

Inequidades sociales, educativas

y económicas en la población rural de Quingeo, Ecuador

Social, educational and economic inequities in the rural population of Quingeo, Ecuador

Rina Ortiz, MD, MgSc^{1*}, Maritza Torres, MD, MgSc², Susana Peña Cordero, MD, MgSc¹, Viviana Narváez, MgSc³, Nancy Reinoso Calle, Lcda⁴, Soledad Ávila León, MD⁵, Alexandra Carabaja Rivera, MD⁶, Italo Fernando Larrea Romero, MD⁶, Roberto J. Añez, MD⁷, Joselyn Rojas, MD, MgSc^{2,8}, Valmore Bermúdez, MD, MPH, MgSc, PHD^{7,9}

¹Universidad Católica de Cuenca. Facultad de Medicina. Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

²Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud de Baños, Ciudad de Cuenca, Provincia del Azuay, República del Ecuador.

³Universidad Católica de Cuenca. Facultad de Psicología Clínica. Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

⁴Licenciada en enfermería. Universidad de Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

⁵Especialista en medicina familiar y comunitaria. Universidad de Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

⁶Doctor en medicina y cirugía. Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social. Hospital José Carrasco Arteaga. Ciudad de Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

⁷Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas "Dr. Félix Gómez". Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Venezuela.

⁸Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA 02115, USA

⁹Grupo de Investigación Altos Estudios de Frontera (ALEF), Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia.

*Autor de correspondencia: Rina Ortiz, MD, MgSc. Universidad Católica de Cuenca. Facultad de Medicina. Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

Correo: rinaortiz@hotmail.es

Resumen

Introducción: Ecuador es un país latinoamericano que ha sufrido diversos cambios epidemiológicos en las últimas décadas, acorde a la transición demográfica, caracterizada por un aumento de ingresos monetarios, educación, empleo y mejoras en los servicios de salud. Esto ha llevado a una adopción de hábitos perjudiciales que han concordado con el aumento de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. A su vez, estas enfermedades se han relacionado con diversos factores socioeconómicos especialmente en poblaciones en vías de desarrollo, por lo que el objetivo de este estudio fue evaluar las características sociodemográficas de la población de Quingeo, Ecuador.

Metodología: Se realizó un estudio de campo, descriptivo y transversal que incluyó a 530 individuos adultos de la parroquia rural de Quingeo, perteneciente al Cantón de Cuenca, Ecuador. Se les aplicó una historia clínica completa indagándose en los factores sociodemográficos como: edad, sexo, estado civil, estatus socioeconómico, nivel de educación, estatus laboral y ocupación.

Resultados: Del total de individuos evaluados, el 59,06% (n=313) perteneció al sexo femenino. La edad media de la muestra fue de 43,21±18,20 años, siendo el grupo etario más frecuente los adultos jóvenes (57,9%; n=307). Los sujetos fueron principalmente casados (55,7%; n=295), desempleados (67,9%; n=360), con estudios de educación primaria (47,7%, n=253), y con un nivel socioeconómico de clase obrera (49,1%, n=260). A su vez, los individuos en extrema pobreza tenían mayores proporciones de desempleo y de analfabetismo.

Conclusión: Este estudio constituye un reporte sobre la situación socioeconómica y demográfica actual de la población rural de Quingeo, en donde los individuos con estratos socioeconómicos bajos presentaron un alto porcentaje de desempleo y bajo nivel educativo, por lo que deben abordarse estas situaciones para mejorar la promoción de la salud.

Palabras clave: características sociodemográficas, bajo nivel educativo, estatus socioeconómico.

Abstract

Introduction: Ecuador is a Latin American country that has undergone several epidemiological changes in the last decades, according to the demographic transition, characterized by an increase in monetary income, education, employment and improvements in health service. This has led to an adoption of harmful habits that have related to increase mortality from chronic non-communicable diseases. In turn, these diseases have been related to various socioeconomic factors especially in developing country, so the purpose of this study was to evaluate the sociodemographic characteristics of the population of Quingeo, Ecuador.

Methodology: A field, descriptive and cross-sectional study was carried out involving 530 individuals from the rural parish of Quingeo, in the Canton of Cuenca, Ecuador. It was applied a complete medical history including sociodemographic factors such as: age, sex, marital status, socioeconomic status, educational level, work status and occupation. Results: Of the overall of individuals, 59.06% (n = 313) belonged to the female sex. The mean age of the sample was 43.21 ± 18.20 years, with the youngest being the most frequent age group (57.9%; n = 307). The subjects were mainly married, with primary education (47.7%, n = 253), and belonging to working class (49.1%, n = 260). At the same time, individuals in extreme poverty had higher unemployment and illiteracy rates.

Conclusion: This study presents a report of the actual socioeconomic and demographic situation of the rural population of Quingeo, where individuals with low socioeconomic strata presented a high percentage of unemployment and low educational level

Keywords: sociodemographic characteristics, low educational level, socioeconomic status.

Latinoamérica ha entrado en una transición demográfica, descrita como el cambio en el paradigma socioeconómico de la población, con un aumento de ingresos monetarios, educación, empleo y mejoras en los servicios de salud. Sin embargo, estos fenómenos poblacionales también han coincidido con el aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, que en conjunto a las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA o la malaria, constituyen la carga de morbilidad más importante a nivel mundial, englobando todos estos aspectos un problema de salud pública de mayor índole en los países en vías de desarrollo¹.

