

# *Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería.*

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD VARADERO

**Revista Médica Electrónica 2009;31(6)**

Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. Social determinants of health as a tool for a better nursery intervention.

## **AUTORA**

MsC. Misleny Martínez Pérez. (1)

Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Máster en Educación Superior. Dirección Municipal de Varadero.

## **RESUMEN**

Las investigaciones en el campo de la enfermería se han detenido en conocer y profundizar en los factores de riesgo que pueden afectar de una u otra forma al individuo, familia o comunidad. Pueden existir factores de riesgo en cualquier ambiente que propicie la aparición de enfermedad, como el ambiente físico (agentes infecciosos, fármacos o sustancias químicas), psíquico (estrés), social (comportamientos y estilos de vida, características socioeconómicas, modo de vida, nivel de vida) y factores hereditarios. Para el personal de enfermería el reconocimiento de los factores de riesgo es relevante porque permite identificarlos y corregir sus efectos, por lo que es importante resaltar un enfoque de riesgo a través del método científico de la profesión que es Proceso de Atención de Enfermería y su resolutivez radica en contemplar acciones desde la implicación motivacional de los participantes, con adecuación a los grupos poblacionales por edades, a las características personalógicas y grupales, basadas en las influencias micro y macrosociales como expresión de la situación social del desarrollo en un contexto de acciones salubristas que contribuyen a la mejora del estado de salud de la población, a través de los determinantes sociales de la salud, que constituyen el marco global que explican en que medida la complejidad de la estratificación y la vulnerabilidad de la sociedad y su impacto sobre la salud. Los determinantes estructurantes: ingreso, educación, sexualidad, género y etnicidad conforman una base explicativa, más allá de la tradicional fundamentación lineal, causa-efecto, en el impacto en la salud, al involucrar determinaciones intermediarias que condicionan diferencias en la vulnerabilidad, exposición y en la respuesta de salud.

## **DeCS**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA/ métodos**

**MÉDICOS DE FAMILIA/ ética**

**PRÁCTICA PROFESIONAL/ ética**

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**FACTORES DE RIESGO**

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS**

**PREVENCIÓN PRIMARIA**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**HUMANOS**

## INTRODUCCIÓN

El ejercicio del médico y enfermera de la familia exige no sólo sólidos conocimientos teóricos, sino también unas cualidades personales que faciliten un contacto próximo con el individuo, familia y grupos sociales en la comunidad en que se desempeña (1). A través de mi ejercicio profesional he tenido la oportunidad de poner en práctica varios roles, pero el que más satisfacción me ha causado es el de educador, pues considero que es la mejor herramienta para transmitir conceptos de prevención, cuidado y cultura de salud, y crear actitudes responsables sobre la representatividad del valor salud, en un sistema social como el nuestro, partiendo de las experiencias personales del sistema de salud de países capitalistas de América Latina.

La situación social en general, y en salud en particular, de Cuba en 1958 eran típicas de un país subdesarrollado. Respecto a los valores actuales prevalecían altas cifras de mortalidad infantil, baja esperanza de vida al nacer y una alta incidencia de enfermedades transmisibles. La organización de los servicios de salud en el nivel primario de atención, pilar fundamental para el desarrollo de las actividades de promoción de salud y la prevención de enfermedades, exhibía muy poco desarrollo. El año 1959 marcó un punto de partida para la completa transformación en la vida de la población cubana (2). Tras el triunfo de la Revolución, junto a la prácticamente total eliminación del analfabetismo, se instituyó la enseñanza gratuita sin distinción de color de la piel, religión o género, se integraron los conceptos y hábitos saludables a toda la población infantil en la educación regular. La consistente voluntad política de elevar las condiciones de vida y los niveles de educación así como de proveer servicios de salud de calidad trajo consigo cambios significativos en el estado de salud de la población. En el año 1960, se constituyó el Ministerio de Salud Pública de Cuba por la Ley No. 717 como órgano encargado del estudio de los problemas de salud del pueblo, el que paulatinamente asume la responsabilidad y rectoría de todas las actividades de salud en el país en acciones de promoción de salud, prevención, atención médica, asistencia social y rehabilitación. El aumento de la cobertura, de la accesibilidad y de la participación social fueron las primeras acciones que acometió el Sistema Nacional de Salud en Cuba (3). El mayor énfasis fue puesto en las actividades preventivo-curativas dirigidas a los individuos, la familia y la comunidad las que fueron garantizadas, entre otras formas, a través del incremento en la formación de los recursos humanos (médicos, estomatólogos, enfermeros y técnicos) que se distribuyeron desde un inicio por todo el país con un adecuado nivel de especialización y de desarrollo científico-técnico de los servicios. Desde esa época la enfermería revolucionaria ha tenido como objeto de estudio y de práctica en la Atención Primaria (4), el cuidado de la salud y la vida humana con un especial sentido de compromiso con el ser humano, quien a su vez se constituye en el sujeto del cuidado de enfermería.

