilos de vida en la salud de la población escogida del consultorio del médico de la familia No. 20, del Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”, Isla de la Juventud, 2018.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a las familias objeto de estudio de acuerdo a la dimensión: estilos de vida (consumo de alcohol y tabaco, hábitos nutricionales, disposición a las inmunizaciones y a la realización de exámenes preventivos y actividad física).
2. Estratificar las enfermedades crónicas no transmisibles según grupos de edades.
3. Determinar la influencia que ejercen estas determinantes sociales sobre la dimensión estilos de vida en familias objeto de estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Contexto y clasificación de la investigación

Se realizó un estudio de corte-transversal en 50 familias que atiende el consultorio No. 20 perteneciente al área de salud del Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”, en el período Enero-Junio de 2018.

Universo y muestra

De un total de 1069 pacientes distribuidos en 496 familias se escogieron para el estudio 131 pacientes distribuidos en 50 familias siguiendo el método aleatorio simple a la hora de seleccionar las familias.

Operacionalización de variables

Para dar salida a los objetivos propuestos por los autores se consideraron las siguientes variables: edad, ingreso familiar (para su evaluación se tomaron los datos de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba), consumo nocivo de alcohol, consumo de tabaco, hábitos nutricionales, actividad física, Densidad de: diabetes mellitus, hipertensión arterial y fumadores (determinada por el cociente entre el total de casos de la enfermedad y el total de susceptibles en la familia).

Técnica y procedimientos:

A partir de la revisión bibliográfica sobre el tema de investigación, se procedió a la recolección de los datos cuya fuente fundamental fueron las familias atendidas en el consultorio No. 20 y las historias de salud familiar. Los datos fueron recogidos en un cuestionario estructurado para este fin y la información manejada únicamente por el autor para evitar sesgos en la investigación. Se empleó para la confección del informe de la investigación el software SPSS, el paquete Microsoft Office: Word, Power Point y Excel, los cuales sirvieron para el procesamiento de los datos, la presentación del informe y los resultados, los cuales fueron llevados a tablas y gráficos para facilitar la comunicación y las conclusiones de la investigación propuesta.

Ética:

Se solicitó al Consejo Científico la autorización para encuestar a toda la población que atiende el consultorio. Los datos obtenidos, previo consentimiento informado, fueron procesados y protegidos por los autores sin revelar la identidad de los mismos

y se respetó la autonomía de cada miembro de familia de querer ser incluido dentro de la investigación o salirse de ella en el momento que así lo desee.

RESULTADOS

En la Tabla No. 1 son expuestos los principales factores de riesgos identificados en la muestra estudiada. Siendo los más frecuentes el tabaquismo con una tasa de 34.35% y el sedentarismo con un 32.82%.

Tabla No. 1. Factores de riesgo identificados. Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”. Enero-Junio de 2018

Factores de riesgo	No.	%
Tabaquismo	45	34.35
Sedentarismo	43	32.82
Alcoholismo	15	11.45
Hipercolesterolemia	7	5.34
No presentaron factores de riesgo	21	16.04
Total	131	100.00

Fuente: encuestas

En la Tabla No. 2 se muestra la distribución de los pacientes según el índice de masa corporal, observando que existe un predominio del sobrepeso y el obeso, representando entre ambos un 49.61% (30.53% y 19.08% respectivamente).

Tabla 2: Clasificación de los pacientes según el índice de masa corporal. Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”. Enero-Junio de 2018

Clasificación	No.	%
Bajo peso	7	5.34
Normopeso	59	45.05
Sobrepeso	40	30.53
Obeso	25	19.08

Total **131** **100.00**

Fuente: encuestas

En la Tabla No. 3 se muestra la frecuencia con la cual son consumidos los diferentes grupos de alimentos por grupos, observándose que el más consumido dentro de la población son los carbohidratos con una frecuencia diaria del 94.65%; precedido por el consumo de grasas de origen vegetal que representa un 86.25%, seguido por el de proteínas ingeridas diariamente con un 52.67%. La leche y sus derivados se registró que se consumen diariamente en un 51.90% y las frutas y vegetales ocuparon el 30.53%.

