
La Morbilidad y su relación con la situación socioeconómica. Estudio realizado en el sector de la Perimetral noroeste de la ciudad de Guayaquil. Enero – diciembre 2005.

Morbidity and its relationship with socioeconomic status. Study made in Perimetral northeast sector of Guayaquil. January – december. 2005

MEJOR TESIS DOCTORAL XXXVI PROMOCIÓN DE DOCTORES EN MEDICINA Y CIRUGÍA 2006-2007 FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

María del Rosario Vélez Galárraga *

RESUMEN

Tipo de estudio: Retrospectivo, transversal, descriptivo, analítico. **Objetivo general:** Relacionar los problemas de salud pública con la situación socioeconómica de las poblaciones en condiciones de pobreza para proponer estrategias preventivas en salud. **Metodología:** La situación socioeconómica fue analizada según la encuesta social realizada por SIGVOL (2005). La morbilidad fue obtenida de los centros y subcentros de salud del área n° 11 del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de Hogar de Cristo. Las tasas se calcularon con los datos de las áreas de salud (MSP) y se realizó la comparación con las tasas totales de la provincia del Guayas y del área n° 8, de mejor situación socioeconómica. **Resultados:** El 91.76% de la población en estudio vive en condiciones de pobreza (hacinamiento y falta de servicios básicos). Las enfermedades más frecuentes fueron las respiratorias y las gastrointestinales. El área n° 11 presentó las tasas más altas de Dengue clásico y hemorrágico, fiebre tifoidea y EDA en comparación con el área n° 8. **Conclusiones:** La pobreza incide en el estado de salud de las poblaciones. Los programas de servicios básicos por sí solos no solucionarían el problema. La prevención orientada a la educación sanitaria es una alternativa que puede mejorar la situación sanitaria. Los programas de salud orientados a la prevención deben ser ajustados de acuerdo a la realidad de la población, tiempo y espacio de la misma.

Palabras clave: Morbilidad. Situación socioeconómica. Atención primaria

SUMMARY

Type of study: Retrospective, transversal, descriptive, analytic. **General Objective:** Determine the relationship between public health problems with low socioeconomic status. Determine preventive measures. **Method:** Socioeconomic situation was analyzed by SIGVOL (2005). The morbidity was determined from patients at medical service center n° 11 of the Department of Public health and “Hogar de Cristo.” The data was compared to the total rates found in the province of Guayas and medical service center n° 8. **Results:** The 91.76% of the population live in poverty. The most common diseases were respiratory and gastrointestinal. Center n° 11 had the highest rate of classic dengue and hemorrhagic, typhoid fever and acute diarrhea compared to area n° 8. **Conclusions:** Poverty affects the health of populations. Basic medical treatment is not enough to solve the problem. Prevention oriented in educating people in good hygiene is an alternative to help the situation.

Keywords: Morbidity. Socioeconomic status. Primary medical attention.

Introducción

El conocimiento de las necesidades en salud de la población es un requisito ineludible para una gestión adecuada de los recursos sanitarios¹. Desde hace tiempo se sabe que los factores socioeconómicos influyen en el estado de salud de los individuos, de forma que los estratos más bajos tienen peor estado de salud que las clases más favorecidas. Se conoce además que no existe un umbral de pobreza por encima del cual se esté protegido frente a la enfermedad, sino que se trata de un gradiente lineal entre el nivel socioeconómico y el estado de salud².

Hasta el momento se desconoce el mecanismo exacto por el que los factores sociales determinan el nivel de salud de los pacientes: aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades, distinta utilización de los servicios sanitarios, etc³. Sin embargo, programas de salud pública orientados a la prevención podrían disminuir la prevalencia de determinadas enfermedades.

La prevención, por medio de la educación, prepara al individuo a vivir en su ambiente total, para que este adopte conductas que puedan evitar la aparición de enfermedades. En nuestro país un gran porcentaje de la población vive en condiciones de pobreza. La **pobreza global** es el estado de privación o riesgo de no poder satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación y/o salud⁴. En Ecuador la pobreza global es de un 60.6%⁵. En el último **Informe del Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo** el Ecuador mostró:

- Población que viven con < US\$1,08 diario: 17,7%⁶.
- Población que viven con < US\$2,15 diarios: 40,8%⁶.
- Accesibilidad a fuentes mejoradas de agua (red pública de agua) en Ecuador: si 57.3% y no 42.7%. Urbana: si 76.8% y no 23.2%. Rural: si 27.6% y no 72.4%.
- Disponibilidad de sistemas de eliminación de excretas en Ecuador: si 85.6% y no 14.4%. Urbana: si 95% y no 5%. Rural: si 79% y no 21%.^{7,8}
- Acceso a servicios eléctricos en Ecuador: si 91.9% y no 8.1%. Urbana: si 98.8% y no 1.2%. Rural: si 81.6% y no 18.4%⁹.

- promedio de personas por hogar: 5.6⁹.
- Hacinamiento (promedio de personas por dormitorio): 3.3 (límite inferior de hacinamiento según recomendaciones internacionales)⁹. 23% de los hogares del país⁸.

Debido a que para realizar un buen proyecto de prevención y además eficiente se debe conocer perfectamente la morbilidad que se pretende disminuir e identificar sus factores causales de acuerdo a la población afecta; el presente trabajo pretende dar a conocer la morbilidad y los factores socioeconómicos que influyen en la aparición de la misma, en una población pobre, para aportar ideas que ayuden a buscar una solución a su problema sanitario, de lo cual saldrá a relucir la importancia de la prevención en la práctica médica.

