

Artículo de Investigación

# Diagnóstico de salud comunitaria en entornos vulnerables de la ciudad de Guayaquil

## Community health assessment in vulnerable environments in the city of Guayaquil

Elianne Rodríguez-Larraburu<sup>1</sup>: Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología, Ecuador.

[erodriguez@bolivariano.edu.ec](mailto:erodriguez@bolivariano.edu.ec)

Ivis Yania Pioveth-Hernández: Universidad Bolivariana del Ecuador, Ecuador.

[iypiovet@ube.edu.ec](mailto:iypiovet@ube.edu.ec)

Alejandro Antuan Díaz-Díaz: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

[alexdd@infomed.sld.cu](mailto:alexdd@infomed.sld.cu)

Fecha de Recepción: 12/09/2024

Fecha de Aceptación: 20/10/2024

Fecha de Publicación: 27/12/2024

### Cómo citar el artículo:

Rodríguez-Larraburu, E., Pioveth-Hernández, I. Y. y Díaz-Díaz, A. A. (2024). Diagnóstico de salud comunitaria en entornos vulnerables de la ciudad de Guayaquil [Community health assessment in vulnerable environments in the city of Guayaquil]. *European Public y Social Innovation Review*, 9, 01-13. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1803>

### Resumen

**Introducción:** En los últimos años, la importancia de la salud comunitaria ha aumentado, especialmente en contextos vulnerables. **Metodología:** Enfoque mixto, con diseño descriptivo, transversal y prospectivo. La muestra incluyó 385 habitantes de parroquias identificadas como vulnerables, seleccionados mediante muestreo por conglomerados. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario diseñado al efecto y validado por especialistas. **Resultados:** El 29,9% de la muestra se encontraba desempleada y el 43,1% poseía educación secundaria. Los principales factores de riesgo identificados, fueron dietas poco saludables (29,9%), sedentarismo (29,6%) y hábito de fumar (27,3%). Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron hipertensión arterial (33,2%) y diabetes tipo II (15,8%). El

<sup>1</sup> **Autor Correspondiente:** Elianne Rodríguez-Larraburu. Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología (Ecuador).

25,5% de la población consideró la calidad del aire como mala y el 16,1% percibió el agua potable como inadecuada. En términos de estilo de vida, el 10,1% reportó inactividad física y el 28,3% tuvo una dieta de alimentos ultraprocesados. La satisfacción con el acceso a servicios de salud fue baja, con un 61,3% de insatisfechos o muy insatisfechos. **Conclusiones:** El estudio destaca la alta prevalencia de factores de riesgo, enfermedades crónicas y problemas ambientales en estas comunidades, subrayando la necesidad de intervenciones integrales para mejorar las condiciones socioeconómicas, los servicios de salud y el entorno ambiental.

**Palabras clave:** diagnóstico; análisis de situación de salud; estado de salud; indicadores de salud; determinantes sociales de la salud; grupos de riesgo; poblaciones vulnerables; equidad en salud.

### Abstract

**Introduction:** In recent years, the importance of community health has increased, particularly in vulnerable contexts. **Methodology:** A mixed-method approach was used, with a descriptive, cross-sectional, and prospective design. The sample included 385 residents of parishes identified as vulnerable, selected through cluster sampling. Data were collected using a purpose-designed questionnaire validated by specialists. **Results:** Of the sample, 29,9% were unemployed, and 43,1% had secondary education. The main risk factors identified were unhealthy diets (29,9%), sedentary lifestyles (29,6%), and smoking (27,3%). The most prevalent chronic diseases were hypertension (33,2%) and type II diabetes (15,8%). A total of 25,5% of the population rated air quality as poor, and 16,1% perceived drinking water as inadequate. Regarding lifestyle, 10,1% reported physical inactivity, and 28,3% had a diet of ultra-processed foods. Satisfaction with access to healthcare services was low, with 61,3% dissatisfied or very dissatisfied. **Conclusions:** The study highlights the high prevalence of risk factors, chronic diseases, and environmental issues in these communities, emphasizing the need for comprehensive interventions to improve socioeconomic conditions, healthcare services, and the environmental setting.

**Keywords:** diagnosis; diagnosis of health situation; health status; health indicators; social determinants of health; risk groups; vulnerable populations; health equity.

