

Caracterización de la situación de salud en familias de Cienfuegos

Characterization of the Health Situation in Families of Cienfuegos

Arleen Ávalos Ojeda¹  , Marisleisy Pérez Estrada¹ , Daniela Bermúdez Núñez¹ , Roberto Herrera Pérez² 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos. Cuba.

²Policlínico Universitario Manuel Fajardo Cienfuegos. Cuba.

 Autor para la correspondencia: avalosojedaarleen@gmail.com

 **Citar como:** Ávalos Ojeda A, Pérez Estrada M, Bermúdez Núñez D, Herrera Pérez R. Caracterización de la situación de salud en familias de Cienfuegos. Inmedsur [Internet]. 2023 [citado fecha de acceso];6(2): e233. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/233>

RESUMEN

Fundamento: el análisis de la situación integral de salud constituye una herramienta del profesional de este sector para caracterizar a la población y establece el punto de partida para la realización de acciones de promoción y prevención de salud.

Objetivo: caracterizar la situación de salud de 120 familias correspondientes al consultorio médico número 1 del Área de Salud 5 del municipio Cienfuegos.

Método: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El universo fue la población total perteneciente al consultorio médico número 1 y la muestra de 120 familias residentes en el área, se determinó por muestreo aleatorio simple. Las variables establecidas fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, clasificación de la familia, etapas del ciclo vital, crisis familiares, riesgos ambientales en las viviendas, riesgos ambientales en la comunidad, como variable cualitativa nominal politómica, factores de riesgo, grupo dispensarial, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles. Para el análisis de los datos se utilizó la

estadística descriptiva.

Resultados: en la muestra predominó el sexo femenino con 50,98 % así como el grupo etáreo de 60 años y más con un 34,64 %. Prevalcieron como factores de riesgo: hábitos dietéticos inadecuados y hábito de fumar con 25,14 %, y 22,65 % respectivamente; el dengue predominó entre las enfermedades transmisibles con un 16,66 %, y entre las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial (33,3 %) y el asma bronquial (18,8 %) del total de la muestra.

Conclusiones: fue evidente la necesidad de una estrecha relación entre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad y el conocimiento de la importancia de las herramientas de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Palabras clave: análisis de la situación de salud; enfermedad; promoción de salud

ABSTRACT

Background: the analysis of the integral situation of health

constitutes a tool for the professional of the health to characterize population, this it constitutes the starting point for the establish promotion actions and prevention of health in the population.

Objective: to characterize the situation of health of 120 families corresponding to the CMF No. 1 Área 5 of the municipality of Cienfuegos.

Method: an descriptive and retrospective study of traverse court was made. The universe was the total population belonging to the CMF No. 1 and its shows 120 families resident in the area, for simple random sampling. The variables employees were: age, sex, scholar level, occupation, classification of the family, stages of the vital cycle, family crisis, environmental risks in the housings, environmental risks in the community as qualitative nominal polytomous variable, factors of risks, dispensary group, transferable illnesses, non-transferable illnesses. The descriptive statistic was used for the study.

Results: the feminine sex prevailed with 50,98 % as well as the age group of 60 years old and more with 34,64 %. Its prevailed as factors of risk, the inadequate dietary habits and habit of smoking respectively with 25,14 %, and 22,65 %; dengue was prevailed among all the transmissible illnesses with 16,66 %, as well as, the arterial hypertension on the chronic illnesses (33,3 %) and bronchial asthma (18, 8 %).

Conclusions: a narrow relationship is evidenced among the individual, the family, the community and the society and to know the importance of the tools of promotion of health and prevention of illnesses.