Los objetivos del presente estudio son:

- Caracterizar la situación de pobreza de la población en estudio: las condiciones de su vivienda, el acceso a servicios básicos adecuados, principales problemas del ambiente y la condición social de la población.
- Determinar la morbilidad de la población en estudio según grupos etáreos y sus respectivas tasas.
- Demostrar la relación existente entre la situación socioeconómica de la población y las enfermedades que padecen.
- Identificar el grupo poblacional vulnerable y proponer estrategias orientadas a la prevención de las causas de los problemas encontrados susceptibles a cambios en su frecuencia.

Hipótesis

La situación socioeconómica de la población localizada en el sector de la perimetral noroeste de Guayaquil incide en la mayor frecuencia de ciertas enfermedades que la diferencian del resto de la provincia del Guayas.

Personas, materiales y métodos

La población en estudio esta localizada en la ciudad de Guayaquil, en el sector de la perimetral noroeste desde Lomas de La Florida hasta Flor de Bastión Bloque #8; esta región corresponde a un área marginal de la ciudad.

La situación socioeconómica fue analizada según la encuesta social realizada con un formulario por SIGVOL (Servicio Ignaciano de Voluntariado) para Hogar de Cristo los días 2 y 3 de julio del 2005, en la cual: la muestra fue tomada de familias ubicadas a 2 Km. a la redonda respecto a la Cooperativa Balerio Estacio, Tercera Etapa, Mz. D339. El área geográfica comprende 12.5 Km². El área real ocupada (zona poblada) es de: 6.6 Km². El número de manzanas involucradas en el muestreo es de 2.058. El número total de manzanas conocidas en la vía perimetral es de 3.267. El número de lotes que se encuentran registrados en esta zona es de 54.963. El promedio de lotes por manzana es de 26.7. El porcentaje de lotes ocupados a enero de 2004 es de 56.8%. El número de lotes habitados promedio en cada manzana es de 17. Con el valor anterior se estima que el número de lotes ocupados a enero de 2004 era de 31.218. Considerando un crecimiento del 14% en la zona, el estimado de lotes ocupados actualmente es de 35.588. Considerando que en cada lote ocupado habita una familia tenemos una muestra de 35.588 familias. Para tener un error en los indicadores menor al 5% se calculó que el tamaño de la muestra necesaria es de: 798 familias. Pero se encuestaron 816 por el margen de error.

De la encuesta se tomaron para el estudio datos acerca de:

- . Vivienda: tipo de vivienda, número de cuartos, tenencia, número de habitantes por vivienda.
- . Servicios básicos: abastecimiento de agua, sistema de evacuación de excretas, sistema de eliminación de basura, tipo de alumbrado, principal combustible utilizado para cocinar.
- . Manejo de recursos naturales: principal problema de deterioro o contaminación ambiental
- . Demográficas: edad y sexo de la población.
- . Situación sanitaria: estado de salud (población que se ha enfermado en los 6 meses previos a la encuesta), servicio de salud utilizado.
- . Del informe final realizado por SIGVOL, Análisis de la Línea de Base de la Vía Perimetral Noroeste: «Diagnóstico socioeconómico de los barrios aledaños a la Perimetral noroeste de Guayaquil», de junio a noviembre de 2005, se tomaron para el estudio los siguientes informes:

- . Población económicamente activa: ocupados y desocupados.
- . Situación de pobreza y pobreza extrema: según la canasta básica y vital per cápita, respectivamente.
- . Ocupación
- . Accesibilidad geográfica (cómo se dirige al establecimiento y tiempo promedio en llegar).

En el estudio se manejarán las enfermedades diagnosticadas solamente en servicios de atención primaria, es decir, centros y subcentros de salud, de la provincia del Guayas.

Las enfermedades tomadas para el estudio son las diagnosticadas desde enero hasta diciembre del año 2005 en los 7 subcentros de salud de Hogar de Cristo, SC # 1 Balerio Estacio, SC # 2 Nueva Prosperina, SC # 3 Sergio Toral, SC # 4 Lomas De La Florida, SC # 5 Casa Del Tigre, SC # 6 Las Iguanas, SC # 7 Los Mangos, y las diagnosticadas en los centros y subcentros de salud del MSP del Ecuador del área n° 11: CSMI Francisco Jácome, SCU Prosperina, SCU Gallegos Lara, SCU Flor de Bastión 1, SCU Flor de Bastión 2, SCU Flor de Bastión 3 y SCU El Fortín, los cuales están ubicados en todo el área mencionada.

Las enfermedades serán agrupadas según el aparato afecto, debido a que la hoja de notificación mensual de enfermedades del MSP es diferente a la hoja de control mensual de morbilidad de Hogar de Cristo, para obtener número de casos.

Las tasas de morbilidad fueron obtenidas con los datos del MSP (área n° 11) para realizar la comparación con las tasas totales de la provincia del Guayas (diagnósticos de todas las áreas de salud, desde n° 1 hasta n° 32) y con áreas más favorecidas que el área de estudio (área n° 8).

Las enfermedades que se usaron para la comparación fueron:

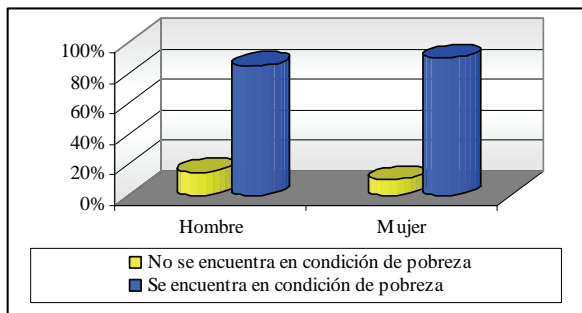
- . Crónicas: hipertensión arterial y diabetes mellitas
- . Infecciosas: varicela, dengue clásico, dengue hemorrágico, fiebre tifoidea, hepatitis viral, tuberculosis pulmonar, enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA).

