

# Características sociodemográficas

## de la población adulta de la parroquia cumbe, Cuenca-Ecuador

### *Sociodemographic characteristics of the adult population of the parish Cumbe, Cuenca-Ecuador*

Rina Ortiz, MD, MgSc<sup>1\*</sup>, Maritza Torres, MD, MgSc<sup>2</sup>, Susana Peña Cordero, MD, MgSc<sup>1</sup>, Guillermo Quinde, MD<sup>1</sup>, Gloria Cecilia Durazno, MgSc<sup>1</sup>, Nancy Palacios, MgSc<sup>2</sup>, Cristina Culcay Verdugo, MD<sup>1</sup>, Alexandra Carabaja Rivera, MD<sup>3</sup>, Soledad Ávila León, MD<sup>4</sup>, Roberto J. Añez, MD<sup>5</sup>, Joselyn Rojas, MD, MgSc<sup>6,7</sup>, Valmore Bermúdez, MD, MPH, MgSc, PHD<sup>6,8</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de Cuenca. Facultad de Medicina. Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

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

<sup>3</sup>Universidad Católica de Cuenca. Facultad de Psicología Clínica. Cuenca. Provincia del Azuay. República del Ecuador.

<sup>4</sup>Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud El Pangui. Provincia de Zamora Chinchipe, República del Ecuador.

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

<sup>6</sup>Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas "Dr. Félix Gómez". Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Venezuela.

<sup>7</sup>Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA 02115, USA

<sup>8</sup>Grupo 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:** El crecimiento económico y social de Latinoamérica ha variado a través de su historia, así como la percepción de la importancia de factores socioeconómicos en el proceso salud-enfermedad. Ecuador es un país latinoamericano que se ha visto envuelto en este crecimiento y en cambios en la pirámide poblacional y todos los factores que a ella respecta, por lo cual el objetivo de este trabajo fue evaluar las características sociodemográficas de la población adulta de Cumbe-Ecuador.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de campo, descriptivo y transversal con muestreo aleatorio multietápico, en el cual se evaluaron 374 individuos adultos de ambos sexos, residentes de la parroquia rural de Cumbe de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay. Se les realizó historia clínica que abarca las características sociodemográficas y examen físico de manera integral. Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** Se evaluaron a 374 individuos, de los cuales el 66,31% (n=248) perteneció al sexo femenino. A medida que aumentó la edad se redujo el nivel de estatus socioeconómico. Al evaluar el nivel educativo, se observó que la educación primaria fue más frecuente tanto en la pobreza extrema (68,4%) como la clase obrera (63,9%), mientras que en la clase media y clase media-alta tuvo mayor frecuencia de estudios superiores con 60% y 41,8% respectivamente, con una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=66,047$ ;  $p<0,001$ ).

**Conclusión:** Se observa una distribución sociodemográfica poblacional acorde a las cifras de la Provincia de Azuay, con un mayor porcentaje de individuos del sexo femenino, una población joven, con alta frecuencia de sujetos casados, de clase obrera y con nivel educativo principalmente por debajo de la educación superior. Por lo que se deben aumentar los esfuerzos políticos en la búsqueda de una población con un mayor nivel educativo y socioeconómico.

**Palabras clave:** estatus socioeconómico, actividad laboral, nivel educativo, población rural.

### Abstract

**Introduction:** The economic and social growth of Latin America has varied throughout its history, as well as the perception of the importance of socioeconomic factors in the health-disease process. Ecuador is a Latin American country that has been involved in this growth and changes in the population pyramid and all the factors that affect it, so the objective of this study was to evaluate the socio-demographic characteristics of the adult population of Cumbe-Ecuador.

**Materials and methods:** A field, descriptive, cross-sectional study with multistaged randomized sampling was carried out in 374 adults of both genders, residents of the rural parish of Cumbe of Cuenca city, province of Azuay. A clinical history covering the socio-demographic characteristics and physical examination was performed in an integral manner. Qualitative variables were expressed in absolute and relative frequencies.

**Results:** Of the total of 374 individuals evaluated, 66.31% (n = 248) were female. As the age increased, the level of socioeconomic status was reduced. In evaluating the educational level, it was observed that primary education was more frequent in both extreme poverty (68.4%) and the working class (63.9%), while in the middle and upper-middle classes it was higher frequency of higher studies with 60% and 41.8% respectively, with a statistically significant association ( $\chi^2=66.047$ ;  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** In Cumbe was found a population-based sociodemographic distribution according to the Azuay Province, with a higher percentage of females, a young population, with a high frequency of married subjects, of working class and educational level mainly below higher education. Therefore, political efforts should be increased in the search for a population with a higher educational and socioeconomic level.