Keywords: analysis of the situation of health; illness; promotion of health

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación integral de Salud (ASIS) constituye una herramienta del profesional de este sector para caracterizar a la población con la que trabaja. Constituye el punto de partida para la realización de acciones de promoción y prevención de salud. Desde finales de la década de los noventa del pasado siglo, ASIS es reconocido como una función y un campo de actuación sustantivo e indelegable de la autoridad sanitaria. ⁽¹⁾

El ASIS es un proceso analítico y sintético que debería incorporarse en la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS),

surge como respuesta a una visión de Salud Pública que reclama: complejidad, integralidad, eficacia y participación de todos los actores sociales en la gestión de los problemas que afectan la salud de la población. ^(2,3) La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo entiende como la capacidad del sistema sanitario para evaluar la situación y las tendencias que muestra la salud de una población o grupos poblacionales específicos, lo que incluye identificar sus determinantes, las brechas de desigualdad en la exposición a los riesgos, a los daños y en el acceso a los servicios, así como reconocer los recursos extra-sectoriales que pueden participar en la promoción y el mejoramiento de la calidad de vida. ⁽⁴⁾

El ASIS es la función esencial de Salud Pública y es un instrumento fundamental para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible. ⁽⁵⁾

Más allá de su referencia como una función esencial de la Salud Pública, los ASIS poblacionales constituyen estudios socio-epidemiológicos complejos, que permiten identificar, describir y comprender las interacciones entre ambientes, determinantes estructurales, condiciones y modos de vida en la construcción social de la salud. Su nivel de análisis es el poblacional y pueden desarrollarse en los ámbitos local, regional, estatal, nacional y global. ⁽⁶⁾

Algunas referencias señalan que el término "diagnóstico de salud" apareció en 1976, en un texto ruso de higiene social y Salud Pública, coordinado por Serenko y Ermakov, ⁽⁷⁾ aunque ya en 1955, Jeremy N. Morris señalaba, entre los usos de la epidemiología, el diagnóstico comunitario de la salud y la descripción de la naturaleza, el tamaño relativo y la distribución de los problemas de salud presentes en las poblaciones, en función de la edad, el sexo, la raza o el estado socioeconómico. ⁽⁸⁾

Ya en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud llamó a los gobiernos a proteger y promover la salud de todas las personas, a partir de una atención sanitaria universal, accesible, de calidad y socialmente responsable. ⁽⁹⁾ De acuerdo con estas condicionantes, Cuba intensificó la implementación del diagnóstico de la situación de salud mediante los policlínicos y los servicios de medicina familiar. ⁽¹⁰⁾ La visión cubana y la epidemiología crítica latinoamericana posicionaron un concepto de salud como construcción social, multideterminada por las condiciones de vida y trabajo, así

como por los procesos de reproducción y de estratificación social. ⁽¹¹⁾

El presente trabajo tiene como objetivo: caracterizar la situación de salud de familias correspondientes al consultorio médico de familia número 1 del Área 5 del municipio Cienfuegos, de la provincia Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en familias pertenecientes al CMF No. 1 que corresponde al Policlínico Universitario Manuel Fajardo del Área 5 del municipio Cienfuegos en el período del 2 de abril de 2022 al 15 de junio de 2022.

El universo estuvo conformado por la población perteneciente al CMF No. 1: un total de 1412 habitantes. La muestra quedó determinada por los 306 pacientes pertenecientes a las 120 familias asignadas por el CMF No. 1, cada miembro del equipo aportó los resultados de 40 familias. Los criterios de inclusión estuvieron determinados porque las familias, que cada integrante del equipo de autores visitó, se encontraran en su domicilio al realizar la recogida de información y que aceptaran participar en la investigación de forma verbal. Los criterios de exclusión fueron: que las familias no se encontraran en su vivienda al realizar la visita o que no aceptaron participar en la investigación.

Las variables determinadas para el análisis fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, clasificación de la familia, etapas del ciclo vital, crisis familiares, riesgos ambientales en las viviendas, riesgos ambientales en la comunidad, variable cualitativa nominal politómica, factores de riesgo, grupo dispensarial, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles.

Se realizaron entrevistas a las familias seleccionadas, en correspondencia con el modelo establecido en la Atención Primaria de Salud para las historias de salud familiar (Anexo 1).

Para el procesamiento y análisis de la información se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 21.0 que permitió el cálculo de las frecuencias absolutas y los porcentajes para la realización de las tablas. Los resultados fueron recogidos y expresados en cantidad y por ciento.

