

Análisis de la situación de salud en Cerro Guayabal

Analysis of the Health Situation in Cerro Guayabal

Yira Annabel Vásquez-Giler, Alina González-Hernández *, Paula Salomé Macías-Moreira y Olimpia Victoria Carrillo-Farnés

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.
*alinagh1971@gmail.com

Artículo original

Área: Salud pública

Recibido: 11 de agosto, 2016

Aceptado: 05 de octubre, 2016

Resumen

El Análisis de Situación de Salud es una herramienta que busca mejorar la salud y calidad de vida de poblaciones. Se diseñó una investigación transversal, descriptiva; con doble propósito: relacionar condiciones de vida y comportamiento del proceso salud y enfermedad en la comunidad Cerro de Guayabal y realizar ejercicio práctico-docente con estudiantes del quinto semestre de Medicina. Se encuestaron 266 familias, 1134 personas (91%) de la población total. El 71% solo alcanza nivel de formación primaria. Más de la mitad tiene viviendas en condiciones regulares y cultura sanitaria entre regular y mal. El 87% no tiene necesidades básicas cubiertas. Más del 50% son familias disfuncionales. El 56% se dispensarizó de riesgo y 11% enfermos. Dada las condiciones de vida y ausencia de centro de salud parece existir morbilidad oculta. Existe riesgo de accidentes de tránsito y laboral. Resultó un tema crítico la recolección de residuos, el acceso a agua potable y la contaminación ambiental. Existe imperiosa necesidad de intervenciones de salud para mejorar el estado de salud y calidad de vida de esta comunidad.

Palabras clave: calidad de vida, estado de salud, salud pública.

Abstract

The Health Situation Analysis is a tool that seeks to improve the health and quality of life of populations. A cross-sectional descriptive study was designed; with dual purpose: to relate living conditions and health behavior and disease process in the Cerro de Guayabal community and make practical-teaching practice with students of the fifth semester of Medicine. 266 families, 1134 people (91%) of the total population were surveyed. Only 71% reached primary level. More than half are in regular housing conditions and health culture fair to poor. 87% do not cover basic needs. More than 50% are dysfunctional families. 56% were risk dispensary and 11% were sick. Given the living conditions and lack of health center it seems to be hidden morbidity. There is a risk of traffic and labor accidents. Waste collection, access to drinking water and environmental pollution were critical issues. There is an urgent need for health interventions to improve the health state and quality of life of this community.

Key words: life quality, health state, public health.

Introducción

Los esfuerzos organizados de una sociedad para la prevención, control y atención de los problemas de salud y promover una vida saludable constituyen la esencia de la Salud Pública¹.

Conocer la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad, así como reconocer, caracterizar y medir los problemas de salud que afectan una población, constituyen el primer peldaño en la búsqueda del estado óptimo de salud, abordando los componentes del proceso salud-enfermedad y sus determinantes, sean estos de competencia del sector salud o de otros sectores de la sociedad^{2,3}.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una herramienta utilizada para caracterizar, medir y explicar el estado de salud y sus factores determinantes. Se ha convertido en una guía accesible a todos, de manera que permita fortalecer los vínculos entre la sociedad y los gobiernos mediante la implementación y ejecución de estrategias conjuntas, complementarias y efectivas en la lucha contra la pobreza, por una mejor calidad de vida, equidad en salud y desarrollo humano sostenible²⁻⁴.

Para lograr identificar los problemas de salud de la comunidad y su grado de prioridad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución es necesario trasmisitir a los estudiantes del sistema de educación superior la importancia de utilizar el enfoque familiar. Los estudiantes deben ser capaces de considerar a la familia como unidad de análisis, que permita el cálculo de indicadores familiares para identificar las familias sanas, las de riesgos específicos o aquellas con enfermedades, que ya sea por su componente biológico o de comportamientos y estilos de vida, sean de interés dispensarizar para facilitar las acciones de prevención en sus miembros jóvenes, el control de los enfermos para evitar complicaciones y discapacidades, para así tratar de alargar la vida de sus miembros.