Esta transición parece estar relacionada con el alcance de la tecnología y la modernización de los servicios de alimentación y la capacidad de la población de obtenerlos, en conjunto a la redistribución de los empleos con mayor número de horas laborales y poca actividad física². Además, la incidencia de enfermedades cardiovasculares parece ser mayor en países en vías de desarrollo, a pesar de que los factores de riesgo tradicionales son los mismos, por lo que se ha planteado un importante efecto de factores socioeconómicos como la edad, educación y el nivel de ingresos sobre la incidencia de estas enfermedades^{3,4}. De esta manera surgen dos componentes relacionados entre sí, el estilo de vida caracterizado por los hábitos practicados por las poblaciones y por otro lado la condición socioeconómica del individuo estudiado, los cuales interactúan entre sí definiendo patrones sociales asociados o no con mayor mortalidad cardiovascular^{5,6}, siendo importante su estudio para implementar políticas o medidas que disminuyan su impacto en la población.

Ecuador es un país latinoamericano que ha sufrido estos cambios en las últimas décadas, caracterizado por un ensanchamiento de la pirámide poblacional por envejecimiento de la población⁷. A su vez, la tasa de participación laboral aumentó a 67,3% en diciembre de 2016⁸ con un promedio de años de escolaridad en la población general de 9,6 años⁷, lo que puede indicar un buen progreso de la población. Además se estiman proyecciones importantes hacia el año 2050, con un crecimiento poblacional estimado del 150% y mayor esperanza de vida (80,5 años)⁹.

Ecuador tiene una distribución socio-geográfica definida, dividida en zonas urbanas y rurales, de importancia ya que la transición epidemiológica parece no afectar de la misma manera a estas poblaciones, como lo propone Melby y cols.¹⁰ en 400 mujeres entre 18-75 años de la provincia de Chimborazo, la cual cuenta con aproximadamente 48.581 habitantes, con una distribución de la población rural del 59%, en donde se observó que el 95% de las mujeres de los sitios urbanos adquirieron sus alimentos en mercados, mientras que el 66% de las mujeres de poblaciones rurales lo hicieron a través de su propio cultivo, con un mayor consumo de alimentos altos en calorías en el primer grupo. Además, se evidenció una menor actividad física en las poblaciones urbanas, con una mayor

prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y obesidad, sugiriendo que estos factores se relacionan más a la región urbana.

Una de las principales ciudades de actividad económica industrializada en Ecuador es Cuenca, capital de la provincia de Azuay. Según datos del INEC, posee una población estimada de 505.585 habitantes, de los cuales 52,65% pertenecen al sexo femenino, con un 65,25% de esta población viviendo en zonas urbanas, mientras que el 34,74% se ubica en las regiones rurales¹¹. Quingeo es una parroquia rural de Cuenca que para el año 2010 contaba con un aproximado de 7.450 individuos¹¹. Las poblaciones rurales se caracterizan por un alto nivel de pobreza y desempleo, bajo nivel educativo, así como mayores limitaciones en los accesos al servicio de salud¹². Sin embargo, muchos de estos datos socio-demográficos en esta población son limitados, siendo difícil su comparación con otras poblaciones dentro del Ecuador. Debido a la importancia de la caracterización de los patrones sociales en la población, el objetivo de este trabajo fue evaluar las principales características sociodemográficas de individuos adultos de la parroquia de Quingeo, Ecuador.

Materiales y métodos

Diseño del estudio y selección de individuos

Se realizó un estudio de campo, descriptivo y transversal en individuos adultos de ambos sexos mayores a 18 años, nacidos y residentes en la parroquia rural de Quingeo de la ciudad de Cuenca de la Provincia del Azuay. El territorio del Cantón de Cuenca está dividido en zonas urbanas y rurales, que según datos del censo 2010 (INEC) se registró un total de 505.585 habitantes. Dentro de sus parroquias rurales se encuentra Quingeo, con un total de 3.798 individuos adultos de ambos sexos. Para obtener la muestra a evaluar se utilizó la fórmula de Sierra Bravo, para una población de 3798 sujetos correspondiente a los individuos adultos de la parroquia de Quingeo, con un nivel de confianza del 95%; proporción estimada de enfermedad del 50% ante el desconocimiento del perfil de salud-enfermedad de la región y un error muestral del 4%, obteniéndose un tamaño de muestra de 530 individuos.

Para la selección de los mismos se utilizó un muestreo aleatorio multietápico, dividiendo la población en conglomerados, los cuales fueron muestreados de forma proporcional. Este muestreo se realizó en 2 fases: la primera fase, los conglomerados representaron los sectores de la parroquia, mientras que en la segunda fase, representaron las manzanas de estos sectores. Se seleccionaron de forma aleatoria las casas correspondientes a cada conglomerado, invitándose a los individuos adultos de cada núcleo familiar a participar en el estudio, hasta obtener la totalidad de los casos determinados. A todos los sujetos que decidieron participar en el estudio se les aplicó un consentimiento informado por escrito previo al interrogatorio y la evaluación física.

Evaluación de los Individuos

La historia clínica completa fue elaborada por personal médico previamente entrenado, la misma recogió datos como antecedentes personales de enfermedades crónicas. Se evaluaron los aspectos sociodemográficos, clasificándose la edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 3 grupos: a) adulto joven: aquellos individuos hasta los 44 años; b) adulto medio: aquellos individuos entre 45-64 años y c) adulto mayor: aquellos individuos mayores a 65 años. Se interrogó el estatus civil, clasificándose en: a) Solteros; b) Casados; c) Divorciados; d) Viudos y e) Unión libre. El estatus educativo se clasificó en 4 categorías: a) Analfabeta; b) Educación primaria; c) Educación secundaria; d) Educación Superior.

