

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

**Caracterización de la determinación social de salud en las comunidades
rurales de la Parroquia de Mira perteneciente al Distrito de Salud 04D03
Mira –Espejo, Carchi-Ecuador**

Ángel Maximiliano Andagana Alulima

Fadya Orozco T., MD., PhD., Directora del Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de
Especialista en Atención Primaria de la Salud

Quito, Diciembre de 2013

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACIÓN TRABAJO DE TITULACION

**Caracterización de la determinación social de salud en las comunidades
rurales de la Parroquia de Mira perteneciente al Distrito de Salud O4D03
Mira –Espejo, Carchi-Ecuador**

Ángel Maximiliano Andagana Alulima

Fadya Orozco T., MD., PhD.
Directora Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP-SP.
Director Especialización Atención Primaria de la Salud

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.
Decano Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla MD., M.Ed., F.A.A. P.
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Víctor Viteri Breedy Ph.D.
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, Diciembre de 2013

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Ángel Maximiliano Andagana Alulima

C. I.: 1715619894

Fecha: Quito, diciembre de 2013

RESUMEN

El estudio que se presenta como trabajo final titulación de la Especialidad de Atención Primaria en Salud tiene como objetivo relacionar la determinación social de salud de las comunidades rurales de la parroquia de Mira: El Hato, San Luis, Santa Isabel, La portada y San Marcos con el perfil epidemiológico de morbi-mortalidad de los años 2012 y 2013 en el contexto de la promoción de la salud y el modelo de determinantes sociales de Dalhgren y Whitehead

El punto de partida del estudio es determinar características demográficas de las comunidades participantes, también analizar el modo de vida, identificar las actividades laborales y sociales que caracteriza a las comunidades involucradas. La información del modo de vida será complementada con los datos de producción agropecuaria, educación, ambiente laboral, condiciones de vida y trabajo, desempleo, agua, servicios de atención sanitaria y vivienda. Para completar el análisis de la determinación social en salud se incluirán datos generales socioeconómicos, culturales y medioambientales.

Posteriormente se relacionará el análisis de la determinación social de salud de las comunidades con el perfil epidemiológico de morbi-mortalidad de primer semestre de 2013 con la finalidad de entender “las causas de las causas “de los problemas de la situación de salud comunitaria.

Finalmente, se contempla la idea de utilizar la información de esta investigación para la gestión sanitaria por parte de todos los actores involucrados.

ABSTRACT

The study is presented as the final work of the Specialty of Primary Health Care aims to relate the social determination of health of rural communities in the parish of Mira: El Hato , San Luis , Santa Isabel, and San Marcos with cover the epidemiological profile of morbidity and mortality in the years 2012 and 2013 in the context of health promotion and the social determinants model Dahlgren and Whitehead

The starting point of the study is to determine demographic characteristics of the participating communities also analyze the way of life, identify the work and social activities that characterize the communities involved. The lifestyle information will be supplemented with data from agricultural production, education, work environment, living conditions, unemployment, water, health services and housing. To complete the analysis of social determinants in health socioeconomic, cultural and environmental general data will be included.

Later analysis of the social determinants of health of communities with the epidemiological profile of morbidity and mortality in the first half of 2013 in order to understand the "causes of the causes" of the problems of community health status relate.

Finally, the idea of using the information in this research for health management by all stakeholders is contemplated.

CONTENIDO

	Pág.
Resumen	5
Abstract	6
Tabla de tablas	8
Tabla de gráficos	9
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	10
Introducción al tema de investigación	11
Justificación.	12
Preguntas de investigación	12
Objetivo general y específico	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO	13
Teoría de la Producción Social del Proceso Salud- Enfermedad y el Proceso de Trabajo.	13
Determinantes sociales de la salud y modo de vida	15
CAPITULO III: METODOLOGIA	17
Descripción del lugar de estudio	17
Variables de análisis y procesamiento de información	19
CAPITULO IV: RESULTADOS.	20
Capa superior de Determinantes estructurales Socioeconómicos, políticos y medio ambientales	20
Sector I: Comunidades de EL Hato, Santa Isabel y San Luis	21
Sector II: Comunidades de Pisquer y Pueblo Viejo	24
Sector III Comunidades de La Portada y San Marcos	27
Perfil general de morbilidad y mortalidad	30
CAPITULO V: DISCUSION	32
Discusión	32
CAPITULO VI: CONCLUSIONES RECOMENDACIONES	34
Conclusiones	34
Recomendaciones	34
REFERENCIAS	35

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Perfil de enfermedad, 10 principales causas de morbilidad. Distrito 04D03 Mira-Espejo; Provincia del Carchi, Primer semestre de 2013	30

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1: Teoría de la reproducción social de salud	15
Grafico 2 Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead	16
Grafico 3 Ubicación de zonas de estudio dentro del distrito O4D03 Mira	17
Grafico 4 SECTOR I: El Hato, Santa Isabel y San Luis, según Modelo De Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead	23
Grafico 5 SECTORII: Pisquer y Pueblo Viejo, según Modelo De Determinación en Salud de Dahlgren y Whitehead.	26
Grafico 6 SECTORIII: La Portada y San Marcos, según Modelo De Determinación en Salud de Dahlgren y Whitehead	29

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Introducción al tema de investigación

Las nuevas visiones de interpretación de proceso salud enfermedad, van encaminado al entendimiento de la enfermedad como producto social generado por condiciones económicas, políticas e ideológicas. (Breilh, 1990). El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) menciona que el desconocimiento de la determinación social de salud por parte de la autoridad sanitaria, ha direccionado acciones de salud dirigidas al diagnóstico y tratamiento de problemas, queriendo resolver problemas colectivos con prácticas individuales, y sin dar importancia a la promoción de salud.

Esta investigación tiene como objetivo, entender como la determinación social de salud se ve reflejada en el perfil de enfermedad de la población rural de la parroquia de Mira, en el contexto de la promoción de la salud. Las comunidades participantes se encuentran en la provincia del Carchi, Cantón Mira, Parroquia Mira, siendo siete comunidades agrupadas en tres sectores: Sector I El Hato, Santa Isabel y San Luis; Sector II Pisquer y Pueblo Viejo, y Sector III La portada y San Marcos.

La metodología utiliza el modelo teórico de determinantes sociales de Dahlgren y Whitehead, el mismo que presenta capas de determinación, las mismas que se relacionan entre sí, las personas se encuentran en el centro del modelo. Hacia el exterior se encuentra la capa de modo de vida, prosiguiendo con la capa de redes sociales y comunitarias, la misma que se relaciona con la capa de condiciones de vida y trabajo, para finalmente llegar a la capa mayor que trata sobre determinantes estructurales socioeconómicos, políticos, culturales y medioambientales. La recolección de datos se realizó por sectores, tomando en cuenta el modelo. La información consolidada tiene fuentes secundarias, observaciones no participativas y entrevistas no estructuradas. Para expresar los resultados se realiza gráficos del modelo utilizado, ubicando información clave en cada una de las capas, para la discusión la información de los resultados es analizada con el perfil de enfermedad de la población, la Teoría de la producción social de salud de Breilh y Laurell, los determinantes sociales enfocados desde la Organización Mundial para la Salud, y el concepto de modo de vida Cristina Posass, representante de la medicina social latinoamericana. Las recomendaciones sugieren que este documento sea utilizado como herramienta de

asesoramiento fundamental para la gobernanza y gestión de la autoridad sanitaria en el nivel local.