**Keywords:** socioeconomic status, educational level, work activity, rural population.

## Introducción

El crecimiento económico y social de Latinoamérica ha variado a través de su historia, así como la percepción de la importancia de factores socioeconómicos en el proceso salud-enfermedad. En el siglo XIX, toda la costa iberoamericana había logrado su independencia de los países colonizadores, experimentando en los años siguientes un aumento sustancial de sus ingresos económicos<sup>1</sup>. La revolución industrial del siglo XIX ocasionó una estratificación importante de las clases trabajadoras, con distribución asimétrica de la riqueza y del acceso a los servicios, haciéndose más notoria la importancia de los factores sociales y económicos en la salud, lo cual ha sido objeto de gran interés desde mitad del siglo XX con la propuesta de los determinantes sociales de la salud<sup>2</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud se definen como las “circunstancias en la que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”, es decir, considerando todos los factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales. Estas circunstancias siguen un patrón que resulta de la distribución del dinero, poder y los recursos a todo nivel institucional que depende a su vez de las políticas adoptadas<sup>3</sup>. De éstas, deriva la principal carga de morbilidad y mortalidad en la población, además de ser la base de las inequidades observadas en ciertos grupos poblacionales. Por ende, el estudio de estas características sociales y económicas resulta importante al momento de la prevención de enfermedades. Tanta relevancia ha cobrado a nivel mundial este tema, que se han tomado diversas acciones o medidas que buscan combatir las inequidades socioeconómicas, con el objetivo de disminuir su impacto en las poblaciones<sup>4</sup>.

Los principales determinantes sociales en salud son aquellos que generan la estratificación dentro de la sociedad, como la distribución de ingresos económicos o la discriminación social por factores como el sexo, etnia o discapacidades, todo esto enmarcado en las estructuras políticas y de gobernanza<sup>5</sup>. Por supuesto esto determina las clases socioeconómicas, que constituyen la estratificación *per se*, siendo perpetuadas por factores como la estructura de los sistemas de educación y las estructuras para el trabajo y bienes<sup>5</sup>. Diversos reportes a nivel mundial constatan la relación existente en la mortalidad con los factores sociales y económicos como: el nivel de ingresos<sup>6</sup>, estatus laboral<sup>7</sup>, nivel educativo<sup>8</sup>, etnicidad<sup>9</sup> e incluso el estatus marital<sup>10</sup>, comportamiento también observado en poblaciones latinoamericanas<sup>11-13</sup>, lo que resalta la importancia de estos indicadores en la salud pública mundial.

Ecuador se ha visto envuelto en un crecimiento social y económico, que según proyecciones del INEC contó para el año 2010 con 14.483.489 de habitantes; para el año 2016 la edad poblacional promedio fue de 28 años; 68,8% es mayor a 15 años y de los cuales 50,4% pertenecen al sexo femenino<sup>14</sup>. Con respecto a sus indicadores en comparación a otros países de la región, Ecuador se ha ubicado en posiciones me-

diales, ya que para el año 2009 su producto interno bruto (PIB) per cápita se ubicaba en el 12vo lugar de Latinoamérica con 7100\$, con una tasa de alfabetismo del 89,7% (9no lugar)<sup>15</sup>.

En cuanto a la salud, Ecuador presenta una razón de mortalidad materna (RMM) de 64 por cada 100 mil nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 8,4 por cada 1000 nacidos vivos, menores a los promedios observados en Latinoamérica (66 de RMM y 15,9 de TMI, respectivamente), siendo estos importantes indicadores de la condición socioeconómica de la población y el desarrollo del país<sup>16</sup>. Dentro de sus provincias, Azuay cuenta con una población estimada de 712.127 habitantes para el año 2010, de los cuales 52,7% pertenecen al sexo femenino y un 36,2% de la población se ubica entre los 20-44 años<sup>17</sup>.

Sin embargo, en la población ecuatoriana existe una clara diferencia en la distribución de la población en las zonas urbanas y rurales en respuesta a condiciones ambientales, políticas y económicas de éstas. Las zonas rurales se han caracterizado por menor matrícula estudiantil, menor calidad de educación, menor años de estudio promedio y mayor tasa de analfabetismo<sup>18</sup>, lo que puede afectar de manera importante a su población. En Ecuador se estima que el 37% de la población vive en estas zonas rurales, mientras que en Azuay es mayor con un 46,5% correspondiendo a 331.682 habitantes<sup>14,17</sup>. Cumbe es una parroquia rural con datos demográficos y poblacionales limitados a Cuenca, una de las principales ciudades de Ecuador, pudiendo no expresar las características propias de una zona rural, por lo que es importante evaluar sus características sociodemográficas y económicas.

## Materiales y métodos

### Diseño de estudio y selección de individuos

Se realizó un estudio de campo, descriptivo, de metodología transversal que incluyó a los individuos mayores a 18 años de ambos sexos residentes en la parroquia rural de Cumbe de la ciudad de Cuenca, Provincia del Azuay. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de Sierra Bravo, para una población de 3.397 sujetos correspondiente a los individuos adultos de la parroquia de Cumbe, 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 4,8%, obteniéndose un tamaño de muestra de 374 individuos.

Para la selección de los mismos se realizó un muestreo aleatorio multietápico en 2 fases, las cuales fueron muestreadas de forma proporcional de la siguiente manera: En la primera fase, los conglomerados representaron los sectores en los que fue dividido la parroquia, mientras que en la segunda fase, representaron las manzanas. Seleccionándose aleatoriamente las casas de los sectores correspondientes, a todos los individuos adultos de las casas seleccionadas se les explicaron los objetivos del presente estudio, y fueron incluidos en la investigación mediante la firma de un con-

sentimiento informado por escrito antes de ser interrogados y físicamente examinados.