Con el surgimiento del policlínico integral en 1964, se introdujeron los conceptos relativos a la medicina integral con carácter preventivo-curativo en el sistema de salud, lo cual fue seguido de la división poblacional en Áreas de Salud para desarrollar los programas básicos de salud y del modelo de la medicina en la comunidad con la creación del policlínico docente, hasta llegar al modelo actual del médico y enfermera de la familia en el policlínico universitario. Este modelo proporcionó en el 2001 una cobertura de 30726 médicos y 44864 enfermeras ascendente a 59,1 médicos y 75,0 enfermeras por 10000 habitantes. El 99,1% de la población total-cifra que alcanza el 100% en 10 de las 14 provincias del país es atendida por el médico y la enfermera de la familia con un alto grado de preparación ética, solidaria y científica, lo que refuerza su influencia en las modificaciones de los problemas que afectan al individuo en su medio físico y social (5). Esto permite dar respuesta al 90% de los problemas de salud de la población cubana. Por su parte, se reafirma el papel del policlínico en la planificación, organización, dirección y control de la labor que se ejecuta en el nivel primario de atención, convirtiéndose en la sede de la Facultad de Ciencias Médicas para que el profesional pueda comprender, integrar, coordinar y administrar el cuidado de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad.

Asimismo, la integralidad y continuidad en el modelo cubano actual de salud pública se ha ido superando tanto en los aspectos de la atención primaria como de la hospitalaria y en su relación entre ellas, sin olvidar la necesaria participación social donde los seres humanos y las familias son sujetos y objetos del sistema de salud, donde la atención se dirige a las personas, a la familia y a la comunidad en el medio social en que vive, trabaja, estudia y realiza sus actividades de la vida diaria, siendo la promoción de la salud consustancial a la esencia de la actuación de estos profesionales complementado por la comunidad en el apoyo y en la dirección de las acciones de salud. (6)

El modelo cubano ha transitado por tres concepciones que fueron desarrollándose en el tiempo. Seguidamente se examinan estas concepciones (Capote y Granados 1996):

1-La concepción basada en el daño, donde el sujeto de programación está representado por la enfermedad.

2-La sustentada en el concepto de riesgo, en la que la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidos a riesgos específicos, determinando un proceso salud-enfermedad caracterizado por daños comunes. La apertura programática va orientada a la identificación de factores de riesgo, seleccionados en función de su vulnerabilidad, para luego definir una estrategia de modificación de los mismos. Este concepto de intervención eminentemente biológico-asistencial abre la posibilidad de intervenciones diversas desde el plano sectorial con acciones asistenciales, promocionales y preventivas multisectoriales. El mismo es descentralizado y constituye una de las bases de la presente planificación de salud.

3- La concepción basada en el concepto de familia y cobertura total, más avanzado que el anterior y en pleno desarrollo, se fundamenta en el concepto de universalidad, igualdad y cobertura de la población, no sólo buscando la individualización de grupos de población sometidos a circunstancias particulares, sino la identificación en la estructura social de la unidad que la representa, la familia, la misma parte del marco conceptual de que la salud no es un problema sanitario solamente sino la expresión de vida de la estructura social concreta, y para alcanzarla precisa acciones sectoriales y fundamentalmente intersectoriales. El concepto forma parte de la respuesta cubana a los compromisos contraídos en la Carta de Ottawa, de los objetivos, propósitos y directrices de la salud pública cubana para el 2015, y es la base actual del desarrollo del programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Por lo antes descrito se desprende que en Cuba, se reconoce que la salud es un derecho humano fundamental y un deber del Estado, y esto definitivamente se traduce como "la licencia para reclamar servicios de salud eficientes y eficaces como requisito *sine qua non*, para mantenerse sanos". (7)

Los patrones conductuales casi totalmente resultantes de la relación social, recordar la sentencia clásica de Ortega y Gasset : yo y mis circunstancias , inclinan la balanza a una mejor o peor asunción de estos roles cuando se valoran desde la óptica individual como reflejo de la influencia del grupo social de pertenencia o referencia, al abordar la salud en función poblacional, emergen los valores de grupo que perfilan modelos conductuales característicos de cada formación socio histórica y en cada uno peculiarmente se relega o ausenta el compromiso social que con relación a la salud les corresponde, y consiguientemente, se engrandece en ese compromiso la parcela de las ciencias de la salud y su inevitable protagonismo en la calidad de vida.