Justificación

La Constitución de la República del Ecuador (2008), en el artículo 32 menciona que la salud es un derecho, cuya realización se vincula con el ejercicio de otros derechos entre ellos el agua, la vivienda, trabajo, educación, seguridad social y otros. El estado garantizará todos estos derechos mediante la generación de políticas económicas, sociales y culturales. En ese sentido, las organizaciones internacionales como la Organización Panamericana para la salud señalan que la reducción de las inequidades sanitarias, obedecen al trabajo intersectorial de todos los componentes gubernamentales, con el único fin de reconocer el goce máximo de la salud como derecho fundamental. (Organización Mundial de la Salud 2011). Con respecto a encontrar la conexión entre el derecho a la salud y determinantes sociales es necesario entender el concepto sobre determinantes según la Organización Mundial para la salud (2007) los determinantes son circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. En este orden de ideas se puede citar los índices de la distribución de ingresos según deciles en Ecuador, el 20% de la población más pobre es participe del 4 % de la riqueza del país en contraste con el 20% de la población más rica que posee el 52,47% de la riqueza del Estado, la brecha entre pobres y ricos establece inequidades en cuanto al acceso y goce de los derechos. (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social & Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador 2010).

Como consecuencia de lo anteriormente citado, Whitehead (1991) establece que las inequidades son aquellas diferencias en temas de salud que no solo son innecesarias y evitables, sobre todo son injustas.

“Estamos convencidos que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerando que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente

con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional. “(OMS 2011)

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características de la determinación social de la población rural de la parroquia de Mira según las capas del modelo de Dalhgren y Whitehead?
2. ¿De qué manera las características de la determinación social de salud analizadas se reflejan en el perfil de enfermedad-salud de la población rural de la parroquia de Mira?

Objetivo general

Entender de qué manera la determinación social de salud se refleja en el perfil epidemiológico de morbi-mortalidad de la población rural de la parroquia de Mira perteneciente al centro de salud de Mira, en el contexto de la promoción de la salud y el modelo teórico de los determinantes sociales de Dalhgren y Whitehead.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la determinación social rural de la parroquia de Mira a través de las diferentes capas del modelo de Dalhgren Whitehead,
2. Relacionar la determinación social de la salud estudiada, con el perfil epidemiológico de salud – enfermedad de la población rural de la parroquia de Mira.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

Teoría de la Producción Social del Proceso Salud- Enfermedad y el Proceso de Trabajo.

La teoría de producción social desarrollada por Laurell (1989) y Breilh (1990), nace con el fin de explicar el proceso salud – enfermedad, el mismo no dependería de factores de riesgo determinados por una especificidad etiológica, al contrario, la enfermedad se explicaría como producto social generado por las condiciones económicas, políticas e ideológicas.

La producción social

La producción social estaría definida en las formas de inserción de los individuos a las esferas productivas, patrones de consumo y tipo de organizaciones y cultura, esta inserción se desarrollaría en un sistema de contradicciones, entre fuerzas protectoras de la salud llamadas valores de bienes de uso y disfrute, y las fuerzas destructoras o antivalores como aspectos deteriorantes de la salud. (Breilh, 1990) (Ver gráfico 1)

Según Breilh en Orozco (2011), la reproducción social como proceso histórico de acumulación, se desenvuelve dentro del sistema de contradicciones llamado perfil de salud enfermedad. Este sistema está relacionado con tres elementos: producción, distribución y consumo. El capital tiene formas de *producción*, las mismas se entenderían como la producción de bienes y servicios destinados a los grupos y clases de la sociedad. La distribución actúa como mediador entre la producción y el consumo, se conceptualiza como la distribución a la proporción de participación de los individuos en cuanto al acceso de bienes y servicios, los mismos están determinados por el mercado mediante la oferta y demanda, así como también el Estado. El consumo se explicaría como el uso que los sujetos dan a los bienes y servicios, sin embargo, este uso está condicionado por la producción. El consumo estaría representado por el consumo de bienes mediados por la distribución como: alimento, vivienda, vestido; también por el consumo de bienes producidos como: trabajo doméstico, alimentación, cuidado y soporte afectivo. Además los consumos de uso natural como: agua, y el consumo ampliado como: servicios de salud y educación.

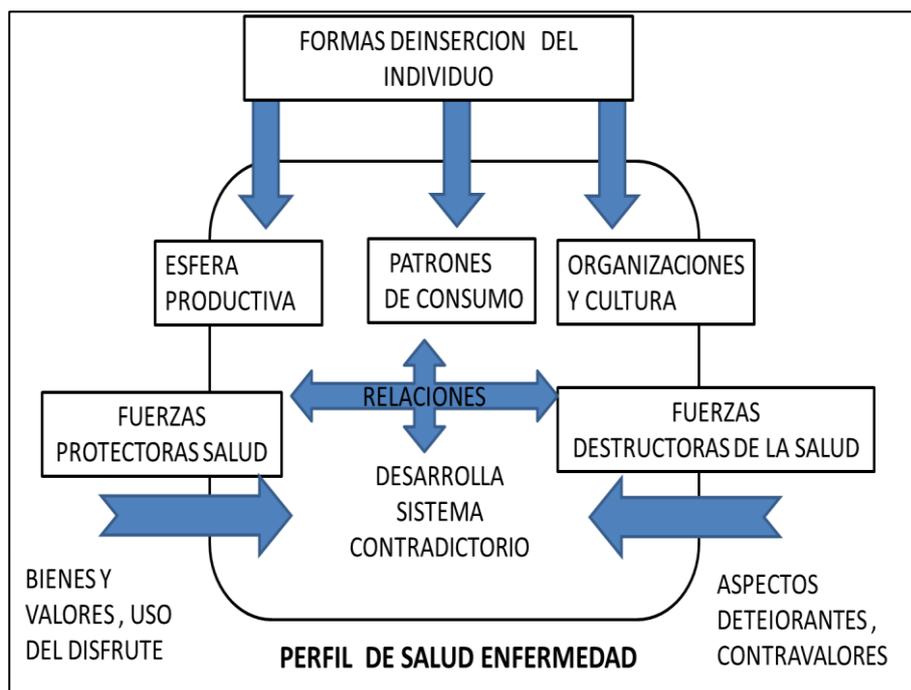
Según Orozco (2011), La teoría social de la producción de la salud y el trabajo fue desarrollada por Laurell (1989), quien menciona que el trabajo es la vertiente de la

producción social, el proceso de producción es analizado como determinante el proceso salud enfermedad.

En sociedades capitalistas el proceso de producción organiza toda la vida social de los individuos, pues se valoraría el capital; en ese sentido, el trabajo se materializa en una lógica de acumulación de capital, esto determinaría formas específicas de trabajo y desgaste por el trabajo. El desgaste por trabajo y la reproducción de patrones específicos de producción, estarían relacionados por un nexo bio psíquico, en función de esta visión, lo biológico se subordinaría a lo social; entendiendo la enfermedad no solo como un hecho biológico, sino como procesos bio psíquicos.

En Orozco (2011) , se menciona en referencia a Laurell (1989) que el trabajo posee dos elementos: el objeto y los instrumentos, los mismos que tendrían características: físicas, químicas, mecánicas o tecnológicas, a estas Laurell (1989) las denominó cargas de trabajo, la mismas que interactuarían entre sí y con el cuerpo del trabajador, desarrollando protección o destrucción en el sujeto llamados “estereotipos de adaptación”; esta interacción produciría procesos de adaptación traducidos en desgaste, como pérdida de capacidad potencial y de efectividad corporal o psíquica de las personas. En Orozco, (2011) se alude a Laurell (1989) respecto a que el conjunto de cargas de trabajo en los procesos bio psíquicos, sintetizan la mediación entre trabajo y desgaste del trabajador por los patrones específicos de desgaste. A nivel individual estos patrones de desgaste se desarrollarían de forma inespecífica, no visible claramente; en contraste, cuando las manifestaciones de estos patrones se desarrollan en la colectividad, el desgaste adquiere significado y visibilidad. El problema del desgaste entre el trabajo y el capital, radicaría en la disminución de la producción, en cuanto al capital y con respecto al trabajo, el problema sería exponer la vida en peligro. (Ver gráfico 1)

Grafico 1. Teoría de la producción Social de Salud.