## 1. Introducción

En los últimos años, la relevancia de la salud comunitaria ha crecido de manera significativa dentro del campo de la medicina. Sin embargo, sigue siendo un concepto algo difuso, ya que incluye una gran variedad de enfoques y prácticas y se basa en gran medida en el trabajo conjunto de diferentes disciplinas. Según autores como Sobrino y colaboradores, (Sobrino Armas *et al.*, 2018) el término “salud comunitaria” se refiere a un conjunto de acciones destinadas a mejorar el bienestar general de la comunidad.

Por otro lado, el concepto de “vulnerabilidad” ha sido fundamental para establecer prioridades en las políticas de salud pública, ya que reconoce que ciertas personas, debido a sus características individuales o al contexto en el que viven, tienen un mayor riesgo de sufrir efectos adversos en su salud (Campillay-Campillay *et al.*, 2023). De esta manera, un entorno vulnerable se describe como un contexto donde las condiciones existentes aumentan la probabilidad de que las personas o comunidades tengan dificultades para mantener su bienestar. Esto se debe a factores estructurales y sistémicos que restringen su capacidad para responder y adaptarse a los riesgos (Sanchini *et al.*, 2022).

Los determinantes sociales de la salud incluyen condiciones de vida y trabajo, educación, ingresos, acceso a servicios de salud, así como factores ambientales. En los últimos tiempos, las brechas en el acceso a la salud han crecido, impactando de manera más grave a las comunidades más desfavorecidas, especialmente en zonas suburbanas y periurbanas de naciones en desarrollo (Marmot y Allen, 2014).

El estado de salud de la población es la categoría de la higiene social que expresa de forma sintética para un momento histórico concreto, el nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y, entre los propios hombres, respecto a su salud en el plano físico, psíquico y social (González Tapia y Vivas Bombino, 2023). El diagnóstico de la situación de salud es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de la comunidad, se identifican los problemas y se establecen las prioridades (Veliz González, 2024).

El análisis de la situación de salud representa un instrumento científico-metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. Los términos diagnósticos de salud, no son excluyentes, sino más bien diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud: una en la fase descriptiva de su desarrollo y la otra como elemento conclusivo para la elaboración de esos problemas (Veliz González, 2024).

La ciudad de Guayaquil enfrenta grandes retos en la atención sanitaria, especialmente en sus comunidades más vulnerables. La pobreza, la falta de infraestructura y el acceso limitado a los servicios médicos agravan las disparidades en salud. El diagnóstico integral de la situación de salud en dichas comunidades es crucial para entender las dinámicas que afectan el bienestar de la población. Es por eso por lo que se ha realizado el presente estudio, con el objetivo de describir la situación integral de salud comunitaria en entornos vulnerables de la ciudad de Guayaquil.

## 2. Metodología

El presente trabajo adoptó un enfoque mixto, utilizando un diseño de investigación transversal para proporcionar una visión integral de la situación de salud de comunidades vulnerables de la ciudad de Guayaquil. La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre marzo y junio de 2024.

Se utilizaron varios métodos teóricos en esta investigación. Primero, se aplicó el análisis documental para recopilar y revisar literatura científica, informes de salud, políticas y estrategias, tanto nacionales como internacionales, con el objetivo de identificar las mejores prácticas para desarrollar el diagnóstico integral de la situación de salud. También se usó el método histórico-lógico, que permitió analizar cómo han evolucionado estos a lo largo del tiempo, identificando patrones y tendencias relevantes para los contextos vulnerables. Además, se aplicó la sistematización, que ayudó a interrelacionar diferentes definiciones sobre el tema de estudio y a desarrollar definiciones propias para la investigación. Estos métodos facilitaron una comprensión más profunda y coherente del fenómeno estudiado y permitieron identificar factores clave y desafíos en su evolución.

De los métodos empíricos, se utilizaron las entrevistas a actores clave, mediante la técnica de grupo focal, para obtener una comprensión más profunda de las experiencias, percepciones y sugerencias relacionadas con el diagnóstico integral de la situación de salud. Se utilizó,

además, la triangulación metodológica como procedimiento para la identificación de problemas y potencialidades, facilitando así la caracterización del estado actual del campo de estudio.

### **2.1. Diseño del estudio**

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal y con un nivel de investigación relacional. Entiéndase por este diseño la no manipulación de las variables, estudiando simultáneamente la exposición al factor y a la enfermedad.