Las investigaciones de la situación de salud están centradas en la descripción y análisis de la situación geográfica, social, económica, estadísticas de morbilidad y mortalidad, demografía junto con la capacidad de respuesta de las instituciones de salud, recursos humanos, logísticos, insumos y medicamentos disponibles para la demanda, organización social y determinación de los riesgos potenciales y reales para la salud, entre otros. Para realizar el análisis de la situación de salud los estudiantes requieren tener una visión integradora que va más allá del ámbito sectorial; una visión que parte de la responsabilidad individual en aspectos tanto preventivos como curativos hacia una integración de los colectivos como corresponsables del estado de salud y considerar esta investigación como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud.

Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad^{1,5}.

En América se han revitalizado algunas concepciones y enfoques en el campo de la Salud Pública y la Epidemiología, como respuesta a la situación socioeconómica prevaleciente y sus consecuencias en el deterioro de las condiciones de salud en la mayoría de los países^{6,7}. Aunque algunos Programas OPS/OMS han introducido elementos novedosos, las reformulaciones y diferentes valoraciones de temas conocidos, prevalecen. Uno de estos temas es el análisis de la situación de salud, que aún con las controvertidas discusiones en relación al concepto: ¿análisis o diagnóstico? metodología, utilización, aplicabilidad, resultados, etc, con todas las críticas, manipulaciones, y tergiversaciones que ha recibido, su importancia en la práctica sanitaria es innegable^{8,9}.

Se han encontrado múltiples análisis de situación de salud en la investigación, y aunque no realizados bajo la misma metodología, todos con la misma intención y buscando los mismos resultados; la prestación de servicios de salud integral y con calidad, basados en la evidencia obtenida¹⁰⁻¹⁴.

Con el objetivo de identificar los factores principales de la aparición, desarrollo y mantenimiento de problemas relevantes de salud, que afectan a las poblaciones y desarrollar habilidades prácticas de análisis de situación de salud en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Técnica de Manabí se realizó un análisis de la situación de salud en la comunidad Cerro Guayabal población rural de la provincia de Manabí donde no existe antecedentes de diagnósticos de situación de salud.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio transversal y descriptivo para diagnosticar el estado de salud y sus principales determinantes de la población Cerro Guayabal del Cantón Montecristi de la provincia de Manabí, Ecuador, en el año 2015.

Se impartieron 4 horas clases a estudiantes del quinto semestre de la carrera de medicina de la Universidad Técnica de Manabí, sobre el análisis de la situación de salud, su metodología e importancia estratégica para realizar diagnósticos de salud comunitarios. Después del entrenamiento teórico, los estudiantes y profesores realizaron entrevistas a todas las familias de la comunidad.

La entrevista diseñada registró datos sociodemográficos, económicos y de salud a la totalidad de las familias que habitan en esta comunidad.

Las condiciones de vida de la población, se describieron a través de las siguientes variables:

-Condiciones de la vivienda: Características estructurales de la vivienda

- Buena: ladrillo y cemento
- Regular: mixta
- Mala: madera

-Cultura sanitaria: Mediante la observación de las viviendas y análisis de preguntas sencillas como: disposición de aguas residuales, agua que consumen, higiene personal y de los alimentos. Se asignaron tres categorías a esta variable:

- Bien: higiene adecuada de la vivienda, conocimientos sobre el tema.
- Regular: incumplimiento de dos o más aspectos de las reglas higiénico-sanitarias.
- Mal: incumplimiento de más de tres reglas higiénico-sanitarias.

-Características psicosociales: se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Persona que rige la dinámica de la familia
- Quién es el sustento económico
- Relaciones interfamiliares: dinámica familiar

Las relaciones interfamiliares fueron evaluadas en el transcurso de la entrevista por la propia familia que aportaba la información. Se preguntó directamente cómo concebían este aspecto, dando la opción de clasificarlo en bueno, regular y malo.

Se confeccionó una base de datos en Excel a partir de la entrevista. Los resultados fueron presentados a través de números absolutos y por cientos en cuadros estadísticos para su mejor comprensión.

Resultados y discusión

La comunidad jurídicamente reconocida como Cerro Guayabal, está ubicada en la vía Portoviejo-Montecristi, en el desvío a la parroquia la Pila. Aprobada como tal por el Ministerio de Agricultura y Ganadería –hoy MAGAP- en el año 2001. El señor Alfonso Holguín, Presidente de la Comuna en el 2010 relató que el lugar se empezó a habitar alrededor de la década de 1920 se llamaba Cerro de Hojas y posteriormente se denominó Cerro Guayabal¹⁵.