El estatus laboral se clasificó según referencia personal en individuos empleados y desempleados, y se interrogó la ocupación de la persona que estuviera ejerciendo actualmente. Para la evaluación de la escala socioeconómica se utilizó la Escala de Graffar modificada por Méndez-Castellano¹³, la cual estratifica a los sujetos en 5 estratos: Clase Alta (Estrato I), Media Alta, (Estrato II), Media (Estrato III), Obrera (Estrato IV) y Extrema Pobreza (Estrato V).

Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete informático para Ciencias Sociales SPSS versión 20, para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL). Las variables cualitativas fueron presentadas como frecuencias absolutas y relativas, realizándose para establecer asociaciones la prueba de chi cuadrado (χ^2) y para comparar las proporciones entre grupos la prueba Z. Para evaluar la distribución normal de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables con distribución normal fueron expresadas en medias aritméticas \pm desviación estándar. Se consideraron los resultados estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

Resultados

Características generales de la muestra

Se evaluaron 530 individuos de ambos sexos con un promedio de edad de $43,21 \pm 18,20$ años, distribuidos en un 59,06% ($n=313$) en mujeres y 33,69% ($n=217$) hombres, con un promedio de edad de $43,42 \pm 18,04$ años y $42,89 \pm 18,46$ años, respectivamente (Figura 1). Según lo grupos etarios la mayor proporción de los individuos se ubicó en la categoría de adulto joven con 57,9% ($n=307$), seguido por los adultos medios con 27% ($n=143$) y los adultos mayores con 15,1% ($n=80$).

Características sociodemográficas de la muestra estudiada según sexo

Al evaluar el estado civil, se observó que el 55,6% ($n=295$) estuvo representado por los individuos casados, seguido por el 29,1% ($n=154$) solteros, el 6,4% ($n=34$) viudos, 5,1% ($n=27$) en unión libre y 3,8% ($n=20$) divorciados, observando un comportamiento similar al clasificar según el sexo ($\chi^2=5,504$; $p=0,239$). Con respecto al estatus laboral el 67,9% ($n=360$) se encontró desempleado con una asociación estadísticamente significativa con el sexo ($\chi^2=44,873$, $p < 0,001$), donde las mujeres presentaron mayor desempleo (79,2%, $n=248$), Tabla 1. Con respecto al estatus socioeconómico, la mayor proporción de la muestra se ubicó principalmente en la categoría de clase obrera con 49,1% ($n=260$), con similar distribución de acuerdo al sexo ($\chi^2=4,938$, $p=0,294$). El 47,8% ($n=253$) de la muestra realizó estudios de primaria, seguido del 26,2% ($n=139$) educación superior, con una asociación estadísticamente significativa al evaluar por el sexo ($\chi^2=8,314$, $p=0,040$), donde las mujeres presentaron un nivel educativo más bajo que en los hombres. Las mujeres se dedicaron en su mayoría a los quehaceres del hogar (65,8%) y los hombres a realizar trabajos de agricultura y ganadería (32,3%), Tabla 2.

Figura 1. Distribución según el sexo de la población general y grupos etarios. Quíngo, Ecuador. 2016.