### **2.2. Población y muestra**

La población objeto de estudio estuvo conformada por los habitantes de las parroquias de Guayaquil, consideradas como vulnerables según el Índice de Condiciones de Vida y Vulnerabilidad, determinado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador (MIES, 2022) y que han sido relacionadas en el “Diagnóstico y proyección de vulnerabilidades frente a la variabilidad y cambio climático en la ciudad de Guayaquil”.(CAF, 2017) El tamaño muestral de 385 casos se calculó con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 0,05. Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados, los cuales fueron cada una de las parroquias vulnerables. En una primera etapa, se determinaron aleatoriamente las comunidades objeto de investigación y, dentro de cada una de ellas, en una segunda etapa, se seleccionaron las unidades de análisis mediante un muestreo aleatorio simple, de forma proporcional a la cantidad de habitantes de cada región, para garantizar una muestra estadísticamente representativa de la población de estudio. Los casos incluidos, cumplieron con criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Tener, al menos, 18 años de edad.
- Contar con capacidad física y mental para completar el instrumento de recolección de datos.
- Estar de acuerdo con participar en el estudio, expresado mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- No haber completado las fases de recolección de información.

### **2.3. Instrumento de recolección de datos**

En una primera fase cualitativa de la investigación, se ejecutaron entrevistas a expertos en epidemiología y salud pública, para identificar las posibles características clave de los instrumentos de recolección de datos para la realización del diagnóstico integral de la situación de salud en comunidades vulnerables. Además, se realizó un análisis de contenido de las entrevistas, para identificar temas emergentes y patrones relacionados con las características deseadas.

Posteriormente, se procedió con el diseño de un cuestionario de recolección de datos, a partir de las características identificadas, lo cual garantizó su validez de contenido. De igual forma, dicho instrumento fue sometido a una validación de constructo, a través de criterio de

expertos, mediante el Método Delphi. Este método consistió en comparar, a lo largo de diferentes rondas, los juicios anónimos de expertos sobre un tema concreto. Esta técnica se utiliza cuando se quiere conocer la opinión de varios expertos al mismo tiempo, evitando los elementos negativos de la conversación cara a cara, personalidades dominantes y la presión entre pares.

Primeramente, se delimitaron los elementos del instrumento a consultar y se seleccionaron los expertos sobre la base de sus competencias y garantizando su anonimato. Para la selección de los expertos, se consideraron 15 profesionales nacionales con experiencia en la epidemiología y salud pública, a los que se les aplicó un cuestionario de autoevaluación para la autodeterminación de su competencia, el cual permitió caracterizar a los mismos a partir de su experiencia y conocimiento sobre el tema de investigación.

El grado de competencia de los expertos se midió a partir de la obtención del coeficiente  $K$ , utilizando la fórmula  $K = \frac{1}{2}(kc + ka)$ , donde  $kc$  se refiere al coeficiente de conocimiento del experto sobre el tema consultado y  $ka$  al coeficiente de argumentación que considera, partiendo del diagnóstico y fundamentación del propio experto. El coeficiente de competencia  $K$  se evaluó como bajo ( $K < 0.5$ ), medio ( $0.5 \leq K < 0.8$ ) o alto ( $0.8 \leq K \leq 1.0$ ), seleccionándose estos últimos para el estudio.

Para verificar que el grupo de 12 expertos seleccionados presenta una distribución normal o buena aproximación a dicha distribución, se procedió al análisis de los coeficientes de asimetría (-0.492) y curtosis (-1.563). Aunque la distribución no es perfectamente normal (como lo indican la ligera asimetría negativa y la curtosis platicúrtica), en conjunto, estos resultados sugieren que mientras las respuestas de los expertos tienen una tendencia a ser más altas, la distribución en general es estable y no está influenciada por extremos significativos. Esto puede reflejar una buena consistencia en las evaluaciones y una distribución relativamente normal de las respuestas.

Posteriormente, se realizaron dos rondas de revisiones del instrumento de recolección de datos diseñado a los efectos de la investigación, hasta llegar a un resultado del consenso, que se materializó en el cuestionario propuesto, previas correcciones y ajustes, garantizándose una retroalimentación controlada. Las categorías evaluativas empleadas fueron en orden descendente: muy adecuado, bastante adecuado, adecuado, poco adecuado e inadecuado. Para evaluar la concordancia entre los expertos, se calculó el Coeficiente Kappa de Fleiss, el cual arrojó un valor de 0.619 ( $p=0.000$ ), lo que indica un acuerdo sustancial entre los evaluadores, según la clasificación de Landis y Koch (1977).