### Evaluación de los individuos

Del total de personas evaluadas en el presente estudio se aplicó una historia clínica completa. Todos los involucrados en la recolección de datos fueron entrenados previamente. La edad se clasificó según la OMS en adulto joven entre 18 - 44 años de edad; adulto medio entre 45-64 años de edad; y adulto mayor ( $\geq 65$  años de edad). Se evaluó el estatus socioeconómico mediante la Escala de Graffar modificada por Méndez-Castellano<sup>19</sup> que estratifica a los sujetos según el trabajo del jefe de familia, la educación de la madre, los ingresos obtenidos económicamente y las condiciones de vivienda, obteniéndose 5 estratos: Clase alta (Estrato I), clase media alta, (Estrato II), la clase media (Estrato III), de la clase obrera (Estrato IV), y baja - extrema pobreza (Estrato V).

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; y d) Educación superior. Por último el estatus laboral se clasificó según referencia personal en individuos empleados y desempleados, interrogándose la ocupación actual de la persona.

### Análisis Estadístico

Las variables cualitativas fueron presentadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentaje); se usó la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para determinar la asociación entre variables cualitativas y la prueba Z se utilizó para comparar las proporciones entre grupos. Para evaluar la distribución normal de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kol-

mogorov-Smirnov. Las variables con distribución normal, fueron expresadas en medias aritméticas  $\pm$  desviación estándar. Se consideraron resultados estadísticamente significativos cuando  $p < 0,05$ . Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete informático para Ciencias Sociales SPSS versión 20, para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL).

## Resultados

### Características generales de la muestra

Se evaluaron un total de 374 individuos, de los cuales el 66,31% ( $n=248$ ) pertenecían al sexo femenino, **Figura 1**. La edad media de la muestra fue de  $43,96 \pm 17,53$  años ( $42,7 \pm 16,55$  en el sexo femenino y  $46,40 \pm 19,16$  en el sexo masculino). El 54,81% del total de la muestra fue adulto joven, seguido del adulto medio con 29,14% y los adultos mayores 16,04% (**Figura 2, Panel A**). Este comportamiento se mantuvo de acuerdo al sexo, sin observarse asociación significativa entre el grupo etario y el sexo del individuo ( $\chi^2 = 5,461$ ;  $p = 0,065$ ), **Figura 2, Panel B**.

### Comportamiento de variables sociodemográficas

En la **Tabla 1** se presentan las características sociodemográficas estudiadas según el sexo. En relación al estado civil, los sujetos casados fueron los más frecuentes con 59,4% ( $n=222$ ), seguido por los solteros que representaron un 25,9% ( $n=97$ ). No se observó una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el estado civil ( $\chi^2 = 4,537$ ;  $p = 0,338$ ). Con respecto al estatus laboral, el 61,8% fue desempleado, encontrándose una asociación estadísticamente significativa con el sexo ( $\chi^2 = 48,151$ ;  $p < 0,001$ ), donde las mujeres presentaron mayor desempleo con respecto a los hombres (74,2% vs 37,3%,  $p < 0,05$ ).

Figura 1. Distribución de la población estudiada según sexo. Cumbe, Ecuador. 2016.