El procesamiento de la información y el análisis de los datos se los realizó con el programa excel.

Resultados

El 91.76% de la población en estudio vive en condiciones de pobreza (gráfico 1 y 2).

Gráfico 1

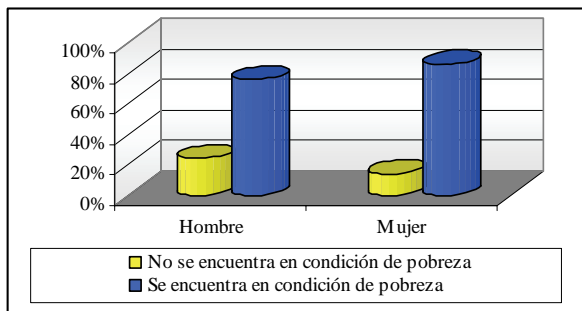


Condiciones de pobreza en el hogar.

*La condición de pobreza fue valorada según la canasta básica per cápita determinada por el INEC: "Un hogar promedio en Ecuador está conformado por 4.2 personas; \$425.10 dólares es el precio de la canasta básica per capita (zonas urbanas)". Con estos datos se calculo que \$101.25 dólares es el costo de la canasta básica per cápita. Por lo tanto los que no alcanzan los \$101.25 dólares son los que se encuentran en condiciones de pobreza.

Fuente: Diagnóstico socioeconómico de los barrios aledaños a la Perimetral noroeste de Guayaquil

Gráfico 2



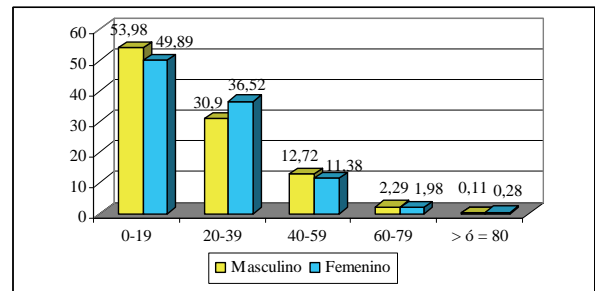
Condiciones de pobreza extrema en el hogar.

*La condición de pobreza fue valorada según la canasta vital per cápita determinada por el INEC: "Un hogar promedio en Ecuador está conformado por 4.2 personas; \$294.91 dólares es el precio de la canasta vital per capita (zonas urbanas)". Con estos datos se calculo que \$67.84 dólares es el costo de la canasta vital per cápita. Por lo tanto los que no alcanzan los \$67.84 dólares son los que se encuentran en condiciones de pobreza extrema.

Fuente: Diagnóstico socioeconómico de los barrios aledaños a la Perimetral noroeste de Guayaquil

Es una población joven ya que el 52% tienen de 0 a 19 años, el 34% (20 a 39 años) y el 12% (40 a 59 años), con igual proporción de género (gráfico 3).

Gráfico 3

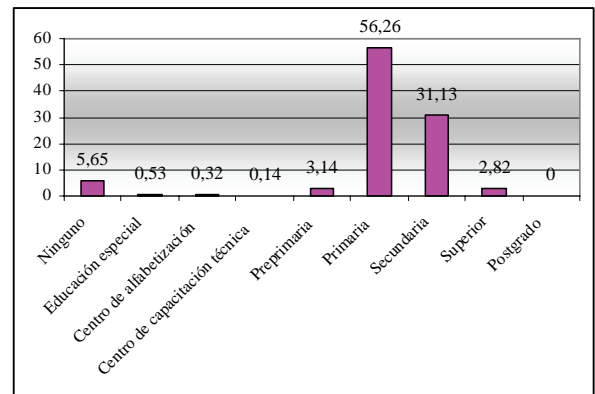


Edad y sexo.

Fuente: Encuesta Social en Perimetral noroeste de Guayaquil

El 56% de la población (> 5 años) ha aprobado la educación primaria, el 31% la secundaria y el 6% no ha recibido educación de ningún tipo (gráfico 4).

Gráfico 4

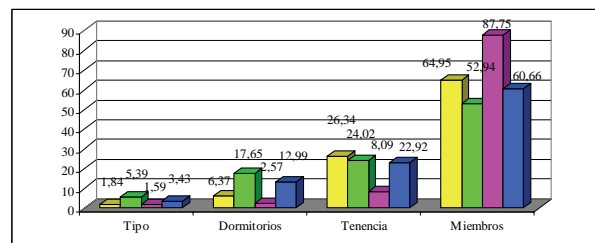


Nivel de instrucción más alto aprobado (>5 años).

Fuente: Encuesta Social en Perimetral noroeste de Guayaquil

Vivienda: el 65% de la población vive en mediagua y rancho; el 52% de las viviendas cuentan con un dormitorio; el 88% de las viviendas son propias y el 61% de los hogares están formados por 3 a 5 miembros (gráfico 5).

Gráfico 5



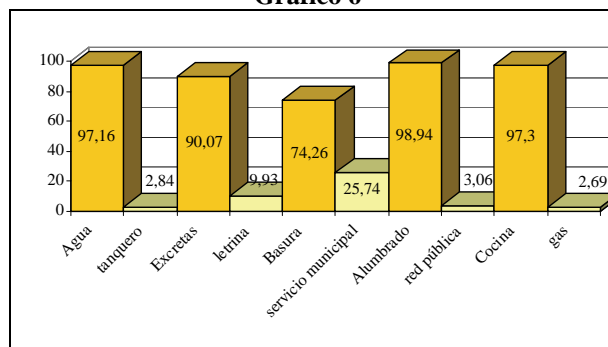
Vivienda.