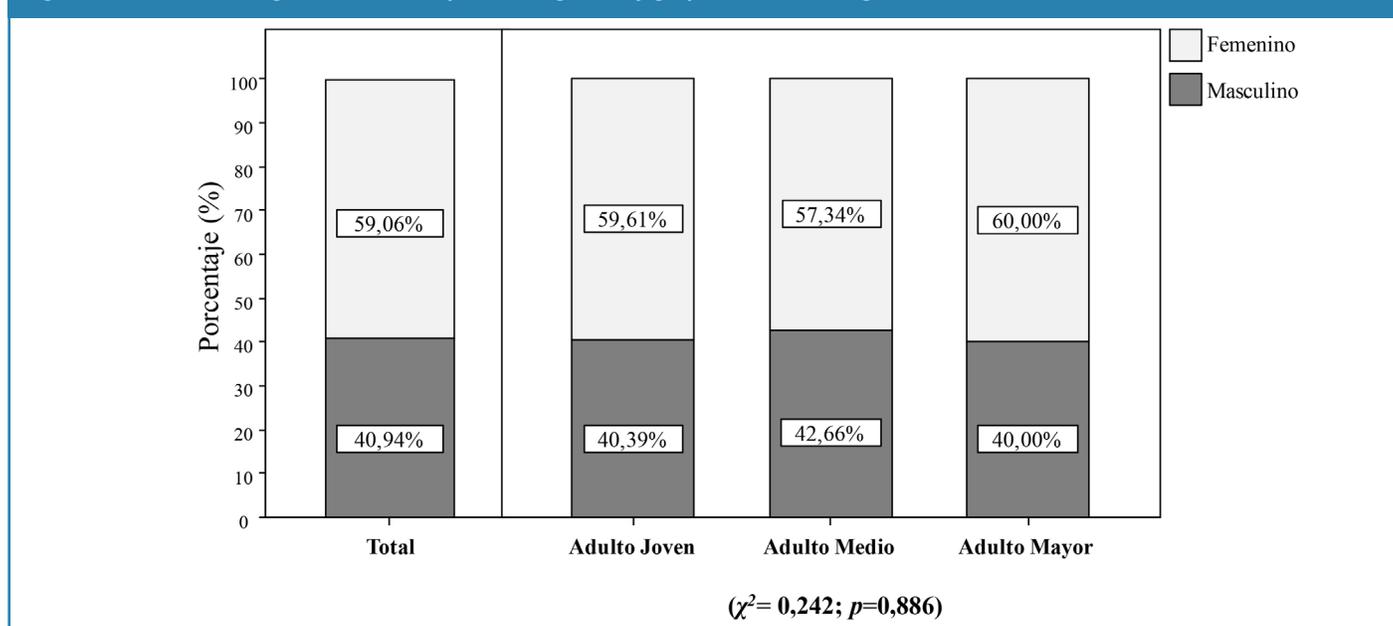


Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada según sexo. Quingeo, Ecuador. 2016.

	Femenino		Masculino		Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	n	%	
Estado civil							5,504 (0,239)
Soltero	87	27,8	67	30,9	154	29,1	
Casado	170	54,3	125	57,6	295	55,6	
Divorciado	16	5,1	4	1,8	20	3,8	
Viudo	23	7,3	11	5,1	34	6,4	
Unión Libre	17	5,4	10	4,6	27	5,1	
Estatus Laboral							44,873 (<0,001)
Empleado	65	20,8	105	48,4	170	32,1	
Desempleado	248	79,2	112	51,6	360	67,9	
Estatus Socioeconómico							4,938 (0,294)
Clase Alta	1	0,3	0	0	1	0,2	
Clase Media-Alta	8	2,6	6	2,8	14	2,6	
Clase Media	108	34,5	86	39,6	194	36,6	
Clase Obrera	153	48,9	107	49,3	260	49,1	
Extrema Pobreza	43	13,7	18	8,3	61	11,5	
Estatus educativo							8,314 (0,040)
Analfabeta	51	16,3	26	12,0	77	14,5	
Educación primaria	158	50,5	95	43,8	253	47,8	
Educación secundaria	28	8,9	33	15,2	61	11,5	
Educación superior	76	24,3	63	29,0	139	26,2	
Total	313	100,0	217	100,0	530	100,0	

*Prueba de chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Tabla 2. Distribución de la ocupación según sexo en la población estudiada. Quingeo, Ecuador. 2016.

	Femenino		Masculino		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	
Ocupación					269,234 (<0,001)
Profesionales	7	2,2	4	1,8	
Quehaceres del Hogar	206	65,8	6	2,8	
Trabajadores Manuales	6	1,9	20	9,2	
Administrativo	5	1,6	6	2,8	
Agricultores-Ganaderos	35	11,3	70	32,3	
Obreros-Albañiles	2	0,6	51	23,5	
Chofer	0	0	18	8,3	
Cocineros	2	0,6	2	0,9	
Estilistas-Peluquero	0	0	0	0	
Estudiante	19	6,1	18	8,3	
Guardia	0	0	2	0,9	
Fotógrafo	0	0	0	0	
Pastor	0	0	0	0	
Vendedor-Comerciante	22	7,0	11	5,1	
Ninguna	9	2,9	9	4,1	
Total	313	100,0	217	100,0	

* Prueba de chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Evaluación del estatus socioeconómico

Al evaluar la distribución de los grupos etarios según el estrato socioeconómico, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 51,082$; $p < 0,001$), donde se observa un aumento de los adultos mayores a menor nivel socioeconómico, Figura 2. Al evaluar la distribución del estado civil según su estatus socioeconómico, se observó una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 35,000$; $p = 0,004$) en donde los solteros fueron más frecuentes en los estratos más altos, mientras que los viudos en los estratos más ba-

jos (18%, $n = 11$). Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa con el estatus laboral ($\chi^2 = 24,532$; $p < 0,001$), encontrando la mayor frecuencia de desempleo en la clase obrera (72,7%, $n = 189$) y pobreza extrema (85,2%, $n = 52$). Por último, el estatus educativo mostró asociación significativa ($\chi^2 = 185,145$; $p < 0,001$), donde se encontró una mayor frecuencia de analfabetismo a medida que se disminuyó de nivel socioeconómico, sin individuos en los estratos altos, 3,1% en la clase media, 15,4% en la clase obrera y 50,8% en la pobreza extrema, Tabla 3.

Figura 2. Comportamiento del estrato socioeconómico según grupos etarios. Quingeo, Ecuador. 2016.