#### ***2.4. Procedimiento de recolección de datos***

La recolección de datos fue llevada a cabo por encuestadores capacitados, quienes realizaron visitas domiciliarias para aplicar el cuestionario de manera presencial. El cuestionario fue probado previamente en una prueba piloto con 39 participantes (10% de la muestra), para garantizar la claridad de las preguntas y su pertinencia.

#### ***2.5. Análisis de datos***

Una vez recolectada la información, se introdujo en una base de datos y se procesó mediante el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versión 28,0. Se llevaron a cabo análisis descriptivos para caracterizar las variables, a través de frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de tendencia central para las variables categóricas y continuas. Además, se realizó un análisis bivariado mediante pruebas de chi-cuadrado para evaluar la relación entre los

determinantes sociales y los principales indicadores de salud de la población. Para todos los cálculos el intervalo de confianza fue del 95% ( $p < 0,05$ ).

### 3. Resultados

La Tabla 1 revela una población predominantemente adulta y de mediana edad en las parroquias vulnerables de Guayaquil, con una notable representación en el grupo de 35 a 49 años (27,3%) y una menor proporción en el grupo de 65 años o más (14,3%). La mayoría de los encuestados tiene educación secundaria (43,1%), mientras que el 21,6% ha alcanzado educación superior, lo que sugiere una brecha en el acceso a la educación avanzada. La alta tasa de desempleo (29,9%) refleja un desafío socioeconómico significativo que podría impactar negativamente en la salud general y en el bienestar de la población.

**Tabla 1.**

*Distribución demográfica y socioeconómica de la población*

Variables	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
<b>Grupos de edad</b>						
18-24 años	35	9,1	40	10,4	75	19,5
25-34 años	40	10,4	45	11,7	85	22,1
35-49 años	50	13,0	55	14,4	105	27,3
50-64 años	30	7,8	35	9,1	65	16,9
65 años y más	35	9,1	20	5,2	55	14,3
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>49,4</b>	<b>195</b>	<b>50,6</b>	<b>385</b>	<b>100,0</b>
<b>Nivel educativo</b>						
Primaria	57	14,8	69	17,9	136	35,3
Secundaria	72	18,7	84	21,8	166	43,1
Superior	61	15,8	42	10,9	83	21,6
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>49,4</b>	<b>195</b>	<b>50,6</b>	<b>385</b>	<b>100,0</b>
<b>Ocupación</b>						
Desempleado	42	10,9	73	19,0	115	29,9
Empleado	43	11,2	44	11,4	87	22,6
Trabajador independiente	52	13,5	16	4,2	68	17,7
Estudiante	22	5,7	42	10,9	64	16,6
Jubilado	31	8,1	20	5,2	51	13,2
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>49,4</b>	<b>195</b>	<b>50,6</b>	<b>385</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Elaboración propia (2024).

Analizando la distribución demográfica y socioeconómica de la población objeto de estudio, se observó una alta prevalencia de factores de riesgo para la salud, incluidos dietas poco saludables (29,9%), sedentarismo (29,6%) y hábito de fumar (27,3%). Las enfermedades crónicas más comunes fueron la hipertensión arterial (33,2%) y la diabetes mellitus tipo II (15,8%), evidenciando una carga significativa de enfermedades prevenibles en la población. Las discapacidades motrices e intelectuales también están presentes, aunque en menor proporción, lo que podría influir en la calidad de vida de los afectados (Tabla 2).