Fuente: Breilh (1990) La Salud-Enfermedad como hecho Social
 Elaboración: Andagana Ángel.

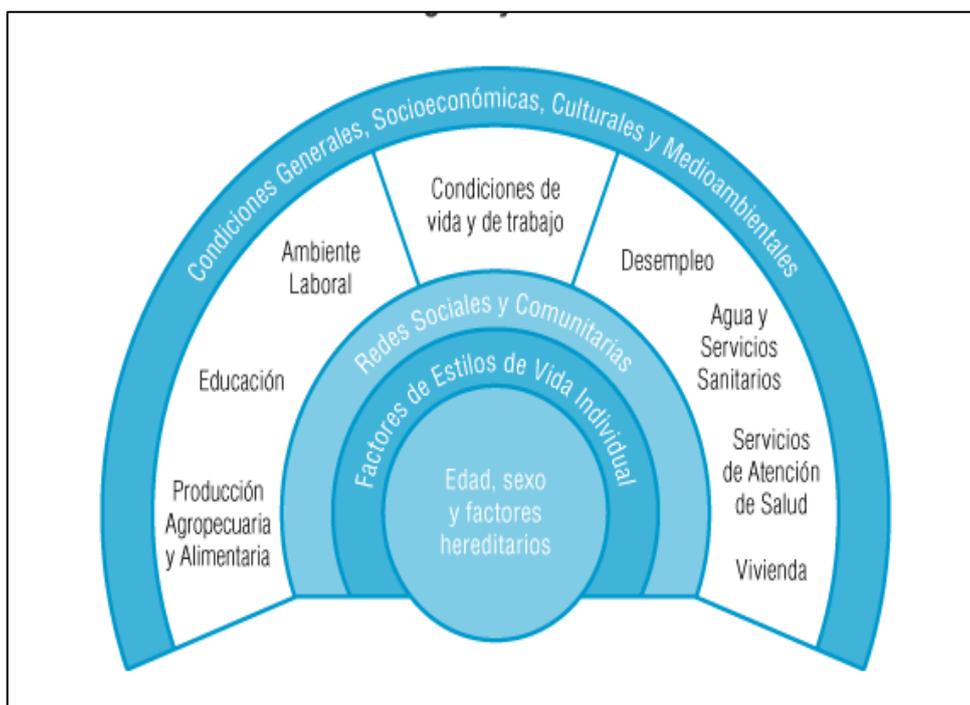
Determinantes sociales de la salud y modo de vida

Según la Organización Mundial para la Salud (2008), se conceptualiza los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias están relacionadas con los determinantes estructurales y las condiciones de vida, los mismos que intervienen como causa de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Los determinantes de la salud resumen el conjunto de factores: Sociales, Políticos, Económicos, Ambientales y Culturales que ejercen gran influencia sobre el estado de salud de las personas.

En la literatura (Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud 2007) se reportan algunos modelos, para explicar la determinación social de la salud; entre ellos el modelo de determinantes sociales de Dahlgren y Whitehead. Este modelo explica el resultado de la interacción entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta la comunidad y los niveles estructurales socioeconómicos (grafico 2). En este modelo, los individuos se encuentran en el centro del modelo caracterizados por edad, sexo y factores genéticos. En dirección al exterior del centro la próxima capa representa, las conductas de las personas y estilos de vida, como también los hábitos. La próxima capa está representada por la influencia de las redes sociales y comunitarias en las conductas de los

individuos. El siguiente nivel encontramos a los factores de vida y trabajo como: vivienda, producción agrícola y alimentos, agua y servicios básicos y sanitarios, desempleo, ambiente laboral, educación y servicios de atención de salud; sobre esta capa se encuentran las condiciones sociales y económicas, culturales y medioambientales prevalentes en la sociedad en conjunto, que influyen a todas las capas concéntricas hasta impactar en el individuo ubicado en el centro del modelo.

Grafico 2. Modelo de determinantes en salud de Dahlgren y Whitehead



Fuente. Comisión de determinantes sociales (2007)

Uno de los conceptos colocado por autores de la medicina social latinoamericana, entre ellos Cristina Posass (citado en Orozco 2011) es el concepto de modo de vida Según Posass (1989), el modo de vida estaría relacionado con las condiciones de vida y el estilo de vida que esta presentes en los habitantes de una población. En cuanto los condiciones de vida hacen referencian a los aspectos necesarios para la subsistencia: Nutrición, vivienda, saneamiento básico, y condiciones del medio ambiente. Los estilos de vida explicarían las formas sociales y culturales que determinarían la vida en cuanto al trabajo y hábitos.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

Descripción del lugar de estudio

El estudio se desarrolló en el norte del Ecuador, provincia del Carchi, cantón Mira, el mismo que está constituido de cuatro parroquias; La concepción, Juan Montalvo, Jijón y Caamaño y Mira (chonta-huasi). Esta última parroquia, comprende de dos sectores, urbano y rural. La investigación se focalizo en el sector rural. Distribuyendo las comunidades en tres sectores. Sector I: El hato, San Luis, Santa Isabel; Sector II: San Marcos, Las Parcelas; Sector III: Pisquer y Pueblo viejo. Todas las comunidades pertenecen al distrito geográfico administrativo 03D04 Mira – Espejo¹. Este distrito es una de las zonas de trabajo del proyecto de técnicos de atención primaria de salud (taps). (Ver gráfico número 3)

Gráfico 3. Ubicación de zonas de estudio dentro del distrito O4D03 Mira



Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado de Mira

Elaboración: Ángel Andagana A.

¹ Código distrital asignado según distribución administrativa de los distritos de salud a nivel nacional

Tipo de estudio, población, recolección

El presente trabajo es un estudio descriptivo, a través del cual se caracteriza la determinación social de la salud de la población de la parroquia rural de Mira, con el fin de poder entender, el modo de vida ligado al perfil de enfermedad de esta población. La población del estudio son los habitantes de las comunidades de los tres sectores rurales de la parroquia de Mira, mencionados anteriormente.

Como fuentes de información, se utilizaron fuentes secundarias. Las fuentes vinieron de las fichas familiares del Distrito de salud, de las mismas se extrajo información sobre tipo de familias y estado civil de la población. Otra fuente secundaria, fue la encuesta de identificación de datos, sociodemográficos, riesgos medio ambientales y sanitarios aplicada en 2012, los datos extraídos fueron: nivel de instrucción formal de la población, acceso a servicios básicos y sanitarios por familias, datos demográficos como población por tipo de sexo, ciclos de vida y estado civil y tipos de ocupación.

Otras, fuentes fueron, documentos del proyecto de técnicos de atención primaria, tales como matrices de identificación de actores sociales y organizaciones, registros e informes. De estos se recolecto información referente: organizaciones sociales y comunitarias con sus respectivos actores sociales. El departamento de estadística como fuente secundaria apporto, información sobre, perfil de mortalidad y morbilidad del primer semestre del 2013.

Complementariamente se realizaron observaciones no participativas y entrevistas semiestructuradas con ayuda de las TAPs, En el primer caso la información recolectada en las incluye, tipo de vivienda y materiales de construcción por sector, producción agrícolas según tipos de cultivos por sector, tipo de recreación por sector. En las entrevistas semi estructuradas se reportó: número de ganados vacunos por familias, número de familias beneficiadas de programas y proyectos sociales por sector, problemas relacionados con hábitos adversos por familias, acceso a seguro social campesino por familias.

Del sistema integrado de indicadores sociales del Ecuador (SIISE), se extrae información de indicadores de pobreza, como: Necesidades básicas insatisfechas por provincia y parroquia.