La comunidad posee un centro educacional de nivel primario, como área recreativa solo cuenta con un campo de fútbol y la fuente de empleos más importante es una cantera ubicada en el propio territorio.

No se exponen estadísticas de morbilidad o mortalidad de la zona, pues no existe ningún centro asistencial de salud en la comunidad a la que pudiésemos consultar. Se encuestaron un total de 266 familias, integradas por un total de 1134 personas, comprendidas en los grupos etáreos que muestra la Figura 1.

Como se puede apreciar, a pesar de constituir esta comunidad un asentamiento de casi un siglo, predomina la población joven, más de la mitad de la población se encuentra conformada por niños, adolescentes y adultos jóvenes. De la misma manera, se comportan las estadísticas nacionales, según los indicadores básicos aportados por Ecuador a la OPS y a la OMS en el año 2012, la pirámide poblacional ecuatoriana exhibe una base ancha, indicativa de población joven, aunque la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en el transcurso de los últimos 7 años, de la misma manera también han disminuido de manera significativa la sobrevida al nacer y la mortalidad infantil^{16, 17}.

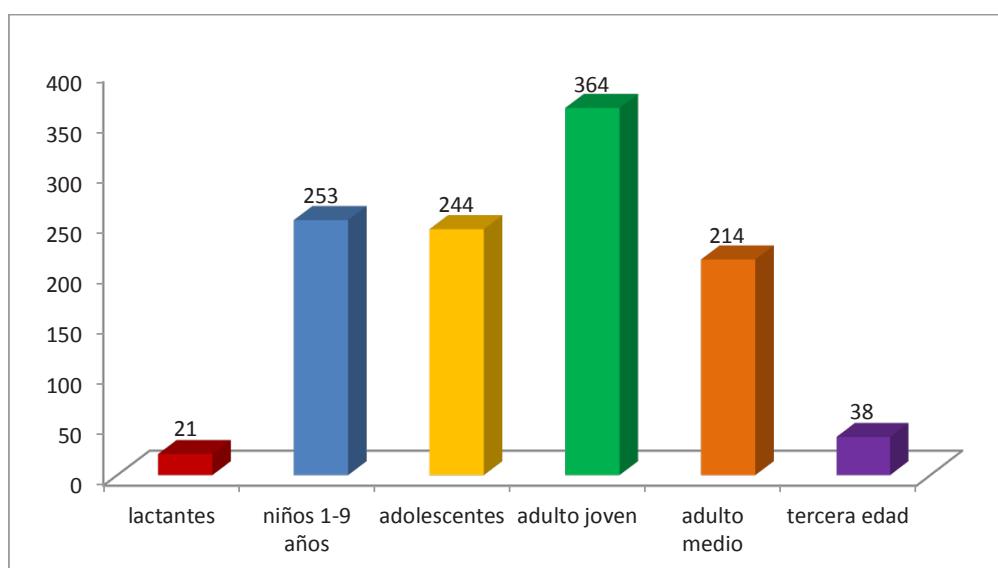


Figura 1. Grupos etáreos, población Cerro Guayabal, 2015.

Otro dato demográfico recogido fue el sexo (Figura 2) donde no hay predominio significativo de ninguno en particular, de la misma manera se comporta esta variable a nivel nacional.