Podríamos esclarecer la duda, según refiere la Doctora en Ciencias de la Salud , Silvia Martínez, al definir el término valor y lógicamente debemos partir de sus raíces filosóficas y gnoseológicas, como acontece con todos los fenómenos de la naturaleza y la sociedad. Así transcribo: "los valores no existen fuera de las relaciones sociales, fuera de la sociedad y el hombre. Aquellos que favorecen el desarrollo progresivo de la sociedad constituye un valor, aquello que lo dificulta y obstaculiza representa un antivalor".

El primer valor, el capital fundamental, según expresión de Marx (8), es el propio hombre. El hombre constituye la principal fuerza productiva de la sociedad, es por eso que el hombre constituye el principal valor, todos los demás valores giran alrededor de él, sirven para él. Sea cual fuese la concepción o definición de salud que se comporta o acepta, esta indisolublemente ligada a la vida como valor universalmente reconocido y desde que el hombre vive en sociedad, es decir, desde que es propiamente humano, pierde su libertad estrictamente individual en términos de la colectividad, en términos de las relaciones que establece con los otros humanos para producir y garantizar su supervivencia. Se plantea que la primera vez que se uso el término Promoción de Salud , fue en 1945, cuando Henry E. Sigerist, (9), ese gran historiador médico, definió las cuatro grandes tareas de la medicina como: promoción de salud, prevención de enfermedades, restablecimiento del enfermo y rehabilitación.

En 1909, Ludwing Tele Kiy, declaró en Viena la necesidad de investigar las relaciones entre el estado de salud de un grupo poblacional y sus condiciones de vida, las cuales están determinadas por su posición social, lo mismo que las relaciones entre los factores nocivos que actúan de una forma particular con intensidad especial en un grupo social, y las causas generales, es decir, las condiciones de vida, como en las específicas , los factores nocivos en el medio físico y social , que determinan el estado de salud de un grupo o clase social. (10) En el transcurso de los últimos cincuenta años los epidemiólogos han aportado armas

poderosas para prevenir las principales causas de muertes, incapacidad o enfermedad, tales como la cardiopatía isquémica enfermedades cerebrovasculares, las diferentes formas de cáncer, diabetes mellitus, entre otras (11). Esto ha sido posible gracias al descubrimiento de diversos factores causales específicos en el medio ambiente físico, tales como radiaciones, sustancias tóxicas, químicas, agentes carcinógenos, etc., e igual ocurre en el medio ambiente social, como son el uso del hábito tabaquismo, dietas ricas en grasas, consumo de alcohol y ausencia de actividad física, entre otros. Estos últimos se consideran como estilos de vida, lo cual quiere decir que las personas pueden tomar decisiones que afectan su exposición a dichos agentes. (12)

A partir de esto se explica la importancia del diagnóstico preventivo de los factores de riesgo coronario y la cardiopatía isquémica silente, así como la modificación de estilos de vida y conductas de riesgo, las que se relacionan, por cuanto estos evidencian la exposición a riesgos por parte de las personas que asumen determinadas prácticas, hábitos y costumbres en correspondencia con la percepción que tienen del mismo, con sus características de personalidad, micro y macro sociales.

La personalidad regula la actividad de cada individuo y es necesario conocer los componentes de la personalidad, con el fin de explicar como es que se produce la regulación de nuestra conducta. Los cambios ocurridos en los patrones epidemiológicos y demográficos durante las últimas décadas, precisan de nuevos enfoques en la concepción de lo que hoy se conoce como la nueva cara de la salud pública. (13)

La prevención de la salud es una respuesta dirigida hacia los nuevos horizontes de salud de nuestros tiempos (14), debido a su reciente existencia, su desarrollo se muestra vigoroso y dinámico, por tanto, la historia de la promoción de la salud se está gestando ahora pero ya cuenta con unos cuantos capítulos basados en actos ocurridos durante la segunda mitad del pasado siglo, más concretamente a partir de la década de los setenta.