Choza y covacha	3-4	Otros	9 o +
Cuarto	0	Posesionada/donación/herencia	0 a 2
Casa y dpto.	2	Arrendada/prestada/por servicios	6 a 8
Mediagua y rancho	1	Propia	3 a 5

Fuente: Encuesta Social en Perimetral noroeste de Guayaquil

Servicios Básicos: el 97% de los hogares obtienen agua por medio de tanquero; el 90% usan letrina; el servicio municipal de eliminación de basura es usado por el 74% de la población y el 95% usa la red pública de alumbrado. El 97% cocina principalmente con gas (gráfico 6).

Gráfico 6

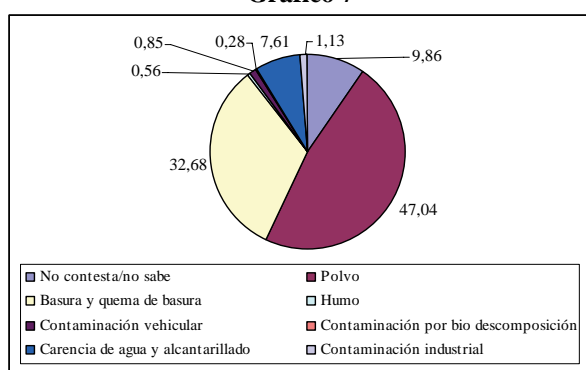


Servicios básicos.

Fuente: Encuesta Social en Perimetral noroeste de Guayaquil

Medio Ambiente: el principal problema de deterioro o contaminación ambiental fue el polvo con un 46%, seguido por la basura y quema de basura con un 33% (gráfico 7).

Gráfico 7



Principal problema de deterioro o contaminación.

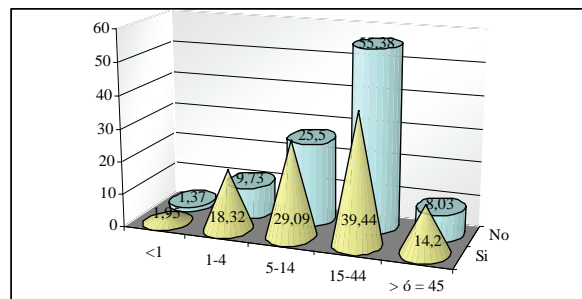
Fuente: Encuesta Social en Perimetral noroeste de Guayaquil

Situación Sanitaria: de la población de 15 a 44 años, el 40% se enfermaron en los últimos 6 meses; de 5 a 14 años, el 29% y de 1 a 4 años, el 18% (gráfico 8).

El 51% de la población se hizo atender en un centro de salud, el 13% fue al hospital, con

médico privado y la farmacia fueron el 8% para cada una y un 7% se automedicó (gráfico 9).

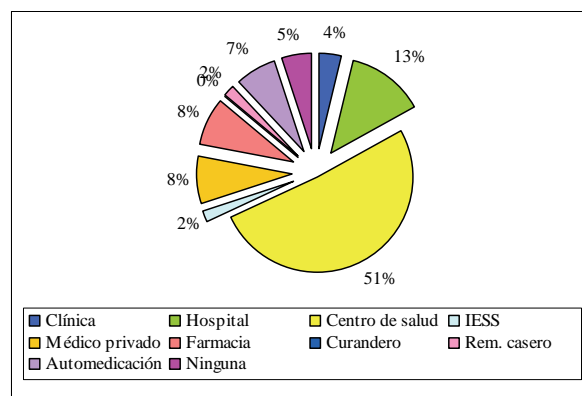
Gráfico 8



Personas que se enfermaron según rango de edad.

Fuente: Encuesta Social en Perimetral noroeste de Guayaquil

Gráfico 9

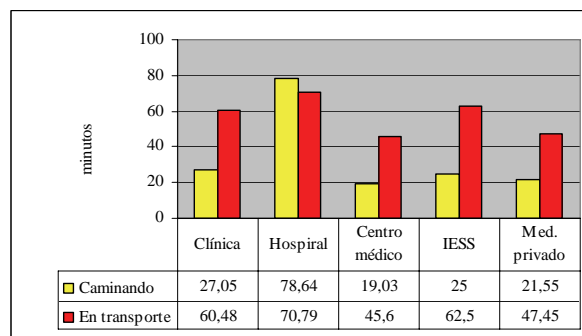


¿Donde se hizo atender?.

Fuente: Encuesta Social en Perimetral noroeste de Guayaquil

Además se observó que el centro de salud es el servicio de salud que menos tiempo les toma en llegar tanto caminando como en transporte; la mayoría va en transporte. (Gráficos 10 y 11)

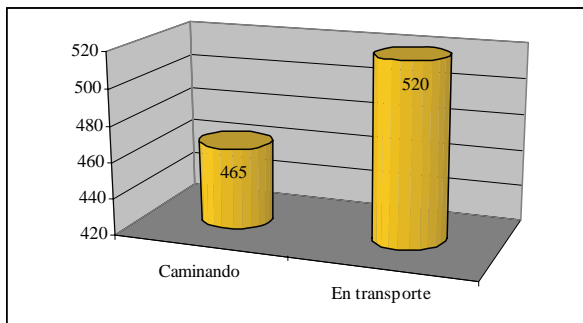
Gráfico 10



Tiempo promedio en llegar

Fuente: Diagnóstico socioeconómico de los barrios aledaños a la Perimetral noroeste de Guayaquil.