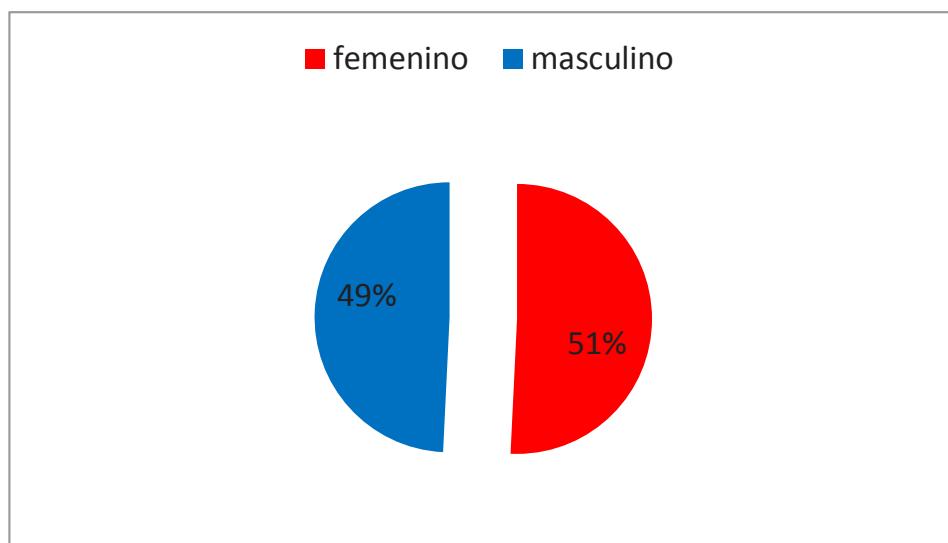


Figura 2. Distribución por sexo, población Cerro Guayabal, 2015.

A pesar de ser una población joven, en la Figura 3 se refleja que el nivel de educación alcanzado en la comunidad es bajo, ni un tercio de la población alcanza el nivel secundario.

Cinco años atrás, Álvarez y col.¹⁵ realizaron un diagnóstico sociocultural y ambiental de las comunidades de los cerros que incluyó al Cerro Guayabal y entre sus conclusiones exponen que los niveles de educación básica primaria aparecen en las estadísticas con un porcentaje alto en todas las comunidades, sin embargo la educación de tercer nivel es baja y no hay formaciones especializadas. Es decir, que a pesar del tiempo transcurrido se mantienen niveles educacionales bajos en la comunidad.

Estos autores plantearon posibles soluciones a la situación descrita tales como: conseguir facilidades para la población que estudia fuera de las comunidades (carnet de transporte a menor costo de pasaje, regularidad en los transportes que los llevan a los centros urbanos), la totalidad de las medidas se pueden desarrollar con facilidad en corto y mediano plazo. Esto se puede complementar con alianzas con las Universidades para la formación de guías, gestores culturales, especialistas en turismo cultural, creando becas para los miembros de estas comunidades¹⁵.

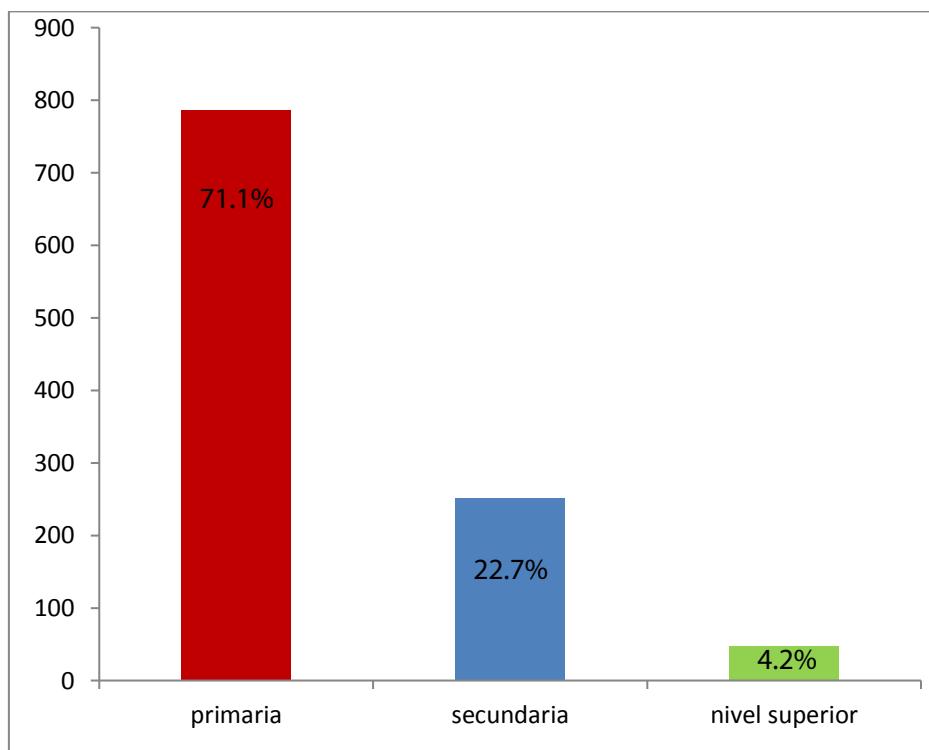


Figura 3. Nivel de educación, población Cerro Guayabal, 2015.