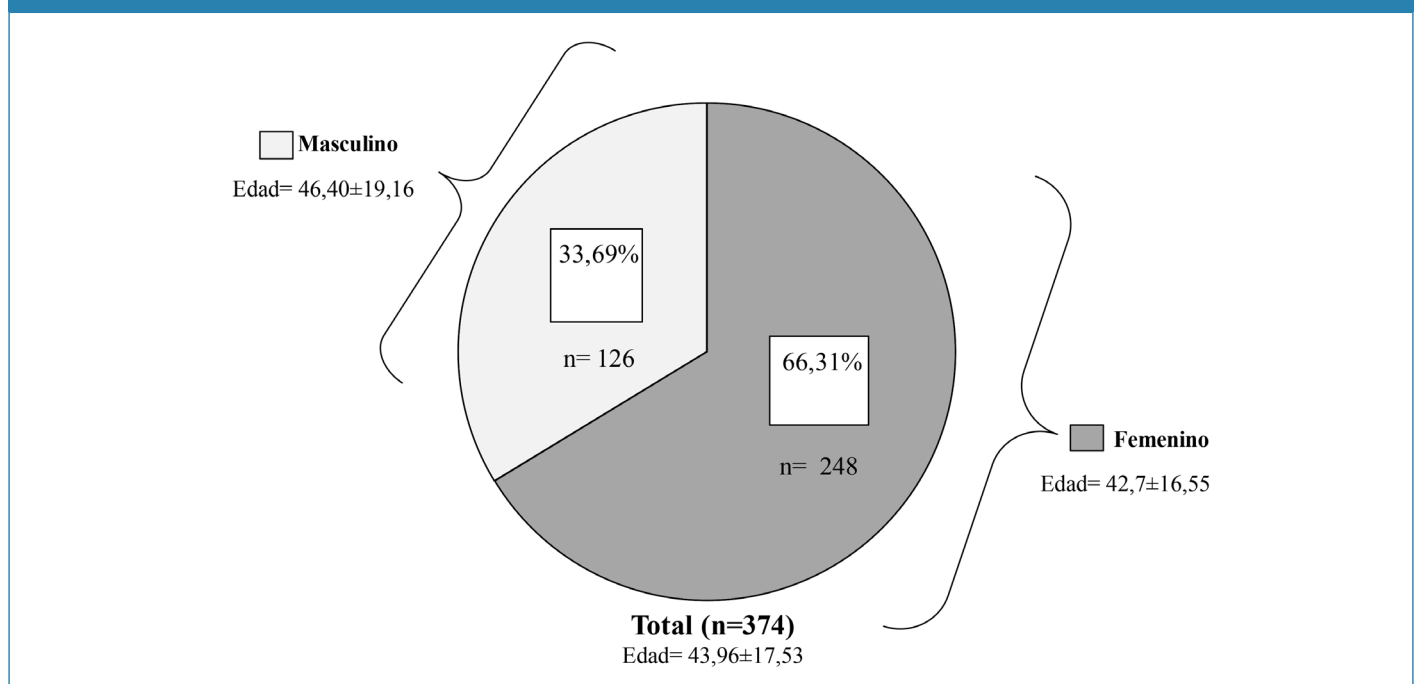


Figura 2. Comportamiento de los grupos etarios en la población general y según sexo. Cumbe, Ecuador. 2016.

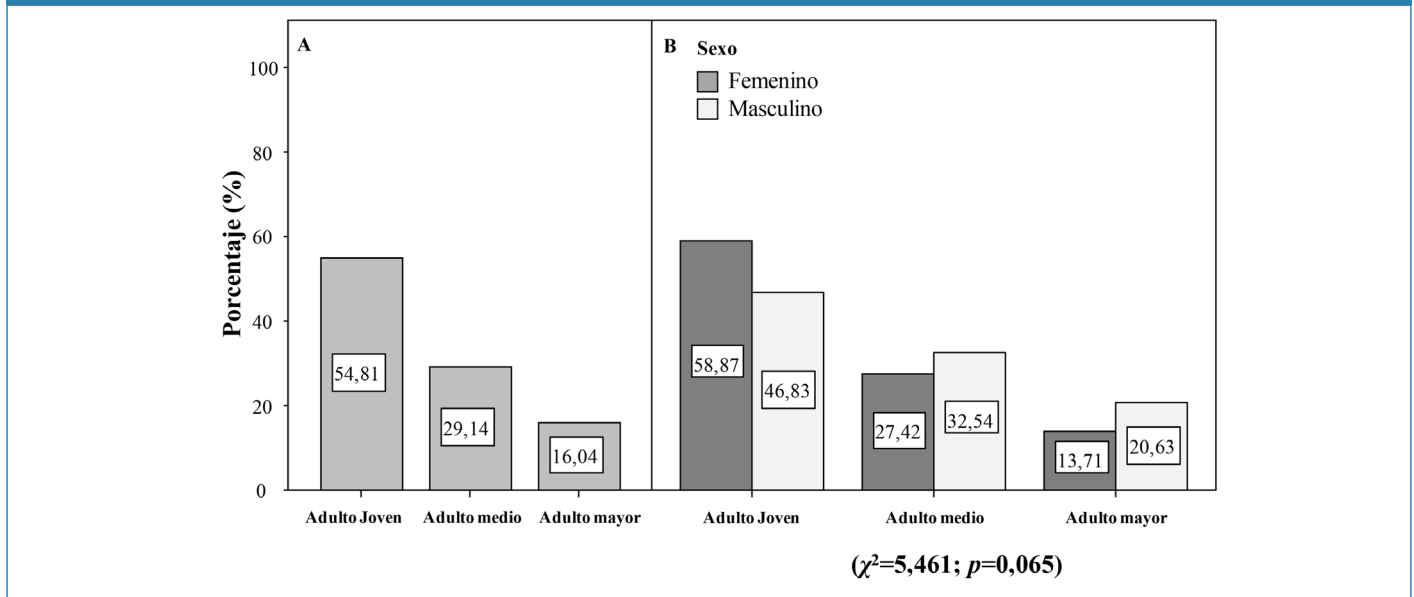


Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada según sexo. Cumbe-Ecuador, 2016

	Femenino		Masculino		Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Estado civil</b>							4,537 (0,338)
Soltero	61	24,6	36	28,6	97	25,9	
Casado	144	58,1	78	61,9	222	59,4	
Divorciado	12	4,8	4	3,2	16	4,3	
Viudo	26	10,5	6	4,8	32	8,6	
Unión libre	5	2,0	2	1,5	7	1,8	
<b>Estatus Laboral</b>							<b>48,151 (0,001)</b>
Empleado	64	25,8	79	62,7	143	38,2	
Desempleado	184	74,2	47	37,3	231	61,8	
<b>Estatus socioeconómico</b>							4,958 (0,292)
Clase Alta	0	0	1	0,7	1	0,2	
Clase Media-Alta	5	2,1	5	4,0	10	2,7	
Clase Media	108	43,5	45	35,7	153	40,9	
Clase Obrera	122	49,2	69	54,8	191	51,1	
Extrema Pobreza	13	5,2	6	4,8	19	5,1	
<b>Estatus educativo</b>							5,170 (0,160)
Analfabeta	16	6,5	5	4,0	21	5,6	
Primaria	131	52,8	64	50,8	195	52,2	
Secundaria	40	16,1	14	11,1	54	14,4	
Superior	61	24,6	43	34,1	104	27,8	
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100,00</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>	