Tabla 3: Consumo de alimentos por grupos. Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”. Enero-Junio de 2018

Grupo de Alimentos	Frecuencia de consumo									
	Diario		2-3 veces por semana		Quincenal		Mensual		No consume	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Proteínas	69	52.67	56	42.74	6	4.58	0	0	0	0
Carbohidratos	124	94.65	7	5.34	0	0	0	0	0	0
Grasas origen animal	1	0.76	29	22.13	17	12.97	18	13.74	66	50.38
Grasas origen vegetal	113	86.25	12	9.16	2	1.52	4	3.05	0	0
Frutas y vegetales	40	30.53	33	32.82	26	19.84	22	16.79	5	3.81
Leche y derivados	68	51.90	22	16.79	9	6.87	10	7.63	22	16.79

Fuente: encuestas

De acuerdo a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), según es reflejado en la Tabla No. 4, la hipertensión arterial y el asma bronquial

fueron las enfermedades más prevalentes con una tasa de 23.66%, seguidas por la diabetes mellitus con una tasa de prevalencia de 12.97%.

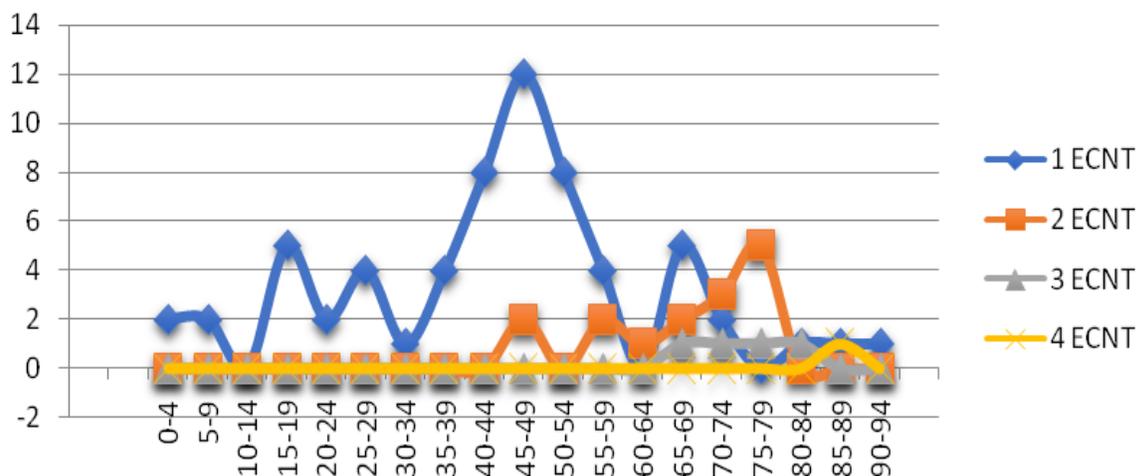
Tabla No. 4. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”.Enero-Junio de 2018

Enfermedades	No.	%
Hipertensión arterial	31	23.66
Asma bronquial	31	23.66
Diabetes mellitus	17	12.97
Cardiopatía isquémica	5	3.81
Epilepsia	4	3.05
Tumores malignos	3	2.29
Esquizofrenia	1	0.76
Trastornos endocrinos	1	0.76
Mielomenigocele	0	0
Síndrome de mala absorción	0	0
Siklemia	0	0
Parálisis cerebral Infantil	0	0

Fuente: encuestas

La estratificación ECNT según los grupos de edades arrojó que las mismas afectan mayormente al grupo comprendido entre los 45 y los 49 años de edad, en el cual existen pacientes no con una sola enfermedad crónica sino pacientes viviendo con tres enfermedades al mismo tiempo.

Gráfico No. 1: Estratificación de enfermedades crónicas no transmisibles según grupos de edades.Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”.Enero-Junio de 2018



Fuente: encuestas

Finalmente, se correlacionaron los niveles de ingreso económico expresados en la Tabla No. 5 y variables de salud como se aprecia en la Tabla No. 6, no existiendo asociación entre el nivel de ingreso económico y la densidad de fumadores, hipertensos y diabéticos en el caso de pacientes con ingresos económicos altos y medios, no comportándose así en pacientes con ingresos bajos donde la densidad de fumadores, hipertensos y diabéticos se incrementa.