Es importante señalar desde el punto de vista ocupacional (Tabla 1) que más de un tercio de la población (36,5%) se encuentra estudiando, si tenemos en cuenta que el 22% son niños entre 1-9 años, entonces solo el 14% del resto de la población estudia. Es decir que en la actualidad es bajo el número de jóvenes que cursan estudios superiores o especializados.

Tabla 1. Ocupación. Población Cerro Guayabal, 2015

Ocupación	No	%
Obrero	158	18,0
Ama casa	284	32,2
Estudiante	316	36,5
Comerciante	17	1,8
Agricultor	8	0,8
Operador maquinaria pesada	31	3,5
Profesionales	31	3,5
Desempleados	33	3,7

Es también significativo que un tercio de la población es ama de casa, lo que significa que existe escasa vinculación de la mujer al estudio y al trabajo.

Para valorar el proceso salud-enfermedad de la comunidad se dispensarizó el 100% de la población encuestada (Tabla 2).

Tabla. 2 Dispensarización de la población Cerro Guayabal, 2015

Grupo dispensarial	No	%
I Sanos	343	30,2
II Riesgo	634	55,9
III Enfermos	128	11,3
IV con secuelas	29	2,6
Total	1134	100

Más de la mitad de la población fue clasificada como de riesgo. Los que con mayor incidencia se reportaron fueron: riesgo de accidente de tránsito, manifiesto en personas que ingieren bebidas alcohólicas y manejan maquinarias pesadas o vehículos. Cabe señalar además que la comunidad se encuentra a las márgenes de una autopista donde transitan vehículos a altas velocidades y en pocas viviendas aparecen cercas de contención a pesar de los menores que las habitan. Los comercios de la zona se ubican también a lo largo de toda la autopista y los dependientes de los mismos se exponen en la misma autopista para promocionar sus ventas. Se detectaron también riesgos biológicos como inadecuada recolección de residuales sólidos y líquidos, criaderos de animales domésticos que no cumplen medidas higiénico sanitarias mínimas en las propias viviendas, incluso una zona delimitada usada como baño público que no cuenta con las más elementales normas, pues no tiene servicio sanitario ni agua.

Por todo lo expuesto y por la apreciación de los encuestadores se recoge en la Tabla 3 que más de la mitad de la población tiene una cultura sanitaria que se puede clasificar entre mal y regular, cuestión que constituye un factor de riesgo para la comunidad.

Tabla 3. Cultura Sanitaria de los habitantes de Cerro Guayabal. 2015

Cultura sanitaria	No	%
Bien	89	33,5
Regular	106	39,8
Mal	71	26,7
Total	266	100

Solo el 11% de la población aparece en el grupo dispensarial III correspondiente a enfermos, esta cifra pudiera no ser confiable, puesto que esta comunidad carece de instituciones de salud, por lo que pudiese existir morbilidad oculta. Las personas solo se dirigen a centros asistenciales de salud cuando padecen manifestaciones agudas de enfermedad. Dentro del grupo de enfermos constituido por 126 personas (Tabla 2) 81 de ellos (Tabla 4) padecen enfermedades crónicas no trasmisibles, dentro de las mismas las más frecuentes son la Diabetes mellitus (46,9%) seguida por la hipertensión arterial (23,4%).

Tabla 4. Dispensarización de Enfermedades Crónicas no trasmisibles. Cerro Guayabal, 2015

Enfermedades crónicas no trasmisibles	No	%
Diabetes Mellitus	38	46,9
Obesidad	17	21,0
Hipertensión arterial	19	23,4
Hipercolesterolemia	5	6,2
Asma Bronquial	2	2,5
Total	81	100

Se analizaron variables socio ambientales tales como condiciones de la vivienda (Tabla 5), se consideró para la evaluación material constructivo, mantenimiento, ventilación e iluminación.

Tabla 5. Condiciones de la vivienda. Población Cerro Guayabal, 2015.

Condiciones de la vivienda	No	%
Bien (Cemento)	82	30,8
Regular (Mixta)	158	59,4
Mal (Caña)	26	9,8
Total	266	100

El 59% de la población habita en viviendas con condiciones regulares y alrededor del 10% en malas condiciones.

Al analizar las características psicosociales familiares se tuvieron en cuenta los siguientes factores: Persona que rige la dinámica de la familia, quién es el sustento económico y relaciones interfamiliares (dinámica familiar). (Tabla 6).