Ante estas retadoras aseveraciones, me atrevo a sugerir un simple cambio de orden en lo que se expresó hasta ahora: en lugar de analizar la salud como valor, prefiero reflexionar sobre el valor de la salud, precisamente en su relación con las actuales condiciones socio ambientales y ese conmovedor panorama, obliga a considerar nuestra escala de valores, aunque cada quien desarrolla sus potencialidades y acata o no a las normas éticas que se derivan de valores universales, particulares o específicos de cada grupo humano. En el campo de la salud, la práctica correcta o incorrecta de esos valores y regulaciones ético sociales se traducirá en actitudes y comportamientos consecuentes, que unidos a la influencia del medio y a las pautas de socialización del grupo de pertenencia y a la sociedad en su conjunto, originan los denominados *problemas de salud*, y su resolutivez radica en contemplar en las acciones de salud para mejorar el estado de salud de la población, los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud constituyen el marco global que explican en que medida la complejidad de la estratificación y la vulnerabilidad de la sociedad tienen impacto sobre la salud (15). Los determinantes estructurantes: ingreso, educación, sexualidad, género y etnicidad conforman una base explicativa, más allá de la tradicional fundamentación lineal, causa-efecto, en el impacto en la salud, al involucrar determinaciones intermediarias que condicionan diferencias en la vulnerabilidad, exposición y en la respuesta de salud.

Los determinantes sociales de la salud constituyen el marco global que trasciende la explicación monocausal de la enfermedad, la cual reduce a un agente específico la causa necesaria y suficiente para producirla (16). A lo largo de la historia se desarrollaron diferentes modelos como los ecológicos, que consideran la interacción entre agente, huésped y ambiente, o, más recientemente, los modelos de complemento causal e interacción biológica, que aunque con avances, definen la enfermedad de una manera relativamente estática. El enfoque más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, que preceden el problema de salud y sus dimensiones, permite comprender la enfermedad integrada al contexto en que se origina. El análisis de los determinantes sociales de la salud se representa en un modelo complejo, sustentado en elementos interactuantes: contexto socio-político, determinantes estructurales e intermediarios, que sustentan el modo como se generan las inequidades. Como determinantes estructurales se identifican aquellos que generan estratificación social, incluye indicadores tradicionales como el ingreso y la educación y reconoce explícitamente a la etnia, el género y la sexualidad, lo que constituye un verdadero avance en contraposición a los enfoques biologicistas tradicionales. Como determinantes intermediarios se consideran aquellos que establecen diferencias en la exposición y vulnerabilidad, e incluyen: condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad y barreras para la adopción de estilos de vida saludables.

En este modelo el sistema de salud es entendido como un determinante intermediario, porque el acceso a los servicios de salud constituye una brecha que se traduce en diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las poblaciones, que tienen consecuencias diferenciales, en los programas de asistencia, información, y promoción de la salud.

El ser humano con sus capacidades biológicas, cognitivas y psicológicas, es un organismo, que al igual que las restantes especies, mantiene una interacción continua con el ambiente que le rodea, esta interrelación garantiza el equilibrio de sus procesos biológicos (homeostasis) que se expresa en la forma de vivir, de satisfacerse, de percibir la salud, e incluso de enfermar y morir. El ambiente del ser humano es altamente complejo, se puede hablar del entorno físico-geográfico (latitud-longitud; altura del nivel del mar); higiénico-habitacional (condiciones de vivienda, hacinamiento, saneamiento básico, acceso al agua); económico (acceso y control sobre los recursos económicos: ingresos, seguridad social, créditos); cultural (ideología, cosmovisión, sistema de derechos ciudadanos); y humano (sistema de relaciones familia, pareja, trabajo, comunidad).

Cada contexto socio-cultural tiene especificidades según los ambientes donde se desarrolle la persona. Esta interrelación ambiente-persona es bidireccional, el ambiente influye en el ser humano y este a su vez transforma activamente el medio, en ese contexto interactuante se produce la reproducción social y biológica del ser humano.

El Sistema Nacional de Salud cubano tiene entre sus principios el carácter preventivo de las acciones, casi siempre traducido en programas contra daños y en procedimientos tradicionales de educación para la salud, se plantea: *"si aquellos que tienen el dominio técnico sobre la salud y los modos de manejarla obran en función de valores o concepciones diferentes a las que prevalecen entre la población, los resultados de la gestión preventiva pueden llegar a ser contraproducentes"*.