Tabla No. 5: Ingreso familiar según familias. Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”, 2018

Ingreso familiar	Familias	
	No.	%
Alto	28	56
Medio	17	34
Bajo	5	10
Total	50	100

Fuente: Encuestas

Tabla No. 6. Niveles de ingreso económico y variables de salud. Policlínico Universitario “Leonilda Tamayo Matos”. Enero-Junio de 2018

Densidad de Densidad de Densidad de

Ingreso económico		fumadores	hipertensos	diabéticos
		(M ± DE)*	(M ± DE)	(M ± DE)
Alto	Media	0.25±0.44	0.24±0.43	0.14±0.35
	n	81	81	81
Medio	Media	0.29±0.46	0.20±0.40	0.06±0.25
	n	44	44	44
Bajo	Media	1.8±0.37	0.33±0.40	0.33±0.40
	n	6	6	6

Fuente: encuesta

Leyenda: M: Media; DE: Desviación Estándar

DISCUSIÓN

Cabe mencionar que existe una tendencia a factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad en Cuba y en el resto del mundo, constituyendo esto un factor de riesgo para padecer enfermedades como la hipercolesterolemia, diabetes mellitus y la hipertensión arterial, por lo que el equipo de salud en acciones intersectoriales coordinadas podrá ir cambiando esta determinante tan importante en la salud de los individuos y las poblaciones. La prevalencia de obesidad al menos se ha duplicado en el mundo desde 1980 a la fecha. En general, más de 1 de cada 10 personas de la población adulta mundial la presenta, y en 2008, 1 400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso corporal. La obesidad empeora claramente la calidad de vida del paciente y su longevidad.¹¹

Los resultados que se reportan coinciden con los realizados por Bolaños-Ríos y Jauregui-Lobera¹² donde el mayor número de personas son más propensas a la ingesta de carbohidratos, los cuales son más accesibles y con mejores precios en el mercado, sin embargo, las frutas y vegetales tienen un precio mayor e intervienen en esto factores culturales.

Es bien sabido que los factores alimentarios están asociados a enfermedades como la diabetes, la osteoporosis, la obesidad, la aterosclerosis, ciertos tipos de cáncer, entre otras. En contrapartida, en el siglo XX se demostró el vínculo que hay entre las carencias alimentarias y las enfermedades como la anemia, la inmunodepresión, y otras entidades graves. Estas diferentes formas de malnutrición siguen siendo, aún ahora, problemas muy importantes de la salud pública.¹³

La carga mundial de morbilidad está pasando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades no transmisibles según datos de la OMS. Ellas son causa de 41 millones de muertes anualmente, de ellas 15 millones ocurren entre los 30 y los 69 años, lo que representa que más del 85.0 % de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Por su parte, las enfermedades cardiovasculares son la mayoría con 17.9 millones, seguidas por el cáncer con 9 millones y 1.6 millones de defunciones por diabetes mellitus.¹⁴

La epidemia de las ECNT está impulsada por la globalización, la urbanización, la situación económica y demográfica, y los cambios del modo de vida. También ejercen una enorme influencia los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género.¹

En estudios realizados¹⁵ relacionan la desigualdad en salud con la prevalencia de diferentes enfermedades, no obstante, el efecto de los factores sociales sobre la disminución de la prevalencia depende fundamentalmente de las políticas e intervenciones que se realicen sobre los factores sociales.

Otra investigación¹⁰ analiza la desigualdad en salud con la hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, informan que las personas con bajo nivel socioeconómico tienen niveles más altos de tensión arterial y mayor probabilidad de enfermedades cardiovasculares, en parte porque tienen menor acceso a los servicios de salud. La mortalidad es asociada con niveles bajos de educación, de ingreso económico bajos estándares de vida y las áreas geográficas.