**Tabla 2.**
*Perfil de salud de la población objeto de estudio*

Variables	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		n	%
	n	%	n	%		
<b>Principales factores de riesgo</b>						
Antecedentes familiares	29	7,5	48	12,5	77	20,0
Dieta poco saludable	54	14,0	61	15,9	115	29,9
Sedentarismo	51	13,2	63	16,4	114	29,6
Hábito de fumar	62	16,1	43	11,2	105	27,3
Consumo frecuente de alcohol	29	7,5	18	4,7	47	12,2
<b>Principales enfermedades crónicas</b>						
Hipertensión arterial	61	15,8	67	17,4	128	33,2
Diabetes Mellitus tipo II	33	8,6	28	7,2	61	15,8
Cardiopatía isquémica	23	6,0	9	2,3	32	8,3
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	28	7,4	16	4,2	44	11,4
Asma bronquial	19	5,0	17	4,4	36	9,4
Osteoartrosis	26	6,8	37	9,6	63	16,4
Enfermedad cerebrovascular	7	2,2	8	2,5	15	3,9
Cáncer (general)	18	4,7	23	6,0	41	10,6
<b>Principales discapacidades</b>						
Motriz	16	4,2	18	4,6	34	8,8
Intelectual	9	2,3	13	3,4	22	5,7
Sensorial	2	0,5	4	1,0	6	1,6
Psicosocial	5	1,3	4	1,0	9	2,3
Ninguna	158	41,0	156	40,5	314	81,6

**Fuente:** Elaboración propia (2024).

Como se muestra en la tabla 3, las percepciones sobre las condiciones ambientales reflejan preocupaciones importantes, con un 25,5% de la población considerando la calidad del aire como mala y un 16,1% viendo la calidad del agua potable como inadecuada. La alta percepción de exposición a contaminantes (11,2%) y el acceso limitado a áreas verdes (25,5%) sugieren que los problemas ambientales están influyendo negativamente en la salud comunitaria, contribuyendo a la percepción general de un entorno desfavorable para el bienestar.

**Tabla 3.**
*Factores ambientales en función de la percepción de la población sobre la salud comunitaria*

Variables	Percepción sobre la salud comunitaria					
	Buena		Regular		Mala	
	n	%	n	%	n	%
<b>Calidad del aire</b>						
Buena	47	12,2	51	13,2	24	6,2
Regular	59	15,3	67	17,4	31	8,1
Mala	15	3,9	48	12,5	43	11,2
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>
<b>Calidad del agua potable</b>						
Adecuada	87	22,6	71	18,4	36	9,4
Inadecuada	34	8,8	95	24,7	62	16,1
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>

<b>Exposición a contaminantes</b>						
Baja	38	9,9	33	8,6	21	5,5
Moderada	61	15,8	57	14,8	34	8,8
Alta	22	5,7	76	19,7	43	11,2
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>
<b>Acceso a áreas verdes</b>						
Adecuado	83	21,6	89	23,1	75	19,5
Inadecuado	38	9,9	77	20,0	23	6,0
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>

**Fuente:** Elaboración propia (2024).

Por otra parte, un 10,1% de la población estudiada, reportó inactividad física y un 28,3% consume alimentos ultraprocesados, lo que puede tener un impacto negativo en la salud. Los hábitos tóxicos, como el consumo frecuente de alcohol (8,1%) y el hábito de fumar (7,5%), también son preocupantes. Además, un 14,8% de los pacientes reportó tener un sueño insuficiente, lo que podría contribuir a problemas de salud física y mental. Estos estilos de vida poco saludables están relacionados con una percepción negativa de la salud comunitaria, como se puede apreciar en la tabla 4.

**Tabla 4.**

*Estilos de vida en función de la percepción de la población sobre la salud comunitaria*

<b>Variables</b>	<b>Percepción sobre la salud comunitaria</b>					
	<b>Buena</b>		<b>Regular</b>		<b>Mala</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Actividad física regular</b>						
Práctica frecuente	62	16,1	58	15,1	27	7,0
Práctica ocasional	38	9,9	69	17,9	32	8,3
Inactividad física	21	5,5	39	10,1	39	10,1
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>
<b>Alimentación</b>						
Dieta balanceada	44	11,4	57	14,8	35	9,1
Consumo de alimentos ultraprocesados	77	20,0	109	28,3	63	16,4
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>
<b>Hábitos tóxicos</b>						
Consumo moderado de alcohol	19	4,9	39	10,1	26	6,8
Consumo frecuente de alcohol	51	13,2	77	20,0	31	8,1
Consumo de drogas	14	3,6	9	2,3	12	3,1
Hábito de fumar	37	9,6	41	10,6	29	7,5
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>
<b>Sueño</b>						
Adecuado	84	21,8	96	24,9	57	14,8
Insuficiente	37	9,6	70	18,2	41	10,6
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>31,4</b>	<b>166</b>	<b>43,1</b>	<b>98</b>	<b>25,5</b>

**Fuente:** Elaboración propia (2024).

Finalmente, la tabla 5 muestra una alta insatisfacción con el acceso a los servicios de salud, con un 33,0% de la población insatisfecha y un 28,3% muy insatisfecha. Esta insatisfacción sugiere deficiencias en la calidad y accesibilidad de los servicios de salud en las

comunidades vulnerables, lo que podría estar exacerbando los problemas de salud existentes y reflejando una necesidad urgente de mejoras en la infraestructura y en la provisión de servicios de salud.