## CONCLUSIONES

En la práctica queda demostrada que la enfermería en Cuba desde la creación del Sistema Nacional de Salud, ha sido la que ha llevado un mayor liderazgo en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, pues el terreno tradicionalmente ha sido parte indisoluble de su labor diaria. Garantizar cuidados de enfermería de óptima calidad es el eje central del ejercicio de la práctica como criterio de la verdad, dentro del equipo básico de trabajo, al individuo, familia, grupo o comunidad; tener conocimiento preciso de las técnicas de comunicación, de las entidades nosológicas más frecuentes en la población, de sus determinantes estructurales e intermediarias, el valor que le otorgan a la salud, pues su desempeño girará como salubrista, con una visión holística en aras de lograr una longevidad satisfactoria. Consideramos que estos aspectos son esenciales para la planeación del cuidado a brindar y la intervención de enfermería; lo anterior lleva a la revisión de las acciones que desarrolla la enfermera a través del Proceso de Atención de Enfermería para apoyar a los individuos en el cambio de conductas no saludables, promover desde la implicación motivacional de los participantes, conductas saludables, a partir de la modificación de la percepción de riesgo de estas, del cultivo de estilos de vida sano y de los cambios en los no saludables, con adecuación a los grupos poblacionales por edades, a las características personalógicas y grupales, basadas en las influencias micro y macrosociales como expresión de la situación social del desarrollo en un contexto de acciones salubristas, en su interrelación con las dimensiones que contemplan las determinantes sociales de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castell-Florit P. El Sistema Nacional de Salud de CUBA; 2004. Disponible en: <http://www.uvirtual.sld.cu>. [citado 4 oct 2007 ]
2. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Públ.2004;30(3)
3. López Piñero JM. Los estudios históricos sociales sobre medicina. En: Lesky E. Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984. p 29.
4. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfer.2004;20(2)
5. OMS. Renovación de la estrategia de salud para todos. Informe del Director General. Ginebra: OMS; 1995

6. Ramírez A, López C. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Públ. 2005; 31: 79-91
7. Martínez S. El valor de la Salud. Bioética para la sustentabilidad. Publicaciones ACUARIO; 2001.
8. Castro Ruz F. Discurso de clausura del IV Congreso Internacional "Universidad 2004" . La Habana: Ofic Public Consejo de Estado; 2004.
9. Mayo I. Situación Social del Desarrollo. Rev Cubana Psicol. 2000; 17(1)
10. Lalonde M. Informe de Lalonde sobre el Estado de Salud. Determinantes del Estado de Salud. Canadá; 1974.
11. Díaz LL. El Modelo de Creencias de Salud. Modelo Transteórico. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.
12. Díaz G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (6): 572-9
13. OPS. Medidas de Calidad de Vida en el cuidado de la salud y la ética médica. La Calidad de Vida; 2000.p.135-75
14. Artilles Visbal L. Marco antropológico de los determinantes sociales de salud como herramienta para un enfoque personalizado de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-SIDA. Rev Centroamericana Obst Ginecol. 2000; 10(3).
15. Vargas LA, Casillas LE. El efecto del padecer sobre el individuo-persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto u objeto. México: UNAM; 2004.
16. Estrada Molné A. Cultura en la Enfermería Comunitaria. Humanidades Méd. 2002; 1(3)

## SUMMARY

Investigations in the nursery field have stopped in knowing and deepening in the risk facts that could affect, in one or another way, the individual, the family or the community. There might be risk facts in any setting favoring diseases, like physical environment (infectious agents, drugs or chemical substances), psychic condition (stress), and social background (behavior and life styles, socioeconomic characteristics, way of life, level of life) and inherited facts. For the nursery staff, recognizing risk facts is relevant because it allows their identification and correcting their effects. That is why it is very important to highlight a risk approach through the profession's scientific method, Nursery Care Process. Its capacity of solving is inherent in taking in to account actions from the point of view of the participants motivational implication, adapting them to population groups ordered by age, personal and group characteristics, based on the micro and macro-social influences as expression of the developmental social situation in a context of health actions contributing to improve the populations health status, all of that through the Health Social Determinants, the global framework explaining the dimension of the society stratification and vulnerability complexness and its impact on health. The structural determinants: entering, education, sexuality, genre and ethnicity, conform an explaining base, besides the traditional lineal explanation, cause-effect, of the health impact, when involving intermediary determinants conditioning vulnerability, exposition and health answer.

## MeSH

**NURSING CARE/** methods  
**PHYSICIANS, FAMILY/** ethics  
**PROFESSIONAL PRACTICE/** ethics  
**PRIMARY HEALTH CARE**  
**RISK FACTORS**  
**SOCIOECONOMIC FACTORS**  
**PRIMARY PREVENTION**  
**HEALTH PROMOTION**  
**HUMANS**

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Martínez Pérez Álvarez MSc. M. Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(6). Disponible en URL:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol6%202009/tema14.htm>  
[consulta: fecha de acceso]