VARIABLES DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Para el análisis de la capas de determinación de modelo de Dahlgren y Whitehead se utilizaron las siguientes variables. En la primera capa sobre datos demográficos las variables utilizadas fueron; porcentaje de habitantes por ciclos de vida, menores de 5 años, niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años , adultos jóvenes de 20 a 64 años , adultos mayores de 65 y más. Porcentaje de Mujeres en edad reproductiva de 12 a 45 años. En la capa de modo de vida, se utilizaron las variables de; porcentaje de familias con presencia de hábitos destructivos como alcoholismo, tabaquismo, porcentaje de familias según actividad económica como agropecuarios, tejedoras, comerciantes. Para la capa de redes sociales y comunitarias se utilizaron las siguientes variables, tipo y número de organizaciones, porcentaje de personas que participan en organizaciones comunitarias, porcentaje de habitantes por estado civil, porcentaje de familias según composición familiar. En la capa de condiciones de vida y trabajo las variables descritas son: porcentaje de habitantes según instrucción formal como preescolar, primaria, secundaria, superior. Porcentaje de habitantes según acceso a servicios básico como vialidad, transporte público, telecomunicaciones, energía eléctrica; porcentaje de familias según acceso a la seguridad social campesina, porcentaje de familias según ocupación como jornaleros agropecuarios, porcentaje de la población económicamente activa de 19 a 64 años, porcentaje de familias según tipo de vivienda como casa , mediaguas, covachas y ranchos, porcentaje de familias según acceso a servicios sanitarios como alcantarillado, pozo séptico, agua segura, agua entubada; número de servicios de salud por sector, tipo de cultivos según sector. En la capa superior estructural las variables fueron, porcentaje por familias según beneficio de programas y proyectos sociales entre ellos bono de desarrollo humano; porcentaje de la población según trabajo femenino no remunerado, porcentaje de familias según acceso a la seguridad social campesina y porcentaje de familias según posesión de tierras en intervalos de menos de 1 hectárea, de 2 a 3 hectáreas, 4 a 7 hectárea, de 8 a 30 hectáreas y de 30 a más hectáreas.

Para el procesamiento de la información se realizaron tablas de frecuencias y gráficos con el fin de realizar análisis integral, teniendo como marco de análisis el modelo de determinantes sociales de Whitehead.

CAPITULO IV RESULTADOS

Los resultados serán presentados en base al Modelo de Determinantes de Salud de Dahlgren y Whitehead, el cual presenta la determinación por capas concéntricas que se organizan partiendo de capas estructurales socioeconómicas y políticas, siguiendo con consideraciones de condiciones de vida y trabajo, redes sociales y comunitarias, modo y estilos de vida, y finalizando con datos demográficos.

Inicialmente se describirá de manera general los determinantes de la capa más estructural del modelo de determinantes sociales, constituida por los determinantes de orden económico y social, mismos que evidencian las restricciones colocadas por este tipo de determinantes sobre las capas inferiores del modelo, finalmente impacta esta determinación en el modo de vida de las personas y su perfil de enfermedad. Posteriormente los resultados de las capas subsiguientes de determinación se presentan por sectores.

Capa superior de Determinantes estructurales socioeconómicos, políticos y medio ambientales

La capa superior de determinantes es general para los 3 sectores que comprenden este estudio, por lo cual se evidencia por ejemplo en la falta de tierras. En el sector I, el 74% de las familias poseen entre 1 a 7 hectáreas; en el sector II, el 26% de las familias tiene menos de 1 hectárea. en este mismo sector, el 15% de las familias arriendan tierras para cultivos.

La cobertura de la seguridad social campesina en los 3 sectores muestra que las familias están desprotegidas socialmente. esto se evidencia en las siguientes cifras: sector I 87% de personas sin afiliación, sector II 94%, sector III 68%; lo que da un promedio general de un 83% de familias no cubiertas por el seguro social.

En cuanto a aspectos de equidad de género, de manera general en los tres sectores se evidencia que la población femenina realiza actividades agrícolas y de cuidado diario no remuneradas como se verá a posterior en la presentación de resultados por sectores, en los casos que reciban una remuneración la misma está por debajo de la remuneración de los hombres, sin embargo manteniendo una carga similar de trabajo, en ese sentido el sector I presenta 24%, sector II 22,40%, sector III 24% con un promedio de 23,46% de población femenina no remunerada por realizar actividades domésticas y agropecuarias.

Las familias que se beneficia del bono de desarrollo social son: 55% en Sector I, 30,87% sector II, 41,7% sector III; dando un promedio del sector de 42,5%.

Sector I: Comunidades de EL Hato, Santa Isabel y San Luis.

Segunda capa de determinación de salud

En cuanto al acceso a los servicios básicos y sanitarios, el 96% de las familias están conectadas a la red de alcantarillado, 4% se encuentran sin conexión, el 64% de las familias no consume agua segura, en contraste con el 36% que si consumen agua segura. Con respecto a la información vial, el 83% de las familias presenta carretera de segundo orden en construcción, mientras que el 17% carece de vialidad; cabe agregar que el servicio de transporte público se encuentra ausente. Acerca de las telecomunicaciones se destaca que el 36% de las familias acceden a señal telefónica celular en las comunidades de Santa Isabel y San Luis; la única señal televisada corresponde a la red pública, no existen conexión a internet ni señal de radio.

En cuanto al nivel de instrucción formal, la información disponible muestra que la población mayoritariamente tiene instrucción primaria completa e incompleta, sumando entre las dos el 60%, del total de la población; existe entonces una brecha importante con el porcentaje de instrucción superior que es apenas del 3%, además el 4% de la población es iletrada.

Los servicios de salud están representados por un puesto de salud, servicio que está compuesto ocasionalmente por un médico rural (no todos los años), una enfermera de planta y una técnica de atención primaria de salud (taps). Finalmente, el 100% de viviendas son casas, de estructura de cemento, bloque, ladrillo y techo, teja y zinc, con piso de cemento.

En referencia al endeudamiento con entidades financieras se constata que el 90% de las familias poseen créditos, con altos intereses que oscilan entre el 23-27%, cabe agregar que para el endeudamiento masivo el mecanismo utilizado es facilitar el acceso a los créditos y establecer la posibilidad de generar créditos sobre créditos para solventar pagos vencidos.

Redes sociales y comunitarias

Con respecto a las organizaciones, el hallazgo manifiesta que son 14 organizaciones comunitarias presentes, entre ellas las juveniles que tienen el 7% de participación; las organizaciones no gubernamentales (ONG) con su servicio de apadrinamiento a niños y adolescentes, mantiene el 13% de participación; las organizaciones productivas y sociales representan el 3 y 4% de participación respectivamente. Sin embargo se evidencia que el 68% de la población no participa de las organizaciones comunitarias y sociales. Otro de los aspectos en esta capa es la composición familiar y el estado civil. El primero está representado por el 52% de familias nucleares, el 10% de familias extendidas y el 13% de familias unipersonales compuestas básicamente por adultos mayores. Los datos de estado civil muestran que la población del sector está compuesta por el 50% de solteros, el 42% de casados y el 3% de viudos.

Modo de vida

En referencia a la información de trabajo el 57% de las familias están relacionadas actividades agrícolas, con énfasis en la ganadería mediante observaciones no participativas, las personas que realizan esta actividad están expuestas a la inclemencia del clima pues la temperatura promedio es de 12 grados centígrados además de exponerse a las posiciones anti ergonómica que exigiría el ordeño, cabe agregar que la población femenina no remunerado, ocasionalmente se involucran en actividades de tejido de prendas de lana, utilizando para esta actividad 6 horas diarias , por 4 días para terminar una prenda, el pago informal por esta actividad oscila entre 4 a 5 dólares mientras que el jornal de los hombres esta 10 dólares diarios.