Gráfico 11

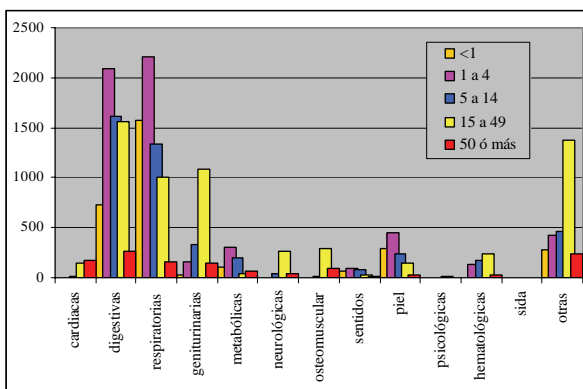


¿Como se dirige al establecimiento?.

Fuente: Diagnóstico socioeconómico de los barrios aledaños a la Perimetral noroeste de Guayaquil.

Morbilidad: Hogar de Cristo: En los 7 SCS de Hogar de Cristo (20878 casos diagnosticados) se encontró que las patologías respiratorias y digestivas son las que mostraron mayor número de casos. Dentro de las respiratorias, las IRA, 2589 casos; faringoamigdalitis, 2054 casos y bronquitis, 1241 casos, fueron las más comunes. Dentro de las digestivas lo fueron las parasitosis, 2631 casos y EDA, 2007 casos. Se encontró también alto número de casos de IVU, 1423 casos y desnutrición, 610 casos. Por grupos de edad se observa que en cuanto a las patologías respiratorias, la mayoría fueron de 1 a 4 años, 2209 casos, seguido de los menores de 1 año, 1574 casos; 5 a 14 años, 1337 casos; 15 a 49 años, 1004 casos y los mayores de 50 años, 159 casos. En cuanto a patologías digestivas, la mayoría fueron también de 1 a 4 años, 2085 casos seguida por los de 5 a 14 años, con 1619 casos; 15 a 49 años, 1560 casos; menores de 1 año, 727 casos y al final los mayores de 50 años, con 260 casos (gráfico 12 y tabla 1).

Gráfico 12



Distribución de la morbilidad según grupos etáreos.

Fuente: Hogar de cristo.

Tabla 1

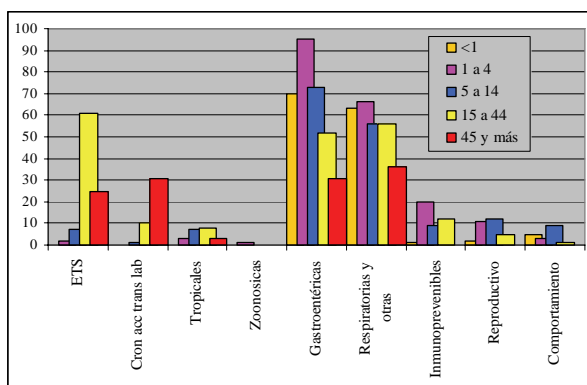
		Subcentros de Hogar de Cristo													
No.	Grupos	Mes	Total 2005					Edades y grupos patológicos							
			<1	1ª	5ª	15ª	50+	Total	<1	1ª	5ª	15ª	50+	Total	
		Patologías	Año	Años	Años	Años	Años	Año	Años	Años	Años	Años	Años	Años	Años
1	Cardíacas	Cardiopatía	1	2	5	2	13	23							
2		Hipertensión arterial	0	0	2	148	161	311	1	3	7	150	174	335	
3		Valvulopatía	0	1	0	0	0	1							
4	Digestivas	Colitis infecciosa	5	1	25	113	31	175							
5		Enf. Diarreica	533	824	346	263	41	2007							
6		Gastritis	2	0	13	242	51	3085							
7		Gastroenteritis	41	97	28	16	4	186							
8		Litiasis biliar	0	0	0	39	11	50							
9		Parasitosis	122	978	960	492	79	2631	727	2085	1619	1560	260	6251	
10		Parotiditis	3	42	24	8	0	77							
11	Respiratorias	Salmonelosis	7	32	61	128	10	238							
12		Tifoides	1	71	133	196	28	429							
39		Hernia inguinal	3	11	1	7	0	22							
40		Alergia alimenticia	10	29	28	56	5	128							
13		Asma bronquial	33	95	58	32	5	223							
14		Bronconeumonía	27	31	22	35	11	126							
15		Bronquitis	380	446	248	138	29	1241							
16	Respiratorias	Faringoamigdalitis	207	622	599	556	70	2054	1574	2209	1337	1004	159	6283	
17		Inf. Tracto respiratorio	927	1014	402	206	40	2589							
18		Sinusitis	0	1	8	23	3	35							
19		Tuberculosis pulmonar	0	0	0	14	1	15							
20	Ginecológicas	Candidiasis vaginal	0	4	12	267	32	315							
21		Fimosis	2	1	0	2	0	5	25	165	325	1089	139	1743	
22	Metabólicas	Inf. Tracto urinario	23	160	313	820	107	1423							
23		Desnutrición I grado	71	200	141	4	2	418							
24		Desnutrición II grado	30	92	56	0	0	178	103	299	202	34	63	701	
25	Desnutrición III grado	2	7	5	0	0	14								
26	Diabetes mellitus	0	0	0	30	61	91								
27	Neurológicas	Cefalalgia	0	4	35	144	18	201							
28		Mioneuralgia	0	1	11	118	20	150	0	5	46	262	38	351	
29	Osteomuscular	Dorsolumbalgia	0	0	13	176	40	229	0	1	16	289	97	403	
30		Osteoartritis	0	1	3	113	57	174							
31	Oftalmológicas	Cataratas	0	0	0	2	1	3							
32		Conjuntivitis	50	40	21	18	5	134	64	93	73	33	17	280	
33		Glaucoma	0	0	0	1	0	1							
34		Otitis media	14	53	52	12	11	142							
35	Piel	Dermatomicosis	141	189	111	81	17	539							
36		Piodermitis	134	230	91	49	11	515	286	447	235	147	28	1143	
37		Varicela	11	238	33	17	0	89							
38	Psicológicas	Depresión	0	0	1	19	1	21	0	0	1	19	1	21	
41		Hematológicas	Anemia	5	136	168	242	31	582	5	136	168	242	31	582
42	Sida		Sida	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3	0	3
43	Otros	Otros	272	424	468	1381	237	2782	272	424	468	1381	237	2782	
		Total	3057	5867	4497	6213	1244	20878	3057	5867	4497	6213	1244	20878	