El estudio se realizó teniendo en cuenta los aspectos éticos para el trabajo con los sujetos. Se redactó un consentimiento

informado (Anexo 2) con el fin de que las familias conocieran la investigación, se aclararon todas sus dudas. En la realización del trabajo se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos y se mantuvo como premisa respetar los principios bioéticos de los estudios con seres humanos, establecidos en la II Declaración de Helsinki y en las normas éticas cubanas

RESULTADOS

Los datos recopilados de la historia de salud familiar permitieron apreciar que la población del CMF No. 1 se caracterizó por el predominio del sexo femenino con un 50,98 % correspondiente a 156 habitantes, así como el grupo etéreo de 60 y más años con 34,64 %. (Tabla 1.)

En la población estudiada predominó el nivel escolar preuniversitario terminado con un 26,29 % (76 habitantes), seguido de los graduados de nivel superior con 25,25 % (73 habitantes). (Tabla 2).

Se estimó que existe una preponderancia de los jubilados sobre las demás ocupaciones en el sexo masculino, con un 15,36 % y en el sexo femenino de las amas de casa, con 9,80 %. (Tabla 3).

Del total de familias visitadas la composición ontogénica más frecuente fue la de familias extensas con un 52,5 % (63 familias), seguida de las ampliadas con 30,0 % (36 familias) y, por último, las nucleares con 17,5 % (21 familias). (Tabla 4).

Las crisis familiares relacionadas con el ciclo vital predominaron en la etapa de disolución con un 35,71 % (30 familias) y las crisis no relacionadas con el ciclo vital en la etapa de contracción con 30,30 % (10 familias). Predominaron las crisis relacionadas con el ciclo familiar. (Tabla 5).

Según los riesgos en las viviendas se observó la presencia de animales domésticos en estas y el riesgo de accidentes. Los riesgos ambientales más frecuentes en la comunidad fueron la disposición final de residuales líquidos, seguida de la recogida de residuales sólidos y en menor medida el abasto y calidad del agua. En cuanto a los riesgos a la salud relacionados con el estilo de vida, los hábitos dietéticos inadecuados resultó ser el riesgo más frecuente con un 25,14 % (91 habitantes), seguido del consumo de tabaco con un 22,65 % (82 habitantes). (Tabla 6.)

Con respecto a las patologías transmisibles y le comportamiento de la morbilidad por su incidencia se determinó el predominio del dengue en ambos sexos y se destacó un mar-

Tabla 1. Estructura de la población por edad y sexo

Grupos de edad	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
< 1 año	2	1,33	2	1,28	4	1,30
1 - 4	2	1,33	3	1,92	5	1,63
5 - 9	2	1,33	6	3,85	8	2,62
10 - 14	7	4,67	6	3,85	13	4,25
15 - 19	5	3,33	5	3,20	10	3,27
20 - 29	16	10,67	16	10,26	32	10,46
30 - 39	21	14	16	10,26	37	12,09
40 - 49	24	16	20	12,82	44	14,38
50 - 59	24	16	23	14,74	47	15,36
60 - 69	19	12,67	29	18,59	48	15,69
70 y más	28	18,67	30	19,23	58	18,95
Total	150	49,01	156	50,98	306	100

Fuente. Historias de salud familiar

Tabla 2. Nivel de escolaridad de la población por sexo

Escolaridad	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Primaria sin terminar	6	4,25	7	4,72	13	4,49
Primaria	7	4,96	13	8,78	20	6,92
Secundaria	27	19,1	32	21,6	59	20,41
Técnico medio	40	28,3	8	5,40	48	16,60
Preuniversitario	27	19,1	49	33,1	76	26,29
Universitario	34	24,1	39	26,3	73	25,25
Total	141	100	148	100	289	100

Fuente. Historias de salud familiar

cado número de personas pertenecientes al sexo masculino con respecto al femenino. En relación con las enfermedades no transmisibles, la hipertensión arterial alcanzó una cifra significativa en el género femenino con un 33,3 % (39 habitantes) y la prevalencia fue en el género masculino con el 34,7 % (52 pacientes). A continuación, se encontró el asma bronquial con 18,8 %. (Tabla 7).