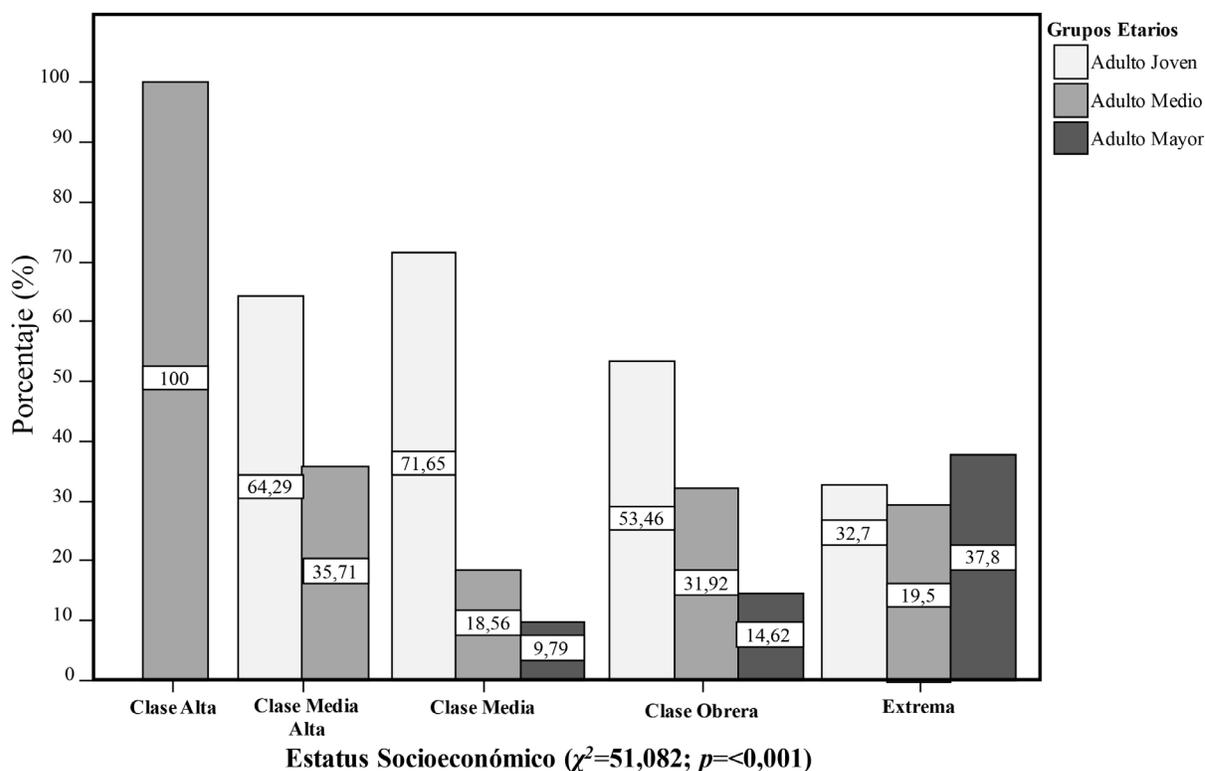


Tabla 3. Distribución de los estratos socioeconómicos según otras características sociodemográficas. Quingeo, Ecuador. 2016.

	Clase Alta		Clase Media-Alta		Clase Media		Clase Obrera		Extrema Pobreza		χ^2 (p)*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado civil											35,000 (0,004)
Soltero	0	0	8	57,2	71	36,6	60	23,1	15	24,6	
Casado	1	100,0	5	35,7	95	49,0	162	62,2	32	52,5	
Divorciado	0	0	0	0	10	5,2	9	3,5	1	1,6	
Viudo	0	0	0	0	9	4,6	14	5,4	11	18,0	
Unión Libre	0	0	1	7,1	9	4,6	15	5,8	2	3,3	
Estrato Laboral											24,532 (<0,001)
Empleado	1	100,0	5	35,7	84	43,3	71	27,3	9	14,8	
Desempleado	0	0	9	64,3	110	56,7	189	72,7	52	85,2	
Estrato educativo											185,145 (<0,001)
Analfabeta	0	0	0	0	6	3,1	40	15,4	31	50,8	
Educación primaria	1	100	2	14,3	66	34,0	158	60,8	26	42,6	
Educación secundaria	0	0	0	0	31	16,0	28	10,9	2	3,3	
Educación superior	0	0	12	85,7	91	46,9	34	13,1	2	3,3	
Total	1	100,0	14	100,0	194	100,0	260	100,0	61	100,0	

* Prueba de chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p<0,05$.

Discusión

Los determinantes sociales de la salud son todos los factores sociales, demográficos y económicos, que intervienen en el proceso salud-enfermedad. En 1974, Lalonde M, definió 4 componentes principales del campo de la salud: la biología humana, los sistemas de salud ofrecidos, el ambiente donde

se desarrolla la persona y su estilo de vida, reconociendo la necesidad de un trabajo multidisciplinario que intervengan en cada uno de estos factores para mejorar las condiciones de salud de la población¹⁴. Desde esa descripción, han surgido múltiples estudios y modelos teóricos que plantean la

relación de los factores sociales con la salud, incentivando al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los individuos en zonas desfavorecidas^{15,16}.

En diversas poblaciones se puede observar una distribución asimétrica de las riquezas, la disposición geográfica de los servicios de salud, de educación, servicios públicos o de alimentación, que origina las inequidades o desigualdades¹⁷, muchas de las cuales se han relacionado con consecuencias negativas en la salud¹⁸, por lo que surge la necesidad de evaluar estos factores en nuestra población.

En Latinoamérica, muchos países como Ecuador, han sufrido una revolución económica, pero a pesar de esto, se siguen observando inequidades en salud, las cuales son más comunes en las poblaciones rurales¹⁹. Ecuador contó para el año 2010 con un total de 14.483.499 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento que ha venido en disminución desde el año 1974 (3,1%) al 2010 (1,95%), lo que condiciona al ensanchamiento de la pirámide poblacional⁷. A su vez, la provincia de Azuay, para el año 2010 presentaba 712.127 habitantes, con una tasa de crecimiento del 1,9%, que si bien disminuyó desde el año 1975 (2,5%), aumentó en comparación al año 2001 (1,5%)²⁰.