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

Al evaluar el estatus socioeconómico se observó que el 51,1% ( $n=191$ ) pertenecía a la clase obrera, seguido de la clase media (40,9%;  $n=153$ ), pobreza extrema (5,1%;  $n=19$ ), clase media alta (2,7%;  $n=10$ ) y solo 1 individuo se ubicó en la clase alta (0,2%). Se observó un comportamiento similar de acuerdo al sexo ( $\chi^2=4,958$ ;  $p=0,292$ ). Por otra parte, el 52,2% ( $n=195$ ) de los individuos realizaron estudios de primaria, seguido de educación superior con 27,8% ( $n=104$ ), 14,4% ( $n=54$ ) educación secundaria y 5,6% ( $n=21$ ) refirió ser analfabeta; sin encontrarse una distribución diferente según el sexo ( $\chi^2=5,170$ ;  $p=0,160$ ).

Al estudiar la ocupación de acuerdo al sexo se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=235,259$ ;  $p < 0,001$ ), observándose que las mujeres realizaron principalmente quehaceres del hogar con 71% ( $n=176$ ), siendo significativamente mayor con el porcentaje realizado por los hombres de 0,8% ( $p < 0,05$ ). Mientras que los hombres realizaron con mayor frecuencia trabajos de albañilería y relacionados a la construcción con 27,0%; conductores con 15,1%; así como la agricultura y ganadería con 13,5%, **Tabla 2**.

**Tabla 2. Distribución de la ocupación según el sexo. Cumbe-Ecuador. 2016**

Ocupación	Femenino		Masculino		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	N	%	
Ocupación					235,259 (<0,001)
Profesionales	6	2,4	6	4,8	
Quehaceres del Hogar	176	71,0	1	0,8	
Trabajadores Manuales	7	2,8	12	9,5	
Administrativo	7	2,8	7	5,6	
Agricultores-Ganaderos	7	2,8	17	13,5	
Obreros-Albañiles	2	0,8	34	27,0	
Conductores	1	0,4	19	15,1	
Cocineros	2	0,8	0	0	
Estilistas-Peluqueros	8	3,2	0	0	
Estudiante	13	5,3	10	7,9	
Guardia	0	0	1	0,8	
Fotógrafo	0	0	1	0,8	
Pastor	0	0	1	0,8	
Vendedor-Comerciante	19	7,7	8	6,3	
Ninguna	0	0	9	7,1	
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100,0</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	

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

**Comportamiento de variables sociodemográficas según el estatus socioeconómico**

En la **Figura 3** se presenta el comportamiento de los grupos etarios según el estatus socioeconómico que muestra una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=32,767$ ;  $p < 0,001$ ), donde se observó un aumento en la edad a medida que disminuye el nivel de estatus socioeconómico. A su vez, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil con el estatus socioeconómico

( $\chi^2=25,581$ ;  $p=0,060$ ); donde la clase obrera y pobreza extrema presentaron mayores porcentajes de unión libre, **Tabla 3**. El estatus laboral tuvo una asociación significativa con el estatus socioeconómico ( $\chi^2=11,207$ ;  $p=0,024$ ), con un aumento progresivo en el desempleo a medida que se disminuye de estatus socioeconómico; asimismo se encontró una asociación con el estatus educativo ( $\chi^2=66,047$ ;  $p < 0,001$ ), donde el analfabetismo fue mayor en las clases obreras y extrema pobreza.