Tabla 6. Características psicosociales familiares. Cerro Guayabal, 2015

Características psicosociales	No	%
Bien	119	44,7
Regular	136	51,2
Mal	11	4,1
Total	266	100

Se pudo apreciar que quien determina el sustento económico es el que rige la dinámica familiar, generalmente este rol está representado por la figura masculina, en pocos casos por la mujer, cuestión justificada porque las mujeres en un 32% son amas de casa (Tabla 1).

Se debe considerar la familia como unidad de análisis, este enfoque optimiza las acciones realizadas al ser la familia el primer y más importante lugar donde se educa, se trasmiten hábitos y estilos de vida a los individuos, que en este caso tienen también una misma base genética.

En la Tabla 7 aparece reflejada la satisfacción de las familias encuestadas con respecto a necesidades básicas: salud, educación, economía y recreación. El 75% de las familias consideró que su nivel de ingresos es regular para abastecimiento de alimentos, ropa y medicamentos. Carecen de centro asistencial de salud, así como de áreas de recreación.

Tabla. 7 Satisfacción de necesidades básicas de la población Cerro Guayabal, 2015

Necesidades básicas	No	%
Bien	34	12,8
Regular	201	75,6
Mal	31	11,6
Total	266	100

La OPS plantea que el desarrollo de la capacidad para recolectar información confiable sobre salud facilitará la realización de análisis de salud con un enfoque de equidad, una definición más precisa de las prioridades sectoriales y un mejor sistema de planificación, vigilancia y evaluación de los programas de salud¹.

Es de suma importancia que se dirijan las intervenciones en salud a las regiones geográficas y poblaciones con más desigualdad y necesidades insatisfechas de salud. Los análisis de la situación de salud permitirán que los países establezcan prioridades en sus programas e intervenciones de salud, y que realicen los ajustes requeridos en los niveles nacional y local. Este tipo de análisis de la situación de salud, junto con la consolidación de las iniciativas regionales y nacionales sobre recolección de datos básicos de salud, apoyará la formulación de políticas equitativas de salud y de programas eficaces de alta calidad que permitan mejorar el bienestar de toda la población de las Américas, especialmente de las más necesitadas.

Es imprescindible entonces enseñar en la práctica a los estudiantes de la carrera de medicina

esta metodología, capacitarlos y empoderarlos de los conocimientos teóricos y prácticos que les permitan realizar análisis de la situación de salud del medio donde se desarrollen y reconozcan la importancia de esta herramienta para lograr la excelencia en la asistencia y calidad de vida en las poblaciones.

El médico como especialista del nivel primario de atención tiene el privilegio de evaluar en su quehacer diario los tres niveles de organización de la esfera social-individuo, familia y comunidad-eventos que lo distingue del resto de las especialidades médicas, oportunidad que debe ser aprovechada tanto para la promoción de la salud, como para la prevención de enfermedades^{18,19}.

El conocer la salud de los individuos, familias y comunidad en general donde interviene dicho médico es lo que da el carácter integral a esta profesión, siempre con un enfoque epidemiológico, social, clínico, investigativo, gerencial y docente y cuya finalidad es resolver los problemas de salud que se presenten, elevando así el bienestar y la calidad de vida de la población bajo su vigilancia^{19,20}.

La Comunidad Cerro Guayabal necesita intervenciones educativas con el objetivo de eliminar o minimizar riesgos detectados. Estas intervenciones serán realizadas por los propios estudiantes bajo la guía y supervisión de los profesores en proyectos de investigación futuros.

Conclusiones

El Cerro Guayabal posee una población predominantemente joven, con bajo nivel educacional y altos riesgos de accidentes y contaminación ambiental por estilos de vida no saludables (alcoholismo en jóvenes) y condiciones higiénico-sanitarias no adecuadas.

Las mujeres de la Población Cerro Guayabal están poco integradas al trabajo o el estudio. La dinámica familiar es desarmónica y el nivel de ingresos es regular.

Se sospecha morbilidad oculta en la población, pues carecen de centro asistencial de salud.

Los estudiantes de la Universidad Técnica de Manabí que participaron en el proyecto fueron capaces de utilizar adecuadamente los instrumentos metodológicos que se adaptaron para esta investigación mediante una buena comunicación con los habitantes de la comunidad y la comprensión del alcance de cada pregunta de la entrevista.