En Quingeo, se evidenció que el sexo femenino fue más prevalente, comportamiento reportado en la ciudad de Cuenca, en un estudio transversal realizado por Torres-Valdez y cols.²¹, donde se evaluaron 318 individuos de ambos sexos, de los cuales el 57,2% de la población pertenecía al sexo femenino, cifras que concuerdan también a las reportadas en Ecuador y Azuay^{7,19}. En México, Maldonado y cols.²², en un estudio que evaluó 721 individuos de poblaciones rurales, suburbanas y urbanas, encontraron el mismo comportamiento. Esto puede influir en el comportamiento epidemiológico de la población, ya que las mujeres parecen tener un mejor estatus cardiovascular que los hombres, con menor porcentaje de consumo de tabaco, obesidad, hipertensión arterial e hiperglicemia²³.

La mayoría de los individuos estudiados en Quingeo se concentraron en los grupos etarios jóvenes, similar a lo que se observó en la ciudad de Cuenca, donde el 44,6% de toda la población era menor a 40 años²¹ y en una muestra representativa de 4.012 individuos de las poblaciones de Castilla y León en España donde aproximadamente el 39% era menor a 44 años²⁴. En Ecuador, se ha sugerido que este comportamiento obedece a la disminución de la tasa de crecimiento, con disminución de la tasa de natalidad, con el subsecuente aumento en las edades productivas⁷.

A su vez, se evidenció que el estatus marital más frecuente eran los casados, seguidos por los solteros, comportamiento reportado previamente por Guevara-Pacheco y cols.²⁵ en la ciudad de Cuenca, en 4.877 individuos de ambos sexos mayores a 18 años de poblaciones tanto rurales y urbanas, así como por Sánchez C. en 120 individuos adultos de 6 poblaciones rurales de Texcoco, México²⁶. El comportamiento de esto se puede relacionar con la pirámide poblacional de

Ecuador, con un mayor número de individuos en edades productivas con capacidad de unión en matrimonio⁷. Es importante destacar, que el ser soltero se ha relacionado con menor probabilidad de utilizar tanto servicios de salud preventivos como curativos¹⁹, mientras que el ser casado se asocia a mejorar el estilo de vida de los individuos²⁷.

En Quingeo, la mayoría de la población refirió estar desempleado, lo que contrasta con la población de la ciudad de Cuenca, donde se reportó que el 63,3% de individuos contaban con un empleo, mayoritariamente de característica profesional²⁵. No obstante, es similar a lo observado en México, según los datos del censo general de población y vivienda del 2010, donde solo el 30% de su población rural era empleada²⁸. Con respecto a las ocupaciones actuales, en Quingeo predominantemente se inclinaban hacia los quehaceres del hogar en las mujeres, mientras que los hombres trabajan en la agricultura y ganadería, comportamiento similar a lo reportado por los datos del censo de población y vivienda de la Provincia de Holguín, Cuba²⁹, y por los datos del censo de población mexicano²⁸, donde la actividad agrícola y de ganadería sigue siendo el principal empleo de los hombres. Esta distribución ocupacional observada en Quingeo es típica de las regiones rurales, lo que sugiere que el término “ruralidad moderna” en el cual los trabajadores migran a la industria secundaria y terciaria aún no es significativo en esta población, y que aún se mantiene como productora de materia prima, constituyendo estos espacios rurales zonas potencialmente industrializables a futuro, condición que aumentaría la tasa de empleos en la región³⁰.

A su vez, en Quingeo se observó que la mayoría de la población realizó estudios de primaria, lo que concuerda con un estudio realizado por Del Brutto y cols.²³ en la población rural de Atahualpa en la costa de Ecuador, que evaluó a 616 individuos mayores de 40 años, determinando que el 65,1% realizó estudios de primaria mientras que el 34,9% realizó estudios de secundaria o universitarios, y estos últimos tenían un mejor perfil cardiovascular con mayor porcentaje de actividad física, y un mayor estatus ideal de dislipidemia y presión arterial²³. A su vez, el promedio de años de escolaridad en el país y en la provincia de Azuay es de 9 años, siendo menor en las poblaciones rurales (6-7 años en promedio) (7,20), mientras que en Cuenca se ha reportado un promedio de años de escolaridad de 10,2 años²⁵. El nivel educativo bajo podría tener importantes implicaciones en el control de factores de riesgo en las poblaciones rurales, consagrándose como un sitio atractivo de políticas destinadas a incentivar la escolaridad en la población, ya que el nivel educativo se ha relacionado con un mejor control glicémico y de la hipertensión³¹.

En este estudio se observó que las mujeres presentaron significativamente un nivel educativo más bajo que los hombres. Estos resultados son similares a los reportados por Hernández y cols.²⁹ en la provincia cubana de Holguín, donde en las poblaciones rurales, la mayoría de las mujeres solo alcanzaba la educación primaria, mientras que los hombres realizaban más estudios superiores. Este comportamiento en las

poblaciones rurales se ha atribuido a la priorización de los núcleos familiares en la educación de los hijos sobre el de las hijas, ya que ellas pueden desempeñar actividades valiosas para la familia dentro del hogar³².