**Figura 3. Comportamiento del estrato socioeconómico según grupos etarios. Cumbe, Ecuador. 2016.**

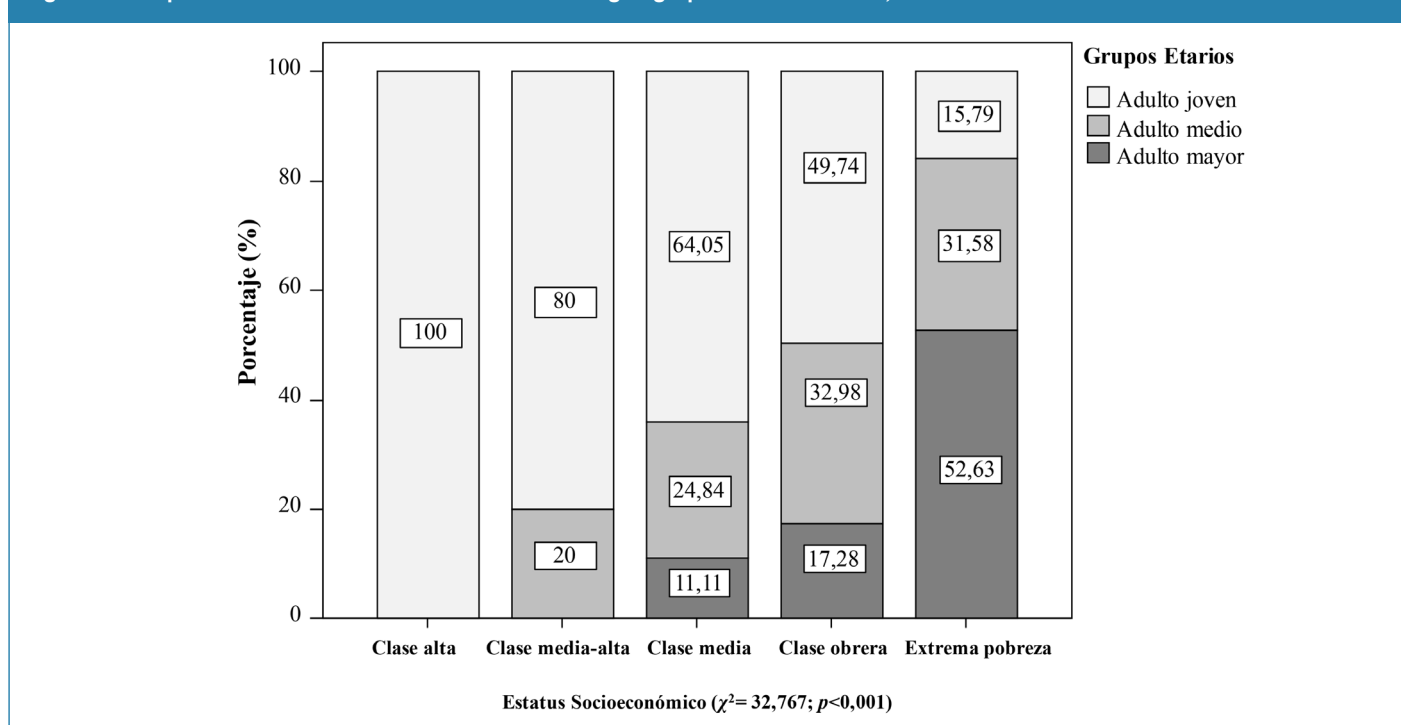


Tabla 3. Características sociodemográfica de la población estudiada según los estratos socioeconómicos. Cumbe-Ecuador, 2016

	Clase Alta		Clase Media-Alta		Clase Media		Clase Obrera		Extrema Pobreza		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Estado civil</b>											25,581 (0,060)
Soltero	1	100,0	1	10	53	34,6	38	19,9	4	21,1	
Casado	0	0	6	60,0	87	56,9	119	62,3	10	52,5	
Divorciado	0	0	1	10,0	4	2,6	11	5,8	0	0	
Viudo	0	0	2	20,0	8	5,2	18	9,4	4	21,1	
Unión libre	0	0	0	0	1	0,7	5	2,6	1	5,3	
<b>Estatus laboral</b>											11,207 (0,024)
Empleado	1	100,0	5	50,0	61	39,9	75	39,3	1	5,3	
Desempleado	0	0	5	50,0	92	60,1	116	60,7	18	94,7	
<b>Estatus educativo</b>											66,047 (0,001)
Analfabeta	0	0	0	0	3	2,0	13	6,8	5	26,3	
Primaria	1	100,0	3	30,0	56	36,6	122	63,9	13	68,4	
Secundaria	0	0	1	10,0	30	19,6	22	11,5	1	5,3	
Superior	0	0	6	60,0	64	41,8	34	17,8	0	0	
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>153</b>	<b>100,0</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	

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

## Discusión

En muchas zonas rurales, los habitantes se ven afectados de forma negativa por el aislamiento geográfico de la zona que puede condicionar la escasa oferta de trabajos, educación deficiente o malas condiciones en los servicios de salud. Muchos de estos factores han sido relacionados como perpetuadores del deficiente crecimiento y desarrollo de las zonas rurales en países latinoamericanos<sup>20</sup>.

Azuay es una de las provincias que conforman a Ecuador, donde se incluyen zonas urbanas de alto movimiento económico como Cuenca, y a su vez, zonas rurales con datos sociodemográficos muy limitados. Según cifras oficiales, para el año 2010, la provincia Azuay contaba con 712.127 individuos de los cuales 52,7% pertenecían al sexo femenino<sup>21</sup>. Además, la población se concentra en estratos jóvenes, con un 40,9% menor a 20 años, seguido por el 36,5% de los individuos con 20-44 años y representando los individuos mayores de 65 años el 7,9% del total, comportamiento similar a lo observado en Cumbe. La edad media de su población fue reportada de 29 años, sin embargo cabe destacar que dicho promedio incluye a la población infantil.