Los niveles de salud de la población en el país derivan del papel decisivo del estado y de la voluntad política de convertir la salud en una política de estado y en un derecho humano de todos los ciudadanos. Esta política se basa en la inversión en desarrollo social, el desarrollo permanente del sistema y los servicios de salud, la formación de capital humano y social, y en el desarrollo de redes y la participación social.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la dimensión: estilos de vida, se aprecia una tasa elevada de tabaquismo y sedentarismo. Los hábitos nutricionales de los pacientes no son

lo más adecuado caracterizado por una población elevada de obesos y sobrepesos. Predomina el consumo de carbohidratos en la dieta y el bajo consumo de frutas y vegetales. La estratificación de enfermedades crónicas no transmisibles arrojó como resultados significativos que el mayor número de personas con una enfermedad crónica se atribuye al grupo de edades comprendidas entre 45 y 49 años de edad. Las enfermedades más prevalentes fueron la hipertensión arterial y el asma bronquial. Hubo una asociación directa entre el nivel de ingreso económico y las densidades de hipertensión, diabetes y fumadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas [en línea]. [citado Junio 12 2018]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es.
2. Urbina Fuentes M. Los Determinantes Sociales de la Salud y la Equidad en Salud: Documento de postura [en línea]. México: CONACYT; 2016. [citado Junio 12 2018]. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/DSS.pdf>
3. EUROSOCIAL. Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales. Contribución del encuentro regional: La toma de decisiones para la equidad en salud. Colección: Documento de Trabajo [en línea]. México: Minsalud; 2015.[citado Dic 12 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales.pdf>
4. Berenguer Gouarnaluses M C, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN [Internet]. 2017 Ene [citado 2019 Dic 23]; 21(1): 61-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100008&lng=es..
5. Clark ML, Utz SW. Social determinants of type 2 diabetes and health in the United States. World J Diabetes [en línea]. 2014 [citado Dec 12 2017]; 5(3):

296-304.

Disponible

en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4058734/pdf/WJD-5-296.pdf>

6. Walker RJ, Smalls BL, Campbell JA, Strom Williams JL, Egede LE. Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine* [en línea]. 2014[citado Dec 12 2017];47(1):29-48. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12020-014-0195-0.pdf>.
7. Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, González Moran F, et al . Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *GacSanit* [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Jul 12] ; 30(2): 154-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000200014&lng=es
8. Moreno-Gómez German A, Duarte Gómez MB, Barrientos-Gutierrez T. Pobreza multidimensional y determinantes sociales de la salud. Línea de base para dos comunidades vulnerables. *Rev. Fac. Med* [en línea]. 2017 [citado Julio 15 2018]; 65 (2): 267-274, 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000200267&lng=es.
9. Rojas Ochoa F. *Salud Pública. Medicina Social* [en línea]. La Habana: Ciencias Médicas; 2009 [citado 13 Junio 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_publica_medicinasocial/salud_publica_medicina_social1.pdf
10. Días-Perera Fernández G, Bacallao Gallestey J, Alemañy Pérez E. Relación entre la dimensión socioeconómica y la dimensión salud en familias cubanas. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 2012 [citado 13 Junio 2018]; 38 (3): 403-13. Disponible en: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300007&lng=es.
11. Hernández Rodríguez J, Licea Puig ME, Castelo Elías-Calles L. Algunos procedimientos endoluminales para el tratamiento de la obesidad. *Rev Cubana Endocrinol* [en línea]. 2014 [citado Marzo 3 2018];25(2): 104-23.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532014000200007&lng=es.

12. Bolaños-Ríos P, Jauregui-Lobera I. Sobrepeso y obesidad en los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Esp de Nutrición Comunitaria [en línea]. 2010 [citado 13 Junio 2018]; 16 (2): 83-9. Disponible en: http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2010_2-4_Bolannos_et_al.pdf
13. Campo GC. Proceso de salud y enfermedad en personas mayores: la perspectiva de los factores sociales determinantes, UPZ San Blas, Bogotá. Biomédica: Revista Del Instituto Nacional De Salud [en línea]. 2017 [citado Marzo 1, 2018]; 37: 180-81. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126410530&lang=es&site=ehost-live>
14. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [en línea]. Ginebra:OMS; 2018 [citado Julio 15 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-disease>
15. Pupo Ávila NL, Hernández Gómez LC, PresnoLabrador C. La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [citado 2018 Jun14];33(2): 218-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200007&lng=es