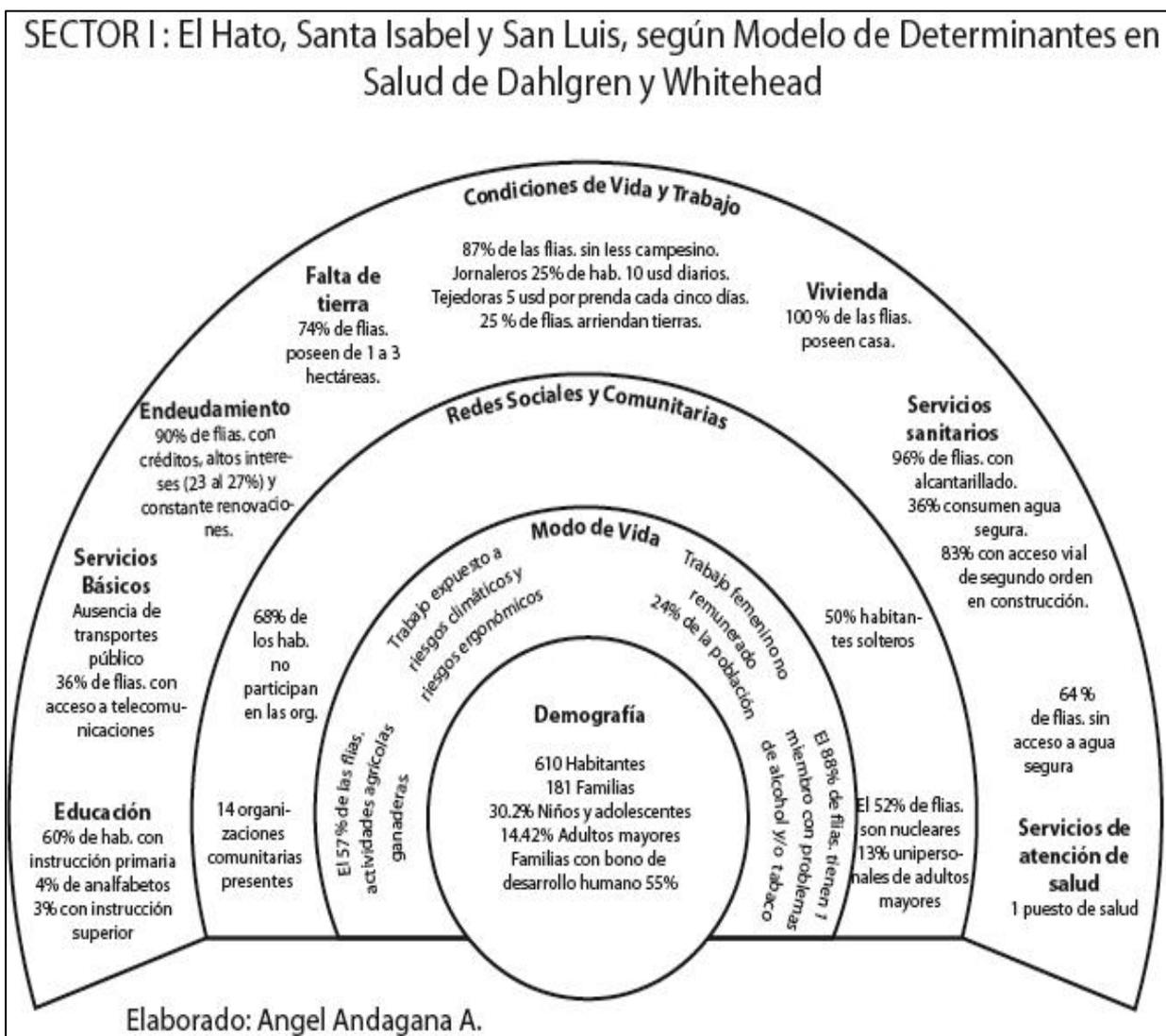
Los datos de hábitos reportados reflejan que el 88% de las familias presentan por lo menos 1 persona con problemas de alcoholismo y/o tabaquismo, de los cuales el 15% son familias con problemas de alcoholismo, el 26% tienen problemas de tabaquismo, y el 44,8% de las familias presentan problemas mixtos (tabaquismo y alcoholismo).

Demografía de la población

La información demográfica evidencia que existen 610 habitantes y 181 familias; en cuanto a sexo, el 44,7% son hombres, y mujeres el 50,3%. Por ciclos de vida, los menores de 5 años se encuentran en 8,2%, niños y adolescentes son el 30,20%, adultos jóvenes son el 47,2%, y los adultos mayores son el 14,42%. Las mujeres en edad reproductiva corresponden al 27% de un total de 307 mujeres.

A continuación, en el grafico 1, se presenta el esquema de la determinación social del sector, en función del modelo determinantes sociales de Dahlgren y Whitehead. (Ver gráfico 4)

Grafico 4. SECTOR I: El Hato, Santa Isabel y San Luis, según Modelo de Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead



Sector II: Comunidades de Pisquer y Pueblo Viejo

Segunda capa de determinación de salud: condiciones de vida y trabajo

En cuanto al acceso a servicios básicos y sanitarios, el 98% de las familias están conectadas a la red de alcantarillado, el 38 % de las familias consumen agua segura, mientras que el 62% no consumen, Con respecto a la información vial, el 100% de las familias presenta carretera de acceso de segundo orden en construcción; cabe agregar que el servicio de transporte público es irregular. Los datos sobre el acceso a las telecomunicaciones, destacan que el 100% de las familias acceden a señal telefónica celular, como también a energía eléctrica. Siguiendo con los determinantes según condiciones de trabajo, muestra que la población económicamente activa (19-64 años) representa el 54% de la población. La información de producción agropecuaria revela que 95% de las familias tiene como principal fuente económica la agricultura; según, se evidencia que durante un ciclo de cultivo de aproximadamente 6 meses, los agricultores realizan fumigaciones agroquímicas entre 2 a 3 veces por cada parcela de cultivo, muchos de ellos tienen más de 1 parcela; por lo que el agricultor a más de no utilizar prendas de protección, está sobre expuesto a productos agroquímicos, cabe agregar que el uso de los agroquímicos no es técnico. El 58% de las familias poseen de 1 a 3 hectáreas, el 41% de las familias de 4 a 7 hectáreas, el gasto de cultivo por hectárea de maíz y fréjol oscila en 500 dólares; durante la cosecha el precio que pagan los intermediarios agrícolas por hectárea de maíz es de 1200 a 1500 dólares, mientras que en el caso de fréjol el pago es de 400 a 675 dólares. La población de jornaleros corresponde al 10%, con un jornal de 10-15 dólares diarios.

En nivel de instrucción formal según la información disponible muestra que la población mayoritariamente tiene instrucción primaria sea completa o incompleta, sumando entre las dos el 59%, del total de la población; existe entonces una brecha importante con el porcentaje de instrucción superior que es apenas del 4%, no existe población iletrada

Los servicios de salud están representados por un centro de salud de Mira, servicio que oferta medicina general, psicología, odontología, laboratorio, emergencia, enfermería, y obstetricia, además de tres técnicas de atención primaria de salud (taps). El 98% de viviendas son casas, de estructura de cemento, bloque, tapia, ladrillo, techo, teja y zinc, con piso de cemento.

En cuanto al aspecto medioambiental, según observaciones no participativas, las aguas son vertidas en las quebradas que conducen las aguas al río Chota-Mira, el mismo que riega toda la parte sur de la provincia. Otro elemento de riesgo es la tenencia no adecuada de mascotas, aproximadamente más de 200 canes deambulan el sector, probablemente muchos de ellos no están vacunados.

Redes sociales y comunitarias

Con respecto a las organizaciones, los datos manifiestan que son 12 organizaciones comunitarias presentes, las más representativas son las deportivas con participación comunitaria de 18,7%, participación social 12%, ONG 7%, productivas con 7%, y las organizaciones de salud y estado con 1 y 2% respectivamente. Sin embargo, se evidencia que el 53% de la población no participa de las organizaciones comunitarias y sociales. Otro de los aspectos en esta capa es la composición familiar está compuesta por el 84% de familias que son nucleares, el 5% de familias extendidas, y el 7% de familias sin núcleo. En referencia a las familias que son beneficiarias de programas y proyectos sociales el 69,2% reciben beneficio, de ese porcentaje el 30,8% recibe bono de desarrollo social, y el 3,3% recibe el bono Joaquín Gallegos Lara.