DISCUSIÓN

El predominio del sexo femenino con un 50,98 % sobre el masculino en la población objeto de estudio se encuentra en correspondencia con los datos ofrecidos en el Anuario Estadístico de Salud ⁽¹²⁾ y por Rodríguez y cols. ⁽¹³⁾

Tabla 3. Nivel de ocupación por sexo

Ocupación	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
	Obreros de servicio	24	17,48	6	3,68	31
Trabajador en docencia	17	11,89	22	13,50	39	12,75
Trabajador por cuenta propia	16	11,19	11	6,75	27	8,82
Amas de casa	-	-	30	18,40	30	9,80
Técnicos	15	10,49	22	13,50	37	12,09
Administrativos	9	6,29	19	11,66	28	9,15
Jubilados	25	17,48	22	13,50	47	15,36
Pensionados	4	2,80	6	3,68	10	3,27
Estudiantes	24	16,78	25	15,33	49	16,01
Desocupados	8	5,60	-	-	8	2,62
Total	143	100	163	100	306	100

Fuente. Historias de salud familiar

Además, predominan las edades geriátricas con un 34,64 %, cuestión que se debe tener en cuenta para encaminar las acciones de promoción y prevención hacia los problemas de salud en estos grupos etáreos. Difiere de los resultados obtenidos por Rodríguez y cols. ⁽¹³⁾ en los cuales los grupos etáreos de mayor predominio fueron los de 35 a 39 años y de 40 a 44 años. Coincide con estudios como el de González y cols. ^(14,15) que recogen igualmente un predominio de adultos mayores,

donde refiere que las estadísticas muestran una tendencia preocupante hacia la inversión de la pirámide poblacional, con mayor número de adultos mayores en la población.

Para el año 2030, el envejecimiento, que hoy es de un 19 %, de nuestra población, será de un 30,3 %. En el 2050 estas cifras podrán alcanzar hasta un 36,5 % de la población total. ⁽¹⁶⁾

Se pudo constatar un predominio de la población con novel

Tabla 4. Tipo de familia más frecuente según ontogénesis y etapas del ciclo vital

Tipo de familia	Número	%	Etapas del ciclo vital	Número	%
Nuclear	21	17,5	Formación	12	10,0
Extensa	63	52,5	Extensión	21	17,5
Ampliada	36	30,0	Contracción	69	57,5
			Disolución	18	15
Total de familias	120	100	Total de familias	120	100

Fuente. Historias de salud familiar

Tabla 5. Crisis familiares más frecuentes

Etapa del ciclo vital	Crisis relacionada con ciclo vital		Crisis no relacionada con ciclo vital		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
	Formación	16	19,05	6	18,19	22
Extensión	18	21,43	8	24,24	26	22,22
Contracción	20	23,81	10	30,30	30	25,64
Disolución	30	35,71	12	33,33	42	35
Total de familias	84	100	36	100	120	100

Fuente. Historias de salud familiar

Tabla 6. Riesgos de salud en la población

Riesgos ambientales en las viviendas	Sí		No	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Riesgo de accidentes	23	21,10	97	21,99
Presencia de animales domésticos	43	39,45	77	17,46
Deficientes condiciones higiénicas	6	5,50	94	21,32
Deficientes condiciones estructurales	15	13,76	75	17,00
Deficiente iluminación	22	20,19	98	22,23
Total	109	100	441	100
Riesgos ambientales en la comunidad				
Abasto y calidad del agua	33	23,57	87	25,89
Condiciones del medio ambiente	33	23,57	87	25,89
Recogida de residuales sólidos	34	24,28	84	25
Deposición final residuales líquidos	40	28,57	78	23,22
Total	140	100	336	100
Riesgos asociados al estilo de vida				
Consumo de tabaco	82	22,65	224	10,73
Consumo de alcohol	18	4,97	288	13,80
Sedentarismo	53	14,64	253	12,12
Hábitos dietéticos inadecuados	91	25,14	215	10,30
Higiene bucal deficitaria	37	10,22	269	12,89
Conducta sexual promiscua	44	12,15	262	12,55
Colesterol alto	25	6,91	281	13,47
Obesidad	12	3,32	294	14,09
Total	362	100	2086	100