**Tabla 5.**

*Satisfacción de los pacientes objeto de estudio en función del acceso a los servicios de salud*

Satisfacción sobre el acceso a los servicios de salud	n	%
Muy satisfecho	16	4,2
Satisfecho	55	14,3
Neutral	78	20,3
Insatisfecho	127	33,0
Muy insatisfecho	109	28,3
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Elaboración propia (2024).

## 4. Discusión

Los resultados del presente estudio revelan un panorama complejo, pero no inesperado, sobre los desafíos de salud que enfrentan las comunidades vulnerables. Estos hallazgos refuerzan lo que la literatura ha venido documentando en estudios sobre desigualdad en salud. El acceso limitado a servicios médicos, sumado a las malas condiciones ambientales, genera un ciclo vicioso que afecta la calidad de vida de estas comunidades. Según estudios previos en Brasil y otros países de América Latina, las desigualdades socioeconómicas juegan un papel clave en la aparición de problemas de salud crónicos y la falta de acceso a servicios preventivos adecuados (Alderwick *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2021). El entorno urbano en comunidades vulnerables, caracterizado por un deficiente acceso a infraestructura básica y servicios sanitarios, contribuye directamente a la propagación de enfermedades (Gatica Chandia, 2012; Marmot y Allen, 2014; Restini *et al.*, 2024).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son las principales causas de muerte a nivel mundial y tienen un fuerte impacto en las poblaciones más vulnerables. En estudios realizados en Brasil (Boing *et al.*, 2021; Paim *et al.*, 2011; Simões *et al.*, 2021) se ha observado un aumento en la prevalencia de depresión, diabetes, cánceres, trastornos neuropsiquiátricos, problemas pulmonares crónicos y problemas musculoesqueléticos. Además, se identificó una disminución en la artritis reumatoide, insuficiencia renal crónica y enfermedades del sistema circulatorio. Entre los brasileños con al menos una ECNT, se observó un aumento en la cobertura de la estrategia de salud familiar a lo largo del tiempo. Sin embargo, hubo una reducción en la atención médica oportuna y la obtención de medicamentos recetados gratuitos.

Al observar los datos sobre enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, se puede apreciar que los resultados de la presente investigación, están en línea con estudios globales, que destacan cómo estas condiciones afectan desproporcionadamente a las poblaciones de bajos ingresos (Caldeira *et al.*, 2023). Un análisis reciente de Restini y colaboradores (2024), sugiere que estas enfermedades, junto con factores de riesgo como la inactividad física y las dietas poco saludables, están profundamente arraigadas en un entorno que no favorece adecuados estilos de vida. En el caso de la presente investigación, la falta de acceso a áreas verdes y la percepción negativa sobre la calidad del aire, son aspectos clave que agravan estos problemas de salud.

Desde la perspectiva de las políticas de salud, los resultados sugieren la necesidad de diseñar intervenciones integrales que aborden los determinantes sociales de la salud de manera más efectiva. Esto incluye programas que mejoren el acceso a la atención sanitaria preventiva y que aborden las barreras estructurales que enfrentan las comunidades vulnerables. Como ya se ha indicado en otras investigaciones, las políticas deben ser inclusivas y considerar un enfoque intersectorial que implique la participación activa de diversos actores para maximizar el impacto de las intervenciones (Chen y Ning, 2022; Marmot y Allen, 2014; Orejuela Baquero *et al.*, 2022).