Con respecto al nivel socioeconómico, se encontró que en Quingeo los estratos de clase obrera y media fueron los más prevalente, además de que en los grupos anteriores y la pobreza extrema se observó un mayor número de desempleados, de viudos y con bajo nivel educativo. Elementos sociodemográficos como la ocupación, el estatus educativo y los ingresos, son importantes marcadores del estatus socioeconómico del individuo, el cual se ha relacionado con la mortalidad materno-infantil^{33,34}. Este comportamiento difiere al estudio realizado por Orozco³⁵ en la población rural de Alto Lerma, México, quienes determinaron que se ha experimentado un crecimiento industrial importante que ha permitido a los individuos aumentar las tasas de empleo, de ingresos y por ende su nivel socioeconómico³⁶. En las poblaciones rurales la práctica de los trabajos de agricultura y ganadería han constituido históricamente los pilares del empleo, que permitían además la alimentación propia, sin embargo por el proceso de industrialización muchas familias han tenido que diversificar sus ingresos en trabajos no agrícolas³⁵, siendo una importante estrategia para mejorar las condiciones económicas de la población.

En el presente estudio se encontró que las clases socioeconómicas más bajas presentaron un menor nivel educativo, resultado similar a lo observado por Díaz³⁷ en un reporte de eficiencia escolar en Chile, en donde los individuos de bajos niveles socioeconómicos poseían un menor rendimiento escolar³⁷, el cual no dependía directamente de la gestión pública o privada del establecimiento escolar, sino al mayor número de estudiantes en niveles socioeconómicos bajos que atiende el centro educativo.

En cuanto al estado civil, en Quingeo se observó una mayor prevalencia de individuos viudos en los estatus socioeconómicos bajos, similar a lo planteado por Lloyd-Sherlock y cols.³⁸, en un estudio que incluyó a más de 17.000 mujeres de 5 países en vías de desarrollo, donde las mujeres viudas se encontraban principalmente en estratos con ingresos económicos bajos, lo que podría deberse a mayor vulnerabilidad económica, estrés psicológico, alteraciones mentales y mala calidad de vida²⁷, particularmente en poblaciones rurales³⁹.

El conocimiento de todas esas asociaciones, se basan en que el estatus socioeconómico bajo se ha asociado a una mayor mortalidad por todas las causas tanto en hombres (Hazard Ratio=1,42; IC95%= 1,38-1,45) como en mujeres (Hazard Ratio=1,34; IC95%= 1,28-1,39), manteniendo la significancia luego de ajustar por los siguientes factores: consumo de tabaco, alto consumo de alcohol, actividad física, hipertensión arterial, obesidad, diabetes⁴⁰, por lo que el estatus socioeconómico debe ser un punto de medidas locales y globales en las estrategias de salud pública mundial en busca de la reducción de la mortalidad.

Estos hallazgos demuestran la situación sociodemográfica actual de la población rural de Quingeo, observando que los estratos socio económicos bajos se relacionan con menor educación y mayor desempleo. Este reporte incentiva a evaluar todos estos indicadores en otras poblaciones rurales, con la finalidad de establecer políticas y medidas públicas ajustadas a cada población, que busquen mejorar estas características socioeconómicas para producir un impacto positivo en la promoción de la salud.

Referencias

1. Amuna P, Zotor FB. Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development. *Proc Nutr Soc.* 2008;67(1):82-90.
2. Maire B, Lioret S, Gartner A, Delpeuch F. Nutritional transition and non-communicable diet-related chronic diseases in developing countries. *Sant.* 2002;12(1):45-55.
3. Ezeamama AE, Viali S, Tuitale J, McGarvey ST. The influence of socioeconomic factors on cardiovascular disease risk factors in the context of economic development in the Samoan archipelago. *Soc Sci Med.* 2006;63(10):2533-45.
4. Metcalf PA, Scragg RR, Schaaf D, Dyall L, Black PN, Jackson RT. Comparison of different markers of socioeconomic status with cardiovascular disease and diabetes risk factors in the Diabetes, Heart and Health Survey. *N Z Med J.* 2008;121(1269):45-56.
5. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimäki M, Singh-Manoux A. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA.* 2010; 303(12):1159-66.
6. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M, Marmot M, Sabia S, Singh-Manoux A. Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. *PLoS Med.* 2011;8(2):e1000419.
7. INEC. Resultados del 2010 del Censo de Población y vivienda del Ecuador. Fascículo Nacional. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf
8. INEC. Reporte de Economía Laboral. Diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2016/Diciembre-2016/Informe%20Economía%20laboral-dic16%2816-01-2017%29.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, INEC. Proyecciones poblacionales. 2012. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/Proyecciones.pdf
10. Melby CL, Orozco F, Ochoa D, Muquinche M, Padro M, Muñoz FN. Nutrition and physical activity transitions in the Ecuadorian Andes: Differences among urban and rural-dwelling women. *Am J Hum Biol.* 2017;e22986.
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, INEC. Información Censal. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.
12. Abdesslam B. Evolution of rural-urban health gaps in Morocco: 1992-2011. *BMC Res Notes.* 2012;5:381.
13. Méndez-Castellano H, De Méndez MC. Estratificación social y biología humana: método de Graffar modificado. *Arch Ven Pueric Pediatr.* 1986;49:93-104.
14. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974.
15. Phelan JC, Link BG, Diez-Roux A, Kawachi I, Levin B. "Fundamental causes" of social inequalities in mortality: a test of the theory. *J Health Soc Behav.* 2004;45(3):265-85.
16. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health.* 2011;32:381-98.
17. Schulz A, Northridge ME. Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health Educ Behav.* 2004;31(4):455-71.
18. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health.* 2010;100 Suppl 1:S186-96