Fuente. Historias de salud familiar

Tabla 7. Comportamiento de la morbilidad por enfermedades transmisibles y no trasmisibles según sexo

Enfermedades	Incidencia				Prevalencia			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Transmisibles								
EDA	2	1,34	5	3,21	5	3,34	9	5,77
Hepatitis A	-	0	-	0	-	0	-	0
IRA	3	2,00	6	3,85	6	4,00	10	6,41
Tuberculosis	-	0	-	0	1	0,67	2	1,28
Leptospirosis	1	0,67	-	0	2	1,34	1	0,64
ITS	5	3,34	3	1,92	7	4,67	5	3,20
Dengue	9	6,00	11	7,05	13	8,67	15	9,61
Zika	4	2,67	3	1,92	6	4,00	4	2,56
No transmisibles								
HTA	26	23,9	39	33,3	52	34,7	17	16,8
Cardiopatía isquémica	7	6,4	2	1,7	22	14,6	8	7,9
Enfermedad cerebro vascular	4	3,7	5	4,2	8	5,3	8	7,9
Diabetes mellitus	15	13,8	12	10,3	23	15,3	15	14,9
Asma bronquial	18	16,5	24	20,5	29	19,3	19	18,8
Neoplasias	3	2,8	6	5,12	7	4,7	22	21,8
Conducta suicida	1	0,9	2	1,7	1	0,6	5	4,9
Accidentes	35	32,1	27	23,1	8	5,3	7	6,9

Fuente. Historias de salud familiar

preuniversitario terminado (26,29 %), seguido de la universidad terminada con un 25,25 %. Este resultado se encuentra en correspondencia con Rodríguez y cols. (13) Esta característica constituye un logro social que hace evidente la efectividad de las estrategias educativas de formación vocacional, al tener la mayor parte de la población dispuesta a superarse académicamente en la universidad. Los resultados tienen relación con los obtenidos en cuanto al nivel de escolaridad de la población, pues la población adulta mayor que nació antes del triunfo de la Revolución tuvo menos posibilidades de superarse que la población joven. No se incluyeron 17 personas sin ningún nivel de escolaridad debido a que no tenían edad escolar.

En cuanto a la ocupación, predominaron los jubilados sobre las demás ocupaciones en el sexo masculino con un 15,36 %, rasgo que se encuentra en correspondencia con el predomi-

nio de los adultos mayores mostrado en los resultados. En el sexo femenino predominan las amas de casas con un 9,80 %. Estos datos constituyen un signo de alarma ya que la mayor parte de la población no es activa y no se encuentra aportando bienes materiales a la sociedad. Resulta significativo el hecho de que gran parte de las amas de casa poseen esta condición ocupacional a pesar de ser universitarias. Por otra parte, prevalece un 2,61 % de desocupados.

En el total de familias visitadas la composición ontogénica más frecuente fue la de familias extensas con un 52,5 %, seguida de las ampliadas con 30,0 % y, por último, las nucleares con 17,5 %. Los autores consideran que son características habituales de la composición ontogénica en Cuba, donde es muy frecuente que convivan en la misma vivienda varias generaciones. Asimismo, se constata que el mayor porcentaje de las familias se encuentra en la etapa de contracción lo

que se corresponde con la composición demográfica donde predominan los adultos mayores, pues en estas edades habitualmente se contrae y disuelve una familia.

Las crisis familiares relacionadas con el ciclo vital se encuentran con predominio en la etapa de disolución, un 35,71 % y las crisis no relacionadas con el ciclo vital en la etapa de contracción con un 30,30 %. De forma general predominan las crisis relacionadas con el ciclo familiar.

Los riesgos para la salud más frecuentes en la población, partiendo del análisis de los riesgos en las viviendas, fueron el predominio de animales domésticos y el riesgo de accidentes.