En términos de relevancia teórica, los presentes hallazgos proporcionan una base para futuras investigaciones sobre cómo las particularidades de cada entorno comunitario modifican la efectividad de las intervenciones en salud. Los estudios futuros deben explorar el impacto de los factores contextuales a largo plazo, así como el desarrollo de programas que combinen la promoción de la salud con estrategias de desarrollo económico (Marmot y Allen, 2014). En los últimos años, ha habido una tendencia hacia el uso de enfoques de métodos mixtos para realizar la evaluación de los activos de salud de las comunidades, lo que ha llevado a la inclusión de las voces de todos sus miembros, en particular los grupos vulnerables y desfavorecidos. Sin embargo, una brecha notable en la literatura existente, es la falta de una evaluación a largo plazo o longitudinal, de los impactos de la evaluación de las necesidades de salud en estos entornos (Ravaghi *et al.*, 2023).

## 5. Conclusiones

Las comunidades vulnerables de Guayaquil enfrentan una alta carga de enfermedades crónicas y factores de riesgo como dietas poco saludables, sedentarismo y hábito de fumar. Las deficiencias en la calidad del aire y del agua, junto con la exposición a contaminantes y el limitado acceso a áreas verdes, agravan estos problemas de salud. Además, la insatisfacción con el acceso a los servicios de salud es notablemente alta. Estos hallazgos indican la necesidad urgente de mejorar las condiciones socioeconómicas, ambientales y de atención sanitaria para reducir la carga de enfermedades y mejorar el bienestar de estas comunidades vulnerables.

## 6. Referencias

- Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A. y Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: A systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
- Boing, A. F., de Lacerda, J. T., Boing, A. C., Calvo, M. C. M., Saraiva, S., Tomasi, Y. T., Natal, S., Pudla, K. J., Danielewicz, A. L., da Silva, V. R., Nicolotti, C. A., Machado, P. M. de O. y Baratieri, T. (2021). Methods and operational aspects of an epidemiological study and evaluation of rede cegonha. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210010>
- CAF, B. de D. de A. L. (2017). *Diagnóstico y proyección de vulnerabilidades frente a la variabilidad y cambio climático en la ciudad de Guayaquil*. <https://bit.ly/4gWEt7g>
- Caldeira, T. C. M., Sousa, T. M., Soares, M. M., Veiga, I. P. A., Silva, L. E. S. y Claro, R. M. (2023). Temporal trend of multimorbidity of noncommunicable diseases among brazilian adults, 2006-2021. *Obesities*, 3(1), 76-85. <https://doi.org/10.3390/obesities3010007>

- Campillay-Campillay, M., Yáñez-Corrales, C., Dubó-Araya, P., Sanjinés-Rodríguez, I., Pizcoya-Angeles, P. y Chávarry-Ysla, P. (2023). Vulnerabilidad y cuidado desde la perspectiva de enfermería: Una revisión integrada de la literatura. *Acta Bioethica*, 29(2), 219-228. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2023000200219>
- Chen, H. y Ning, J. (2022). The impacts of long-term care insurance on health care utilization and expenditure: Evidence from China. *Health Policy and Planning*, 37, 717-727. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac003>
- Gatica Chandia, K. (2012). Desigualdades sociales y percepciones en torno a la calidad de vida. *Revista Internacional de Ciencias Sociales Interdisciplinarias*, 1(2), 105-129. <https://doi.org/10.37467/gka-revsocial.v1.1223>
- Gomes, C. S., Bernal, R. T. I., Moreira, A. D., Teixeira, R. A., Cardoso, L. S. de M., Ribeiro, A. L. P. y Malta, D. C. (2021). Estimates of hypertension and diabetes mellitus prevalence according to health vulnerability index in Belo Horizonte, MG, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210015.supl.1>
- González Tapia, M. y Vivas Bombino, L. (2023). Análisis de la Situación de Salud Año 2022. Municipio La Lisa. *II Jornada Científica de Residentes Profesionales de la APS*. <https://lc.cx/U96hYD>
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843571/>
- Marmot, M. y Allen, J. J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(Suppl. 4). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- MIES, M. de I. E. y S. (2022). *Conceptualización de la vulnerabilidad y su medición*. Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Orejuela Baquero, D. M., López López, M. N. y González, M. F. (2022). Gobernanza y seguridad del paciente en el área quirúrgica de una empresa social del estado, ESE. *Visual Review. International Visual Culture Review / Revista Internacional de Cultura Visual*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.37467/revvisual.v9.4305>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. y Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Ravaghi, H., Guisset, A. L., Elfeky, S., Nasir, N., Khani, S., Ahmadnezhad, E. y Abdi, Z. (2023). A scoping review of community health needs and assets assessment: Concepts, rationale, tools and uses. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08983-3>
- Restini, C. B. A., Weiler, T., Porter-Stransky, K. A., Vollbrecht, P. J. y Wisco, J. J. (2024). Empowering the future: Improving community wellbeing and health literacy through outreach and service-learning. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1441778>