Recomendaciones

Difundir estos resultados a las autoridades de salud locales para el diseño de intervenciones sanitarias que incrementen la calidad y esperanza de vida de la población del Cerro Guayabal.

Referencias Bibliográficas

1. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Organización Panamericana de la Salud, 2014. Observatorio Regional de Salud de la OPS/OMS. [Consultado: 5 de enero de 2016] Disponible en: www.paho.org/rho
2. Pría Barros MC, Louro Bernal I, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [Consultado: 22 de diciembre de 2015]; 22(3):[1 pantalla]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi02306.htm
3. Martínez Calvo S, Carabaloso Hernández M, Astraín Rodríguez ME, Pría Barros MC, Perdomo Victoria I, Arocha Mariño C, et al. Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. 105-122.
4. Velázquez Pupo A, Rodríguez Reyes H, Sánchez Hernández E, Duconger Danger M, Benítez Sánchez E. Análisis de la situación de salud en una comunidad especial. MEDISAN. 2010 [Consultado: 25 de diciembre de 2015]; 14 (2): [1 pantalla]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-0192010000200020&lang=pt
5. Pría Barros MC. Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [Consultado: 30 de marzo de 2010]; 22(4):[1 pantalla]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400004&ln_g=es&nrm=iso&tlang=es
6. ASIS/Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue-Lima: ORAS-CONHU. Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos; 2009. [Citado 2016 enero 12]. Disponible en: [URL: http://www.orasconhu.org](http://www.orasconhu.org)
7. Reca Moreyra I. Participación ciudadana en salud: ¿Proceso de cambios en desarrollo?. Organización Panamericana de la Salud. Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud. [Consultado: 5 de enero de 2016] Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6071>
8. Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. Rev Panam Salud Pública;33(2) 83-89, feb. 2013. [Consultado: 5 de enero de 2016], Retrieved from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-498920130000_0002
9. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, © 2002. [Consultado: 5 de enero de 2016] Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
10. Collie-Akers, V L., Fawcett, Stephen B., Schultz, JA. Measuring progress of collaborative action in a community health effort. Rev Panam Salud Pública; 34(6):422-428, dec. 2013. [Consultado: 5 de enero de 2016] Retrieved from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013012_00008
11. Vega J, Frenz P. Integrating social determinants of health in the universal health coverage monitoring framework. Rev Panam Salud Pública; 34 (6):468-472, dec. 2013. [Consultado: 5 de enero de 2016] Retrieved from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989201300120_0014
12. Russell E, Johnson B, Larsen H, Novilla M, Lelinneth B, Olmen J, Van S. Health systems in context: a systematic review of the integration of the social determinants of health within health systems frameworks. Rev Panam Salud Pública; 34(6):461-467, dec. 2013. [Consultado: 5 de enero de 2016], Retrieved from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989201300120_0013
13. Barraza-Lloréns M, Panopoulou G, Díaz BY. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000 - 2006. Rev Panam Salud Pública; 33 (2), 122-130, febrero. 2013. [Consultado: 5 de enero de 2016] Retrieved from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200007
14. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. Rev Panam Salud Pública; 33 (2), 98-106, feb. 2013. [Consultado: 5

de enero de 2016] Retrieved from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000200004

15. Álvarez SG, Mejía X, Zambrano B. Diagnóstico sociocultural y ambiental de las comunidades Guayabal, Las Palmas, La Sequita y Pepa de Huso. 2010. [Consultado: 25 de noviembre de 2015] Disponible en:

<http://www.hojas-jaboncillo.gob.ec/images/stories/libros/silvia2010.pdf>

16. Viteri Díaz, G.: «Situación de la salud en el Ecuador” en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 77, 2007. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2014. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2014.

18. Padilla Suárez E, Suárez Isaki L, Troya Borges T, Martínez Abreu J. La evaluación médica en la atención primaria de salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Marz-Abr [citado: fecha de acceso]; 36 (2). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema13.htm>

19. Juvier Beovides A, Rifat Carrazana, González Rodríguez R. El método clínico en la atención primaria de salud y el reordenamiento necesario de los servicios. Medicentro. 2012 [citado 15 abr 2013]; 16(2). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1233>

20. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 15 Sep 2013]; 39 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000400011&script=sci_arttext