Se constató la presencia en la comunidad de riesgos ambientales y los más frecuentes fueron la deposición final de residuales líquidos, seguida de la recogida de residuales sólidos. Estos datos se encuentran en correspondencia con el hecho de que en muchas ocasiones tardan en llegar los servicios de recogida de basura y demoran varios días. Se convierten estas zonas en un medio favorable para los criaderos de mosquitos, según fue constatado por la presencia de micro-vertederos en varias zonas del área.

En cuanto a los riesgos a la salud encontrados en las personas, los hábitos dietéticos inadecuados resultaron ser el riesgo más frecuente con un 25,14 %, seguido del consumo de tabaco, con un 22,65 %. Esta información se traduce en el hecho de que cada día la población es más obesa y, por tanto, más vulnerable a presentar enfermedades crónicas no transmisibles. Los elevados índices de fumadores se relacionan con el hecho de que los hombres comiencen a presentar esta conducta desde edades tempranas, bajo la influencia en su mayoría de las características sociales particulares. La prevalencia del hábito de fumar se corresponde con estudios realizados por Rodríguez y cols. ⁽¹³⁾ y Valdés ⁽¹⁵⁾ en los cuales se encuentra comprendido como uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles fue otro de los resultados donde el sexo masculino tuvo predominio. Con respecto a las patologías transmisibles se aprecia la incidencia mayoritaria del dengue en ambos sexos, con una cifra mayor en el masculino con respecto al femenino. Esta característica se encuentra en correspondencia con la situación higiénico-epidemiológica de la comunidad, la cual se encuentra desfavorecida debido a la conducta negligente de sus habitantes. Se debe resaltar el alza de casos de ITS en la población que hace evidente la necesi-

dad de insistir más desde la salud pública en favor de educar a los habitantes, en particular a los adolescentes y jóvenes, para la adopción de conductas sexuales más protegidas.

En la población estudiada fue evidente un comportamiento importante de las enfermedades crónicas no transmisibles. La HTA predominó en las personas del sexo femenino con un 33,3 % aunque la prevalencia fue en del género masculino con el 34,7 %. A continuación, estuvo el asma bronquial con un 18,8 %. Este dato se encuentra en correspondencia con lo planteado por Rodríguez y cols. en su estudio, ⁽¹³⁾ donde aparece un predominio del 44,28 % para la HTA y un 25,13 % para el asma bronquial.

Predominó el sexo femenino en la población objeto de estudio y el grupo etéreo de 60 años y más. El nivel de escolaridad predominante fue el preuniversitario y a continuación el universitario. La ocupación más representada fue la de jubilados, seguido de las amas de casa. El tipo de familia más frecuente según su ontogénesis fue el de las familias extensas. Las crisis familiares más frecuentes relacionadas con el ciclo familiar predominaron en la etapa de disolución y las no relacionadas con el ciclo vital en la etapa de contracción. Los riesgos ambientales más frecuentes en la vivienda fueron: la presencia de animales domésticos y los accidentes; en la comunidad, la deposición final de residuales líquidos, seguida de la recogida de residuales sólidos.

CONCLUSIONES

Los riesgos de salud asociados a estilos de vida más frecuentes fueron: los hábitos dietéticos inadecuados y el consumo de tabaco. Con respecto a las patologías transmisibles se puede apreciar el predominio significativo de la incidencia del dengue. Las enfermedades crónicas no transmisibles más identificadas fueron, en orden de incidencia, la hipertensión arterial, seguida del asma bronquial. El análisis realizado permitió aseverar la relación que existe entre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad, además de reforzar el concepto de ser biopsicosocial, y confirmar la importancia de la promoción y prevención de salud.

Los autores recomiendan: continuar perfeccionando la elaboración del análisis de la situación de salud por los médicos y enfermeras de la familia. Realizar una alianza multidisciplinaria entre las organizaciones sociales y el médico de familia para el desarrollo de acciones de promoción y prevención de salud. Incentivar las acciones de promoción y prevención de salud, desde las plataformas digitales, para mejorar los

indicadores de salud de la población.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LA AUTORÍA

AAO: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal- Investigación, Administración del proyecto, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición.