Modo de vida

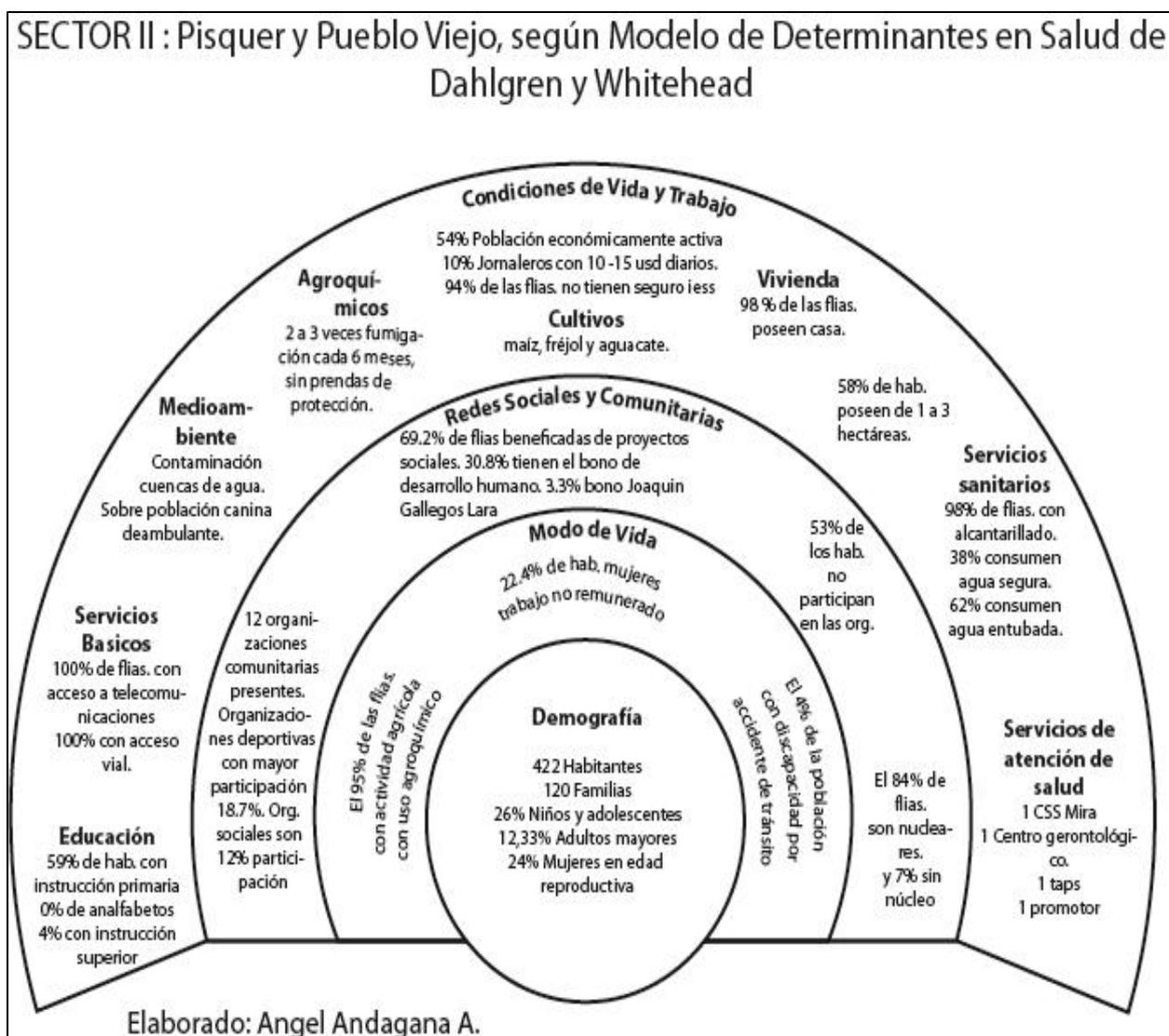
En cuanto al trabajo, la información obtenida revela que el sector es eminentemente agrícola. En referencia a la información agropecuaria, el 95% de las familias realizan esta actividad económica. Los datos de discapacidad reportan que el 4% de la población presenta discapacidad física, como consecuencia de accidentes de tránsito.

Demografía de la población

La información demográfica evidencia que existen 422 habitantes y 120 familias, siendo Pisquer la comunidad más poblada. En cuanto a sexo, el 52% son hombres, y mujeres el 48%. Por ciclos de vida, los menores de 5 años son el 7,3%, niños y adolescentes suman el 26%, adultos jóvenes son el 55%, y los adultos mayores son el 12,33%. Las mujeres en edad reproductiva corresponden al 24% de un total de 202 mujeres.

A continuación, en el gráfico 5, se presenta el esquema de la determinación social del sector. En función del modelo de determinantes sociales de salud de Dahlgren y Whitehead.

Grafico 5. SECTORII: Pisquer y Pueblo Viejo, según Modelo de Determinación en Salud de Dahlgren y Whitehead.



Sector III: Comunidades de La Portada y San Marcos

Segunda capa de determinación de salud, condiciones de vida y trabajo

Los determinantes estructurales socioeconómicos y políticos influyen la capa concéntrica de condiciones de vida y trabajo. En cuanto al acceso a servicios básicos y sanitarios, el 63% de las familias están conectadas a la red de alcantarillado, el 33,3% de las familias poseen pozo séptico, y el 2.8% se encuentran sin infraestructura de eliminación de excretas. El 100% de las familias consumen agua segura, energía eléctrica y telecomunicaciones. Con respecto a la información vial, el 100% de las familias presenta carretera de segundo orden.

En referencia al nivel de instrucción formal, la información disponible muestra que la población mayoritariamente tiene instrucción primaria completa o incompleta, sumando entre las dos el 50% del total de la población; existe entonces una brecha importante con el porcentaje de instrucción superior que es apenas del 4%, además el 4% de la población es iletrada.

Siguiendo con los determinantes observados, tenemos las condiciones de trabajo. La población económicamente activa representa el 48,8% de los habitantes. El 26% de las familias son jornaleros, los cuales perciben 10 dólares por día, el desempleo esta representados por el 8% de la población. La producción agropecuaria según observaciones no participativas, está compuesta por los siguientes tipos de cultivos: árboles frutales y mayoritariamente árboles de aguacate, en ese sentido el 60% de las familias cultivan en tierras propias.

El sector III al estar cerca de la cabecera cantonal, tiene mayor acceso a los servicios de salud como; dispensario del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Campesino, centro de salud del Distrito de Salud y al centro Gerontológico. las comunidades tienen servicio de técnica de atención primaria de salud y promotora de salud. Finalmente, las viviendas son en su mayoría mediaguas con el 71%, el 27% son casas y el 2 % son ranchos y covachas, es decir viviendas con materiales improvisados. Los materiales de construcción son: tapias, cemento, bloque, techo de teja o zinc, y piso de cemento.

Redes sociales y comunitarias

Esta capa concéntrica de las redes sociales está compuesta por organizaciones comunitarias, tipos de familia y estado civil de la población. Con respecto a las organizaciones, el hallazgo manifiesta que son 14 organizaciones comunitarias presentes, entre ellas las deportivas tienen mayor participación con el 10,66%, las sanitarias mantienen el 8,5% de participación, las organizaciones productivas y sociales representan el 7,5% y 2% de participación respectivamente. Sin embargo, se evidencia que el 68% de la población no participa de las organizaciones comunitarias y sociales. Otro de los aspectos en esta capa es la composición familiar, la cual está representada por, 90% de familias nucleares, y 3% de familias unipersonales. Los datos de estado civil muestran que la población del sector está compuesta por el 49% de solteros, el 39% casados, el 7% unión libre y el 5% de viudos. Las familias que se benefician de programas y proyectos sociales representan el 77,8%, de este porcentaje el 4,2% reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, y el 41,7% el bono de desarrollo humano.