Esta distribución demográfica fue reportada recientemente en un estudio transversal realizado en individuos adultos de la ciudad de Cuenca con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome metabólico en esa población, observando resultados similares con respecto al sexo femenino (66,3%) y la distribución de los grupos etarios<sup>21</sup>. En otras regiones de Latinoamérica, el estudio CARMELA reportó que en Venezuela, México, Colombia, Argentina, Perú y Chile, la población femenina representó la mayor parte de la población, siendo Quito la ciudad estudiada en Ecuador con una frecuencia observada del sexo femenino del 51,4%<sup>22</sup>.

Con respecto a los grupos etarios, en el presente estudio se aprecia que la edad media fue de 43 años, muy similar

a lo observado por Guevara-Pacheco y cols.<sup>23</sup>, en el estudio WHO-ILAR COPCORD de Cuenca, que incluyó a 4.877 individuos de regiones rurales y urbanas de este Cantón reportando una edad promedio de 42,8±17,8 años. En Cumbe predominó la adultez joven con un 54,81% que corresponde con el comportamiento de la provincia de Azuay y la República del Ecuador<sup>14,17</sup>. Sin embargo, en las últimas 2 décadas el crecimiento de la población se ha incrementado en los individuos mayores a 40 años debido a que son generaciones provenientes de un época que presentaba altos índices de natalidad, a diferencia de lo observado actualmente donde este índice y la población menor a 5 años ha disminuido, por lo que sugiere que la población rural ecuatoriana pudiera estar entrando en un proceso de envejecimiento.

Según el INEC, la tasa de empleo para el 2016 fue de 94,8%, disminuyendo con respecto al periodo pasado, mientras que en las áreas rurales aumentó (97,5%)<sup>24</sup>. A su vez, Cuenca representó la ciudad con mayor tasa de empleo (95,2%) para el año 2016, a diferencia de otras ciudades económicamente activas como Quito (90,9%) y Guayaquil (93,6%)<sup>24</sup>. En la provincia de Azuay del total de la población adulta joven y media, el 55% era económicamente activo (53% en el sexo femenino y 60% en el masculino)<sup>17</sup>. Estas cifras contrastan con las observadas en este estudio, donde sólo el 38,2% de los individuos del área rural contaba con empleo, destacando el porcentaje de desempleo del sexo femenino con 74,2%. Sin embargo, la mayor parte de las mujeres de este estudio se dedicaba a quehaceres del hogar, una práctica que es común en zonas rurales, actividad que no ha mostrado ser protectora para las enfermedades cardiovasculares<sup>25</sup>.

El nivel de educación ha sido relacionado con diversos índices de mortalidad constituyendo un importante factor a combatir en poblaciones que presenten inequidades, al observarse que un alto nivel de educación es un factor protector para la mortalidad por todas las causas y la mortalidad cardiovas-

cular<sup>26</sup>. En Ecuador las poblaciones rurales se han caracterizado por tener promedios de año de escolaridad bajos en comparación a las poblaciones urbanas<sup>14</sup>. Además, la prevalencia de analfabetismo se posicionó en un 6,8% para el año 2010, siendo muy similar a lo observado en Cumbe (5,6%), por lo que se considera un importante factor de riesgo para indicadores como mortalidad materno-fetal<sup>27,28</sup>, y esperanza de vida en la población general<sup>29</sup>, por lo que el estatus educativo debe ser considerado como un importante objetivo de las políticas de salud pública.

Por otro lado, con respecto al estado civil, en Azuay el estado civil predominante son las uniones matrimoniales con una frecuencia del 40,2%<sup>17</sup>, similar a lo encontrado en Cumbe, pero con cifras más altas de sujetos casados (59,4%). En una población adulta venezolana, se reportó la asociación entre los individuos casados y las dislipidemias, particularmente colesterol elevado e hipertriglicéridemia, ocasionado posiblemente por una inadecuada adaptación al estatus marital asociada a obesidad<sup>30</sup>, lo que demuestra la influencia del estado civil sobre el proceso salud-enfermedad.

Muchos de estos factores se han relacionado con el estatus socioeconómico de la población, ya que este es el común denominador donde todas estas características confluyen. En este estudio los sujetos se agruparon en los estratos más bajos, sin embargo hay que destacar que esto no varió significativamente con lo reportado en el año 2014 por Sigüencia y cols.<sup>21</sup> en la población de Cuenca, donde el 55,6% de los individuos pertenecía a la clase obrera y pobreza extrema<sup>21</sup>. Se pudo constatar que en los estratos socioeconómicos bajos, se observaba una mayor proporción de individuos desempleados y con bajo nivel educativo, lo que puede contribuir de forma negativa en este grupo de individuos ya que estos factores son importantes predictores de mortalidad en conjunto<sup>31</sup>.

Por lo tanto, la población rural de Cumbe presenta una distribución sociodemográfica poblacional acorde a las cifras de la provincia de Azuay, con un mayor porcentaje del sexo femenino, una población joven, con alta frecuencia de sujetos casados, de clase obrera y con nivel educativo principalmente por debajo de la educación superior. Por el contrario, observamos cifras de desempleo mayores a las reportadas en ciudades urbanas como Cuenca, Quito y Guayaquil, por lo que junto al escaso nivel educativo, pueden ser las causas del bajo estatus socioeconómico de la población, surgiendo la importancia de aumentar los esfuerzos políticos en la búsqueda de una población con un mayor nivel educativo y socioeconómico.