MPE: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Recursos, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición.

DBN: Conceptualización, Curación de datos, Investigación, Recursos, Software, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

RHP: Conceptualización, Análisis formal, Metodología, Recursos, Supervisión, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

FINANCIACIÓN

No se recibió financiación para la realización de la presente investigación.

Los archivos complementarios pueden ser revisados en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/rt/supp-Files/233/0>

REFERENCIAS BLIOGRÁFICAS

1. Feo O. La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*[Internet]. 2004[citado 3/01/22];22(9):[aprox. 10p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021907.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS)[Internet]. Washington:OPS;1999[citado 3/01/22];20(3):[aprox. 16p.]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjzI33Ilz_AhXXF1kFHeLGCCsQFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2Fcidbimena.desastres.hn%2Fdocum%2Fops%2Fpublicaciones%2FEpidemiologico%2FBE_v20n3.pdf&usq=AOVaw2Jqdxjlz9QzFivXk_NyV6i.
3. Martínez S, Gómez H. Análisis de Situación de Salud. *Rev Cubana Salud Pública*[Internet]. 2003[citado 3/01/22];29(3):[aprox. 17p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010.
4. Muñoz F, López D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larriue M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública*[Internet]. 2000[citado 3/01/22];8(1/2):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsv/v8n12/3012.pdf>.
5. Socorro G, Cruz M, Pedreira MC, Corriols M, Cajina J, Gutiérrez V, et al. Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua[Internet]. Managua:Oficina Regional de la OMS;2006[citado 3/01/22]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWjhg-yTmlz_AhVtF1kFHVYFabcQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665.2%2F54631%2Fanalissituacion_spa.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usq=AOvVaw0hnjilzA0r5ZzS2dqS1L4Z.
6. López R. El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Rev Fac Nac Salud Pública*[Internet]. 2018[citado 3/01/22];36(3):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2018000300018.
7. García R, Ballbé A, Iglesia N. El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Educ Méd Super*[Internet]. 2015[citado 3/01/22];29(3):[aprox. 9p.]. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n3/ems23315.pdf>.
8. Morris JN. Uses of epidemiology. *Br Med J*. 1955;:395(10):401.
9. Organización Mundial de la Salud. Declaración Atención primaria de salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.[Internet]. Ginebra:OMS;1978[citado 3/01/22]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
10. Martínez S. Renovación del análisis de situación de salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cub Salud Pública*[Internet]. 2013[citado 3/01/22];39(4):[aprox. 10p.]. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n4/spu11413.pdf>.
11. Breihl J. La determinación social de la salud como he-

rramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública[Internet]. 2013[citado 2/01/22]; 31(1):[aprox. 14p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12028727002.pdf>.

12. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2021[Internet]. La Habana:MINSAP;2022[citado 2 Ene 2023]. Disponible en: <https://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>.

13. Rodríguez O, Mellor L, Arias Y, Quiñones MC. Análisis de la situación de salud en el Consultorio No. 32 del Policlínico Norte del municipio Ciego de Ávila. Mediciego[Internet]. 2013[citado 12 Feb 2023];19(Suppl. 1). Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/270>

14. Isalgué M, Isalgué Y, Wilson F, Hurtado JE. Orientación educativa para la prevención de manifestaciones de violencia familiar en adultos mayores. Rev Inform Cient[Internet]. 2010[citado 3/01/22].65(1):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/vol_65_No.1/orientac_educ_prevenc_tc.pdf.

15. González R, Lozano JG, Chala I, Lago O, Pestana MC. Análisis de la situación de salud en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2017[citado 3/01/22];33(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100004&lng=es.

16. Valdés GI, González GC, González RR. Análisis de la situación de salud de consultorio médico 30. Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". 2016. Universidad Médica Pinareña[Internet]. 2017[citado 3/01/22];13(2):[aprox. 10p.]. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/259/331>.

Recibido: 02 de marzo del 2023

Aceptado: 20 de abril del 2023

Publicado: 16 de junio del 2023



Este artículo de la **Revista Inmedsur** está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso la **Revista Inmedsur**.