Modo de vida

El modo de vida está definido por las condiciones de vida, entre ellas: nutrición, vivienda, y saneamiento básico; y los estilos de vida se expresan en las características de trabajo y hábitos.

En cuanto al trabajo, la información obtenida revela que el sector es eminentemente agrícola; el 91% de las familias son agricultores, sin embargo, existe la presencia de tejedoras, en ese sentido según entrevistas no estructuradas aplicadas por los taps, el trabajo femenino no remunerado incluiría actividades domésticas y agrícolas, y ocasionalmente se involucran en actividades de tejido de lana, son 30 horas por alrededor de 4 días para terminar una sola prenda, y el costo de la prenda es de 3 dólares, lo que contrasta grandemente con el ingreso diario del hombre que es de 10 dólares diarios.

Los datos de hábitos reportados reflejan que el 6% de las familias presentan por lo menos 1 persona con problemas de alcoholismo y/o tabaquismo

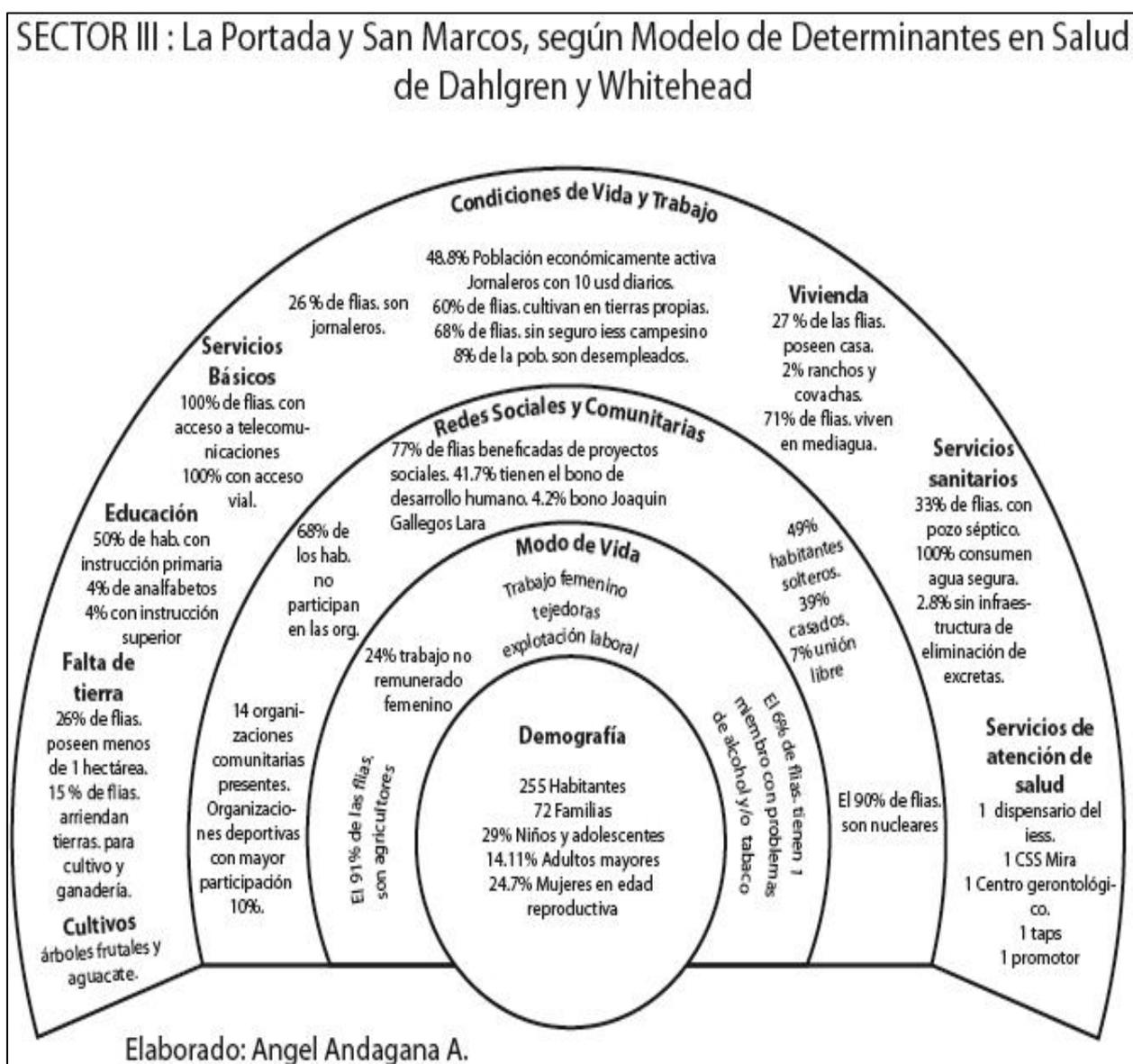
Demografía de la población

La información demográfica evidencia que existen 255 habitantes y 72 familias. En cuanto a sexo, el 51,4% son hombres, y mujeres el 48,6%. Por ciclos de vida, los menores de 5

años son el 6,7%, niños y adolescentes son el 29%, adultos jóvenes son el 49,4%, y los adultos mayores son el 14,11%. Las mujeres en edad reproductiva corresponden al 24,7% de un total de 129 mujeres.

A continuación, en el gráfico 6, se esquematiza la información de cada uno de los determinantes en función del modelo de Dahlgren y Whitehead (Ver gráfico 6)

Gráfico 6. SECTOR III: La Portada y San Marcos, según Modelo de Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead.



Perfil general de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

El perfil de enfermedad de la población del Distrito Mira 04D03, según datos del departamento de estadística del centro de salud de Mira correspondientes al primer semestre del 2013 reportan un total de 4552 de atenciones entre consultas primeras y subsecuentes. De estas atenciones 60% corresponden a mujeres y 40% a hombres. Entre las 10 primeras causas de enfermedad se encuentran: neuralgia y neuritis con 11% de las atenciones con mayor prevalencia en mujeres 7%; rinofaringitis aguda y resfriado común con 8% del total de atenciones con 5% en mujeres; amigdalitis estreptocócica 8% de las cuales 5% en mujeres; hipertensión 7% siendo 5% en mujeres; parasitosis intestinal, amigdalitis aguda, diarrea y gastroenteritis entre las tres representan el 5%, de igual manera prevalente mayormente en mujeres. La clasificación de “otras enfermedades “sin diagnóstico específico representan el 47% de las cuales 29 % tienen una mayor prevalencia en mujeres. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Perfil de enfermedad, 10 principales causas de morbilidad. Distrito 04D03 Mira-Espejo; Provincia del Carchi, primer semestre de 2013

Patologías	Sexo Frecuencia y porcentaje		Total población (hombres y mujeres) Frecuencia y porcentaje
	Hombres	Mujeres	
Patologías			
Neuralgias y neuritis	183 (4%)	309(7%)	492(11%)
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	154 (3%)	205 (5%)	359(8%)
Amigdalitis estreptocócica	145 (3%)	211(5%)	356(8%)
Hipertensión	95 (2%)	217(5%)	312(7%)
Parasitosis intestinal	108 (2%)	136(3%)	244(5%)
Amigdalitis aguda	104 (2%)	120(3%)	224(5%)
Diarrea y gastroenteritis	101 (2%)	124(3%)	225(5%)
Faringitis estreptocócica	44 (1%)	45(1%)	89(2%)
Gastritis	38 (1%)	54(1%)	92(2%)
Otras	854 (19%)	1305(29%)	2159(47%)
Total	1826(40%)	2726 (60%)	4552(100%)

Fuente: departamento de Estadística de Centro de salud de Mira.