## Referencias

- Francisco Lizcano Fernández. Niveles de pobreza y desarrollo socioeconómico en América. Espacio Abierto. 2002; 11(2):205-226.
- Almeida-Filho N, Silva-Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75: 5-30.
- OMS. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: commission on Social Determinants of Health final report. Ginebra, 2008.
- OMS. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo. Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud. Brasil 2011. Disponible en: [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Ginebra, WHO, 2010. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)
- Cabrera C, Helgesson O, Wedel H, Björkelund C, Bengtsson C, Lissner L. Socioeconomic status and mortality in Swedish women: opposing trends for cardiovascular disease and cancer. Epidemiology. 2001;12(5):532-6.
- Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP, Health EW. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. BMJ. 1998;316(7145):1636-1642.
- Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Gadeyne S, Glickman M, Marinacci C, Minder C, Regidor E, Valkonen T, Mackenbach JP Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet. 2005;365(9458):493-500.
- Howard G, Anderson RT, Russell G, Howard VJ, Burke GL. Race, socioeconomic status, and cause-specific mortality. Ann Epidemiol. 2000;10(4):214-23.
- Raj A, Saggurti N, Winter M, Labonte A, Decker MR, Balaiah D, Silverman JG. The effect of maternal child marriage on morbidity and mortality of children under 5 in India: cross sectional study of a nationally representative sample. BMJ. 2010; 340: b4258.
- Carvalho JAM, Wood CH. Renda e concentração da mortalidade no Brasil. Estudos Econômicos. 1977;7(1):107-130
- Behm H, Primante D. Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. Notas de Población. 1978;6(16):23-44.
- Taucher E. Mortalidad Infantil en Chile: tendencia, diferenciales y causas. Santiago: CELADE; 1978.
- 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](http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf)
- London S, Temporelli K, Monterublanesi P. Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina Economía y Sociedad. Economía y Sociedad. 2009;XIV(23):125-146.
- Organización panamericana de la salud. Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. 2016. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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/Manual/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
- Corvalán J. Educación para la población rural en siete países de América Latina. Síntesis y análisis global de resultados por países. Revista Colombiana de Educación. 2006;51:40-79.
- Méndez-Castellano H, De Méndez MC. Estratificación social y biología humana: método de Graffar modificado. Arch Ven Pueric Pediatr 1986;49:93-104

20. Bonilla-Houdelatth E. Realidad de las comunidades rurales de Costa Rica. *Revista Electrónica Educare*. 2008;XII:47-59.
21. Sigüencia W, Alvarado O, Fernández S, Piedra C, Carrera G, Torres-Valdez M, Ortiz-Benavides R, Villalobos M, Rojas J, Añez R, Bermúdez V. Prevalencia del síndrome metabólico en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico*. 2013;III(3):113-125.
22. Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Ayçaguer LC, Touboul PJ, Boissonnet CP, Escobedo J, Pellegrini F, Macchia A, Wilson E; CARMELA Study Investigators. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med*. 2008;121(1):58-65.
23. 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.
24. INEC. Reporte de Economía Laboral. Diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPL/2016/Diciembre-2016/Informe%20Economía%20Laboral-dic16%2816-01-2017%29.pdf>
25. Stamatakis E, Hillsdon M, Primatesta P. Domestic physical activity in relationship to multiple CVD risk factors. *Am J Preventive Med*. 2007;32(4):320-27.
26. Hardarson T, Gardarsdóttir M, Gudmundsson KT, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfússon N. The relationship between educational level and mortality. The Reykjavík Study. *J Intern Med*. 2001;249(6):495-502.
27. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Díaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(5):371-8.
28. Pillai VK, Maleku A, Wei F. Maternal Mortality and Female Literacy Rates in Developing Countries during 1970–2000: A Latent Growth Curve Analysis. *International Journal of Population Research*. 2013:2013163292.
29. Messias E. Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil. *Am J Public Health*. 2003; 93(8): 1294–1296.
30. Nuñez M, Rojas J, Torres W, González R, Mejías JC, Olivar LC, Chacín Y, Apruzzese V, Añez R, Salazar J, Pachano F, Lubo A, Gómez MC, Montiel M, Iriarte N, Paz P, Cabrera M, Rincón T, Bermúdez V. Características sociodemográficas asociadas a dislipidemia en el estudio de prevalencia de síndrome metabólico de Maracaibo, Venezuela. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2013;8(4): 77-89.
31. Wannamethee SG, Shaper AG. Socioeconomic status within social class and mortality: a prospective study in middle-aged British men. *Int J Epidemiol*. 1997 Jun;26(3):532-41.

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)

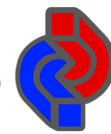
PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias), REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

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

ClCaLIA (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.



cdch-ucv.net



publicaciones@cdch-ucv.net

[www.revistahipertension.com.ve](http://www.revistahipertension.com.ve)

[www.revistadiabetes.com.ve](http://www.revistadiabetes.com.ve)

[www.revistasindrome.com.ve](http://www.revistasindrome.com.ve)

[www.revistaavft.com.ve](http://www.revistaavft.com.ve)