Fuente: Hogar de cristo.

Áreas de Salud (MSP): en los 7 CS y SCS del área n° 11 de la DPSG, 847 casos diagnosticados; se encontró que las patologías digestivas y respiratorias fueron también las que mostraron mayor número de casos. Dentro de las digestivas, las EDA fueron las más comunes, con 235 casos y

dentro de las respiratorias, lo fueron las IRA, con 252 casos. De las enfermedades tropicales hubieron 46 casos; de los cuales 25, fueron de dengue hemorrágico y 21 dengue clásico. Por grupos de edad se pudo observar que dentro de las patologías gastroentéricas, la mayoría de pacientes tenían de 1 a 4 años, 95 casos; seguidos por los de 5 a 14 años, 73 casos; menores de 1 año, 70 casos; 15 a 44 años, 52 casos y los mayores de 45 años, 31 casos. Dentro de las patologías respiratorias, 1 a 4 años fueron la mayoría con 66 casos, seguidos por los menores de 1 año, 63 casos; 5 a 14 años y 15 a 44 años, 56 casos cada grupo; y mayores de 45 años, 36 casos. Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, ETS, la mayoría fueron pacientes de 15 a 44 años, con 61 casos y mayores de 45 años, con 25 casos (gráfico 13).

Gráfico 13

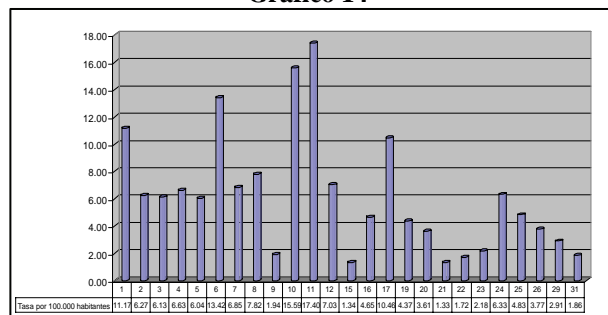


Distribución de la morbilidad según grupos etáreos

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Tasas de Morbilidad: El área 11 tiene la tasa más alta de dengue hemorrágico en la provincia del guayas, siendo de 17,40 por cada 100.000 habitantes, mientras que la tasa de dengue hemorrágico en la provincia del guayas es de 6,91 por cada 100.000 habitantes (gráfico 14).

Gráfico 14



Tasa por 100000 hab: dengue hemorrágico.

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Análisis estadístico

La comparación entre los intervalos de confianza de las tasas de morbilidad del Área n° 11 y Guayas mostró que: las patologías dengue hemorrágico, EDA e IRA (+, y > 1,96) demostraron tener mayor morbilidad en el área 11, que en la provincia del Guayas. En el caso de varicela, dengue clásico y tuberculosis pulmonar (0) demostraron tener igual morbilidad que la provincia del Guayas. En lo que corresponde a hipertensión arterial, diabetes mellitus, fiebre tifoidea y hepatitis viral (-) demostró tener menor morbilidad que la provincia (tabla 2).

Tabla 2

Patología	Nivel de significancia	
Hipertensión arterial	-	-11.72
Diabetes mellitus	-	-7.37
Varicela	O	-1.06
Dengue clásico	O	1.44
Dengue hemorrágico	+	4.78
Fiebre tifoidea	-	-6.04
Hepatitis viral	-	-4.06
EDA	+	15.39
Tuberculosis pulmonar	O	-0.73
IRA	+	3.24

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Mientras que la comparación entre los intervalos de confianza de las tasas de morbilidad del Área n° 11 y n° 8 dio como resultado que: las patologías dengue clásico, dengue hemorrágico, fiebre tifoidea, EDA (> 1,96) demostraron tener mayor morbilidad en el área 11 que en el área 8. En el caso de hipertensión arterial, diabetes mellitus, varicela, hepatitis viral, tuberculosis pulmonar e IRA (< 1,96) demostró tener menor morbilidad que el área 8 (tabla 3).

Tabla 3

Patología	Nivel de significancia
Hipertensión arterial	-7.12
Diabetes mellitus	-5.83
Varicela	-0.84
Dengue clásico	8.37
Dengue hemorrágico	4.11
Fiebre tifoidea	4.69
Hepatitis viral	0.58
EDA	32.25
Tuberculosis pulmonar	0.42
IRA	-26.73

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Discusión

La población en estudio vive en condiciones de hacinamiento y el tipo de vivienda en la mayoría, favorece la insalubridad. No cuentan con adecuados servicios básicos; casi todos consumen agua de tanquero; usan letrina y, aunque el servicio municipal de recolección de basura si llega al sector, casi la mitad de la población se queja de contaminación por la quema de basura, aparte del polvo. Todo esto dificulta la posibilidad de mantener hábitos de higiene adecuados, lo que a su vez facilita la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Es una población joven con bajo nivel de educación (la mitad ha terminado la educación primaria y la cuarta parte la secundaria). La población de 20 a 65 años representa el 59% de la PEA. La actividad más común a la que se dedican las mujeres son los quehaceres domésticos.