Mortalidad

En el primer semestre de 2013, se han presentado 18 muertes de las cuales 10 corresponden a hombres y 8 a mujeres. Los fallecimientos son por Cáncer de pulmón, cérvix, osteosarcoma se presentaron (3 casos respectivamente); llamando la atención que dentro de las principales causas de muerte se encuentra la hipertensión (2 casos). El restante de causas correspondieron a; paro cardio respiratorio (3 casos); Epoc + derrame pleural, neumonía, insuficiencia respiratoria (3 casos respectivamente); anemia y sepsis abdominal (2 casos); asfixia, shock hipovolémico y arrollamiento de tránsito (3 casos) e hipertrofia prostática benigna (1 caso.)

CAPITULO V: DISCUSION

Discusión

Según Posass (1989) el modo de vida estaría relacionado con el trabajo y las condiciones de vida de los habitantes, en ese sentido el modo de vida de la población estudiada, está relacionado con actividades agropecuarias, sumando características de pobreza según MCDS&SIISE (2010), el 20,8% de la población de la parroquia de Mira se encuentra con necesidades básicas insatisfechas, es decir en extrema pobreza; cabe agregar además otra característica, bajos niveles de instrucción formal, básicamente a nivel de primaria. Esta masa crítica de personas con condiciones específicas de pobreza y bajos niveles de instrucción formal, ingresan a las esferas de producción determinando un condicionante para su salud según (Breilh1990). Estos condicionantes impactarían en la población, determinando lo que *puedan producir* mediante la producción, lo que *pueden acceder* mediante la distribución y lo que *pueden usar* mediante el consumo; según Breilh (2009).

La producción y el consumo están mediados por la distribución, se pudiese entender que la distribución inequitativa de tierras dentro de los sectores, la deficiente cobertura de la seguridad social campesina, la inequidad de género en cuanto al trabajo femenino no remunerado, y la desigualdad en la distribución de ingresos con un coeficiente Gini de 0,45 para sectores rurales, y la brecha de extrema pobreza por ingresos, siendo los pobres los sectores rurales aproximadamente 7 veces más pobres que los pobres de sectores urbanos. (MCDS&SIISE 2010). Lo que probablemente estaría determinando la producción de bienes y servicios de los sectores; en consecuencia, la población estudiada estaría envuelta en mecanismos de producción agropecuaria insostenible económicamente y socialmente. Además la distribución está mediada por el mercado; representada por organizaciones de comerciantes intermediarios agropecuarios que establecen los precios en función de la oferta y la demanda. El estado también participa de esta mediación otorgando, bono de desarrollo humano a buena parte de la población estudiada.

El consumo como uso de bienes y servicios es limitado, sean estos bienes de distribución como: alimentos, vestido y medicinas, o bienes producidos como: cuidado diario y soporte afectivo de grupos prioritarios: niños/as, adolescentes y adultos mayores. Esta forma de uso de bienes y servicios, es el resultado de la dificultad de acceso a la canasta básica familiar, y el tiempo comprometido para actividades laborales.

Dentro del sistema de contradicciones, perfil de salud enfermedad según Breilh (1990), las fuerzas protectoras entre ellas las organizaciones comunitarias, deportivas, juveniles y de salud no serían suficientes, por la poca participación de la población; para enfrentar a las fuerzas destructoras como baja cobertura de infraestructura sanitaria, agua potable y alcantarillado, deficiencia en servicios básicos como vialidad, transportes público, condiciones, tipos de vivienda, y las prestaciones de las instituciones de salud. Estas relaciones de fuerzas impactarían en la salud de la colectividad.

Según Laurell en Orozco (2011), la producción estaría valorizando el capital, dando al trabajo una lógica de acumulación, determinando formas específicas de trabajo y consecuentemente desarrollando patrones de desgaste propios en el trabajador. Ante lo citado anteriormente las características del trabajo de los sectores estarían valorizando el capital económico, dándole un lógica de acumulación, por cual la forma como se estarían ejerciendo las actividades laborales, desarrollarían patrones de desgaste por trabajo en el individuo, según los resultados se evidencia el desgaste más en mujeres que en hombres, apareciendo enfermedades aparentemente relacionadas a los riesgos del trabajo, como la exposición excesiva a agroquímicos, e inclemencias del clima y posiciones anti ergonómicas, esto sumado a toda la determinación de modo de vida , redes sociales y comunitarias , condiciones de vida y trabajo y condicionantes estructurales, todo esto estaría reflejándose en la aparición de enfermedades como; neuralgias y neuritis, parasitosis intestinal, gastroenteritis y gastritis, hipertensión e infecciones respiratorias agudas. Llama la atención que todas las patologías son prevenibles, sin embargo no se las asocia con la determinación social.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La población socioeconómicamente vulnerable se ve afectada en términos de equidad de salud, pues la población se encuentra en condición de pobreza, por lo cual no tiene recursos para vencer las barreras estructurales y económicas que están sobre ellos, esta condición hace que tengan características que marcan su perfil enfermedad, estableciendo enfermedades comunes en todos los sectores y a la vez prevenibles.
- El desconocimiento de la determinación social de salud por parte de la autoridad sanitaria, determina que las acciones en salud se limiten a las acciones curativas, queriendo solucionar problemas colectivos con acciones con acciones individuales, desatendiendo la promoción de la salud.

Recomendaciones

- se recomienda se amplíe el espectro de posibilidades de respuestas ante el origen y solución de los problemas sanitarios, pues los determinantes sociales influyen directamente en la salud individual como colectiva, en ese sentido se sugiere utilizar este documento como herramienta de asesoramiento sobre el contexto donde se desarrollan las enfermedad

CAPITULO VII: REFERENCIAS

Referencias

- Breilh, J. (1990). La Salud-Enfermedad como hecho Social: Un Nuevo Enfoque. En: Breil J, Campaña A, Costales P, Granda E, Páez R, Yépez J. *Deterioro de la Vida: Un Instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. Quito: Corporación Editora Nacional; 1990
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992). Modelo de Determinantes Sociales de Salud. En: Barragan, L. & Moiso, A. (2007). *Fundamentos de la Salud Pública*. (págs. 161-189). La plata, Argentina : EDULP, Editorial de universidad de La Plata.
- Constitución de la república del Ecuador, Capítulo II Derechos del buen vivir & sección sexta Salud, Artículo 32 (2008). Quito, Ecuador. Recuperado de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Laurell A, & Noriega M. (1989). Proceso de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário. En: Orozco F. (2011). *Capital Social y Salud en Agricultores de Pequeña Escala*. (Tesis Doctoral). Universidad Federal de Bahía, Salvador, Brasil.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Instituto sectorial de salud: programa creación de la carrera de técnicos en atención primaria de salud*, 2012. Quito, Ecuador.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social del Ecuador (MCDS). *Sistema integrado de indicadores sociales del Ecuador (SIISE): Consultas temáticas, pobreza, extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI)* ,2010. Recuperado de <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>
- Organización Mundial para la Salud (OMS). *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2011*. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
- Organización Mundial para la Salud (OMS). *Informe de la comisión de determinantes de la salud*, 2007. Ginebra. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf
- Possas, C. (1989). Epidemiología e Sociedade: Estrutural e Saúde no Brasil. En: Orozco F. (2011). *Capital Social y Salud en Agricultores de Pequeña Escala*. (Tesis Doctoral). Universidad Federal de Bahía, Salvador, Brasil.
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. En: Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló, M. & Alazraqui, M. 2002 *Equidad en Salud: teoría y Praxis* Buenos Aires, Argentina. Universidad de Lanús.