19. López-Cevallos D, Chi C, Ortega F. Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. *Rev. salud pública*. 2014;16(3):346-359.
20. INEC. Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial Azuay. 2010 disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
21. Torres-Valdez M, Ortiz R, Sigüencia C, Ortiz A, Añez R, Rojas Joselyn, Bermúdez V. Prevalencia de la obesidad en individuos adultos en las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico*. 2014; 11(4):76-88.
22. Maldonado JA, Cortés N, Gómez-Alonso C, Ortiz MJ. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en poblaciones: Rural, suburbana y urbana de los estados de Guanajuato y Michoacán. *Rev Mex Cardiol*. 2012;23(3):125-133.
23. Del Brutto OH, Santamaría M, Ochoa E, Peñaherrera E, Santibáñez R, Pow-Chon-Long F, Zambrano M, Del Brutto VJ. Population-based study of cardiovascular health in Atahualpa, a rural village of coastal Ecuador. *Int J Cardiol*. 2013;168(2):1618-20.
24. Vega A, Lozano JE, Álamo R, Lleras S. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población de Castilla y León. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(4):330-336.
25. Guevara-Pacheco S, Feicán-Alvarado A, Sanín LH, Vintimilla-Ugalde J, Vintimilla-MoscOSO F, Delgado-Pauta J, Lliguisaca-Segarra A, Dután-Erráez H, Guevara-Mosquera D, Ochoa-Robles V, Cardiel MH, Peláez-Ballestas I. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in Cuenca, Ecuador: a WHO-ILAR COPCORD study. *Rheumatol Int*. 2016 Sep;36(9):1195-204.
26. Sánchez C. Cambios operativos y funcionales en la vivienda rural en zona de expansión demográfica. *Psicología para América Latina*. 2006;(7)1-18.
27. Perkins JM, Lee HY, James KS, Oh J, Krishna A, Heo J, Lee JK, Subramanian SV. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*. 2016;16:1032.
28. Contreras F. Cambios ocupacionales en los contextos rurales de México. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*. 2013;21(1):147-166.
29. Hernández W, Iñiguez L, Alfonso A. Sobre regularidades y diferenciación. Distribución territorial de la población envejecida en la provincia de Holguín. *Revista Novedades en Población*. 2016;12(24):61-76.
30. García- Pascual F. ¿Un nuevo modelo rural en Ecuador? Cambios y permanencias en los espacios rurales en la era de la globalización *Iconos*. *Revista de Ciencias Sociales*. 2007; 29:77-93.
31. Tedesco MA, Di Salvo G, Caputo S, Natale F, Ratti G, Iarussi D, Iacono A. Educational level and hypertension: how socioeconomic differences condition health care. *J Hum Hypertens*. 2001;15(10):727-31.
32. Wongmonta S, Glewwe P. An analysis of gender differences in household education expenditure: the case of Thailand. *Education Economics*. 2016;25(2):183-204.
33. Zolala F, Heidari F, Afshar N, Haghdoost AA. Exploring maternal mortality in relation to socioeconomic factors in Iran. *Singapore Med J*. 2012;53(10):684-9.
34. Goldani MZ, Barbieri MA, Bettiol H, Barbieri MR, Tomkins A. Infant mortality rates according to socioeconomic status in a Brazilian city. *Rev Saude Publica*. 2001;35(3):256-61.
35. Orozco E, Sánchez MT. Organización socioeconómica y territorial en la región del Alto Lerma, Estado de México. *Investigaciones geográficas*. 2004;(53):163-184.
36. Mendez MJ. Ocupación rural no agrícola y desarrollo rural local: reflexiones y aportes para una articulación efectiva. *Interações*. 2015;16(2):315-325.
37. Díaz SD, Hawes G. Eficiencia escolar y diferencias socioeconómicas: a propósito de los resultados de las pruebas de medición de la calidad de la educación en Chile. *Educação e Pesquisa*. 2002;28(2), 25-39.
38. Lloyd-Sherlock P, Corso B, Minicuci N. Widowhood, Socio-Economic Status, Health and Wellbeing in Low and Middle-Income Countries. *J Dev Stud*. 2015;51(10):1374-1388.
39. Mohindra KS, Haddad S, Narayana D. Debt, shame, and survival: becoming and living as widows in rural Kerala, India. *BMC Int Health Hum Rights*. 2012;12:28.
40. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, et al. socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet*. 2017;389(10075):1229-1237.

Manuel Velasco (Venezuela) **Editor en Jefe** - Felipe Alberto Espino Comercialización y Producción
Reg Registrada en los siguientes índices y bases de datos:

SCOPUS, EMBASE, Compendex, GEOBASE, EMBiology, Elsevier BIOBASE, FLUIDEX, World Textiles,

OPEN JOURNAL SYSTEMS (OJS), REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal),

Google Scholar

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

LIVECS (Literatura Venezolana para la Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias), REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SCIELO (Scientific Electronic Library Online), SABER UCV, DRJI (Directory of Research Journal Indexing)

CLaCaLIA (Conocimiento Latinoamericano y Caribeño de Libre Acceso), EBSCO Publishing, PROQUEST



Esta Revista se publica bajo el auspicio del
Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico
Universidad Central de Venezuela.



www.cdch-ucv.net

publicaciones@cdch-ucv.net

www.revistahipertension.com.ve

www.revistadiabetes.com.ve

www.revistasindrome.com.ve

www.revistaavft.com.ve