La mayoría de los enfermos en los 6 meses previos a la encuesta tenían 15 a 44 años, probablemente por ser la población más numerosa al momento de la encuesta. Pero en la población de 1 a 4 años, más fueron los enfermos que los sanos. La mitad de la población se hace atender en los centros de salud y la otra mitad se reparten entre el hospital, la farmacia, médico vecino o se automedica.

Las enfermedades que más se diagnosticaron en los centros y subcentros de salud fueron las respiratorias y las gastroentéricas. Dentro de las respiratorias las más comunes fueron las IRA, faringoamigdalitis y bronquitis. Dentro de las gastroentéricas, fueron las EDA y las parasitosis.

Hogar de Cristo mostró tener también un alto número de diagnósticos de IVU y moderados casos de desnutrición infantil, mientras que la DPSG, alta incidencia de dengue hemorrágico y moderados casos de ETS. La población más afectada, en general, es la infantil, principalmente los preescolares.

El área 11 tiene la tasa de morbilidad más alta de dengue hemorrágico de todas las áreas de la provincia, además de tener mayor morbilidad de EDA e IRA que en el resto de la provincia. Comparada con el área 8 (de mejor condición

socioeconómica, Saucés) tiene mayor morbilidad de dengue, fiebre tifoidea y EDA.

Marc Lalonde (ex ministro de salud de Canadá), basado en una publicación en 1973 por H. L. Laframboise¹⁰; en 1974 emite un documento denominado **"el concepto del campo de salud"**¹¹ en el cual analizó cómo el nivel de salud de una comunidad es determinado por la interacción de cuatro elementos:

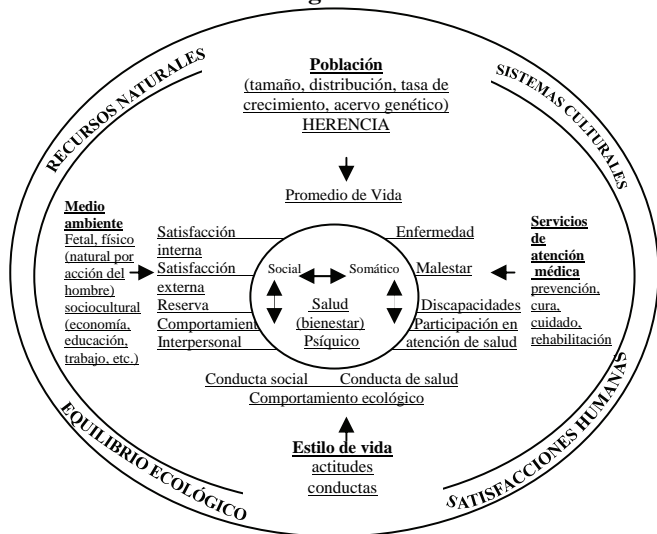
- La biología humana, que incluye todos aquellos aspectos relacionados con la salud, tanto física como mental, así como la herencia genética y el proceso de madurez y envejecimiento.
- El medio ambiente, que incluye todos los factores relacionados con la salud que se hallan fuera del cuerpo humano.
- El estilo de vida, formado por la suma de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se puede ejercer cierto grado de control.
- El sistema de asistencia sanitaria, consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar atención médica. Este puede ser subdividido en tres elementos: curativo, restaurador y preventivo.

Más adelante en 1974, Henrik L. Blum propuso un modelo de "ambiente de salud" (figura 1) que luego se llamó "campo causal y paradigmas de bienestar en la salud"¹². Blum plantea que la amplitud de los cuatro factores determinantes de la salud demuestra la importancia relativa de los mismos. Los cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales.

Contrariamente, Lalonde sostiene que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio.

La cuestión importante a resolver es cómo operan estos cuatro factores en el caso de las enfermedades específicas, o, alternativamente, cómo funcionan en ausencia de la enfermedad (es decir, en estado de salud)^{13,14}.

Figura 1



Los paradigmas de bienestar y el campo de fuerzas de la salud.

El ancho de cada una de las fechas de entrada indica su potencial importancia relativa en el campo de la salud. La matriz envolvente que las circunda es lo que llamamos “medio ambiente” del sistema de salud e indica la relación existente entre los cuatro elementos y la interacción que cada uno ejerce sobre el otro.

Fuente: *Planning for Health* (2da. Edición). Henrik L. Blum, con autorización de Human Sciences Press, 1981, 5.

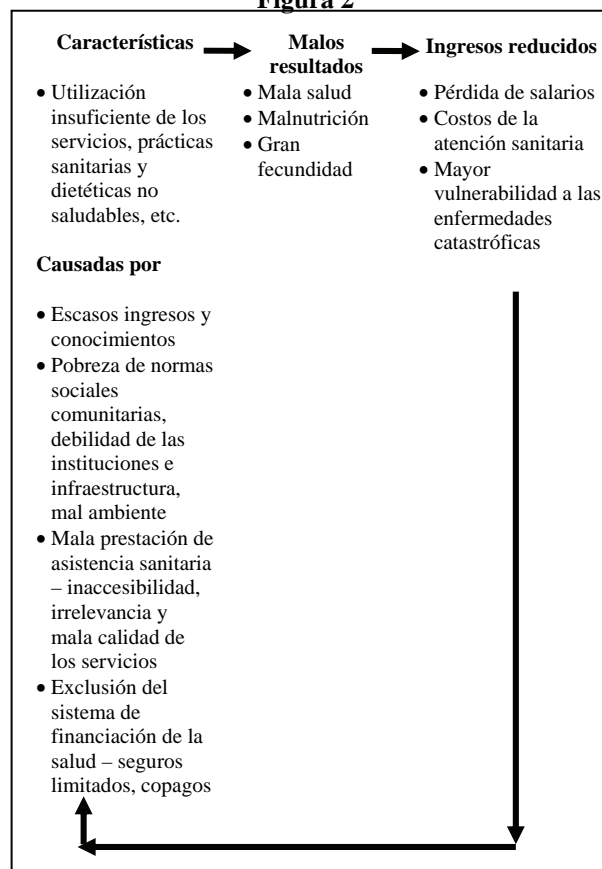
Adam Wagstaff, en su publicación *Pobreza y desigualdades en el sector de la salud* (2002), afirma que la pobreza y la mala salud están interrelacionadas¹⁵.

Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional.

La enfermedad o la fecundidad pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares^{16,17} y marcar incluso diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza¹⁸.

Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria¹⁹. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud^{20,21}. De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza (figura 2).

Figura 2



Ciclo de la salud y la pobreza.

Fuente: *Pobreza y desigualdades en el sector de la salud*. Adam Wagstaff, 2002

El tema de prevención en salud, es básico en un sector que no cuenta con buenos servicios básicos. Los programas de alcantarillado o de sistema de agua potable por sí solos no solucionarían el problema. Se debe procurar que la gente tenga una conciencia clara de las afecciones a su propia salud, producto de tener malos hábitos de higiene, como ingerir agua contaminada.

Los programas de salud orientados a la prevención de enfermedades deben ser impartidos en los centros de salud, al menos ahí llegaría la información a la mitad de la población y deben ser elaborados de acuerdo a la realidad propia de la población, por ejemplo, la gran mayoría usa gas para cocinar, por lo tanto, programas orientados a hervir el agua, sería factible. La educación que se pueda dar al respecto sin duda incidirá en los porcentajes de enfermedades fácilmente prevenibles, uno de las capacidades que la gente debe desarrollar para elevar su nivel de vida.

Para el efecto: debe promoverse la participación coordinada de los diferentes organismos involucrados en el mejoramiento de la calidad de vida del área implicada. Ajustar programas de educación a la verdadera demanda de la comunidad y a las características culturales de la misma.

Manejar sistemas de registro médico homogéneo tanto en entidades de servicios públicos como en privados lo cual facilita el análisis de la situación en salud. Establecer sistemas de información estadística con procesamientos que permitan la definición precisa de servicios que demandan la comunidad.

Referencias bibliográficas

1. Arias Álvarez MA, et al. Nivel socioeconómico y consumo de recursos sanitarios en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*; 61(4):292-7, 2004.
2. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Determinantes sociales de la salud. En: Macías Gutiérrez BE, Arocha Hernández JL, editores. *Salud pública y educación para la salud*. Las Palmas: ICEPPS Editores; p. 347-64. 1996.
3. Sáez M. Grupo de Recerca en Estadística, Economía Aplicada i Salut (GRECS). Universitat de Girona. Girona. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencia empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*; 17:412-9. 2003.
4. Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerios del Frente Social, Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, Instituto Nacional del Niño y la Familia, Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Los niños y niñas ahora, una selección de indicadores de su situación a inicios de la nueva década. Resultados de la "Encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares" EMEDINHO, diciembre 2000. Quito: Abya-Yala; noviembre 2001.
5. Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud Pública, Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de Salud. Situación de la salud en el Ecuador. Indicadores básicos por región y provincia. Edición 2001. Quito; MSP, INEC, OMS/OPS; 2001.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2004. Barcelona, España: Mundi-Prensa; 2004.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Informe Mundial de la Infancia 2000. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica: UNICEF; 2000.
8. Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos. La Encuesta de Condiciones de Vida en el Ecuador: ECV. Un enfoque de los contrastes regionales, urbano-rural y de género. Quito: INEC; 1998.
9. Ecuador. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. USA. Centros para el Control de Enfermedades. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN III. Quito: CEPAR, CDC; 1999.
10. H. L. Laframboise. Health Policy: Breaking the Problem Down in More Manageable Segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393. 1973.
11. Marc Lalonde. A new Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, 1974.
12. Henrik L. Blum. Does Health Planning Work anywhere, and if so, Why?. *American Journal of Health Planning* 3 (3), 44, 1978.
13. G. E. Alan Dever. *Community Health Analysis*. Rockville, Md.: Aspen Systems Corporation, capítulo 10. 1980.
14. G.E. Alan Dever. *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. OPS y OMS; p. 4-7. 1991.
15. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health* 11(5/6), 2002.
16. World Bank. *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
17. Bloom D, Sacks J. Geography, demography and economic growth in Africa. *Brookings Papers on Economic Activity*; 2:207-295. 1998
18. Eastwood R, Lipton M. The impact of changes in human fertility on poverty. *J Dev Stud*; 36:1-30. 1999.
19. Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S. *Voices of the poor: can anyone hear us?* New York: Oxford University Press; 2000.
20. Pritchett L, Summers LH. Wealthier is healthier. *J Hum Resour*; 31:841-868. 1996.
21. World Bank. *World Development Report 2000/2001: attacking poverty*. Oxford and New York: Oxford University Press; 2000.

Dra. María del Rosario Vélez Galárraga
Teléfonos: 593-04-2392122; 093060580
Correo electrónico: mariadelrosariovg@yahoo.com
Fecha de presentación: 20 de marzo de 2007
Fecha de publicación: 26 de marzo de 2007
Traducido por: Dra. Janet J. Moreno E.