- Sanchini, V., Sala, R. y Gastmans, C. (2022). The concept of vulnerability in aged care: a systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00819-3>
- Simões, T. C., Meira, K. C., Dos Santos, J. y Câmara, D. C. P. (2021). Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: Evidence of three household surveys. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(9), 3991-4006. <https://lc.cx/ZiOXEo>
- Sobrino Armas, C., Hernán García, M. y Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1), 5-12. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2018.07.005>
- Veliz González, J. (2024). Análisis de la situación de salud en un consultorio médico de Artemisa. *I Jornada Científica Nacional Virtual de Medicina Familiar*.

## CONTRIBUCIONES DE AUTORES/AS, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

### Contribuciones de los/as autores/as:

**Conceptualización:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; Piovét-Hernández, Ivis Yania; **Software:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; **Validación:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; Piovét-Hernández, Ivis Yania; **Análisis formal:** Díaz-Díaz, Alejandro Antuan; **Curación de datos:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; **Redacción-Preparación del borrador original:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; Piovét-Hernández, Ivis Yania; **Redacción-Revisión y Edición:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; Díaz-Díaz, Alejandro Antuan; **Visualización:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; Piovét-Hernández, Ivis Yania; **Supervisión:** Díaz-Díaz, Alejandro Antuan; **Administración de proyectos:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; **Todos los/as autores/as han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito:** Rodríguez-Larraburu, Elianne; Piovét-Hernández, Ivis Yania; Díaz-Díaz, Alejandro Antuan.

**Financiación:** Esta investigación no recibió financiamiento externo.

**Conflicto de intereses:** En esta investigación no existen conflictos de intereses.

### AUTOR/ES:

#### **Elianne Rodríguez-Larraburu:**

Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología, Ecuador.

Doctor en Medicina. Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria. Acreditado y Categorizado como Investigador Auxiliar 2 por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación del Ecuador. Certificación IPMA level D en Gestión de Proyectos. Director de programas y proyectos de investigación y vinculación con la sociedad. Docente Titular Auxiliar, Coordinador de

Investigación y de Vinculación con la Sociedad en la Facultad de Salud y Servicios Sociales del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología (ITB), Guayaquil-Ecuador. Docente de la Universidad Bolivariana del Ecuador (UBE), Durán-Ecuador.  
[erodriguez@bolivariano.edu.ec](mailto:erodriguez@bolivariano.edu.ec)

**Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0003-1766-5626>

**Google Scholar:** [https://scholar.google.com/citations?hl=es&user=\\_Fa-fFAAAAAAJ](https://scholar.google.com/citations?hl=es&user=_Fa-fFAAAAAAJ)

**ResearchGate:** <https://www.researchgate.net/profile/Elianne-Rodriguez-Larraburu-2>

**Academia.edu:** <https://unir-es.academia.edu/DrElianneRodr%C3%ADguezLarraburu>

**Ivis Yania Pioveth-Hernández:**

Universidad Bolivariana del Ecuador, Ecuador.

Doctora en Medicina. Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria. Docente Titular Auxiliar en la Facultad de Salud y Servicios Sociales del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología (ITB), Guayaquil-Ecuador. Docente Titular Auxiliar de la Universidad Bolivariana del Ecuador (UBE), Durán-Ecuador. Experiencia en la ejecución de proyectos de investigación y vinculación con la sociedad.

[iypioveth@ube.edu.ec](mailto:iypioveth@ube.edu.ec)

**Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0002-9027-7462>

**Google Scholar:** <https://scholar.google.com/citations?user=p0ynLTgAAAAJ&hl=es>

**ResearchGate:** [https://www.researchgate.net/profile/Ivis\\_Pioveth\\_Hernandez](https://www.researchgate.net/profile/Ivis_Pioveth_Hernandez)

**Alejandro Antuan Díaz-Díaz**

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

Doctor en Medicina. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista en Medicina General Integral y especialista en Organización y Administración en Salud. Director de Ciencia e Innovación Tecnológica y miembro de la Comisión de Grado Científico de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Miembro de la Junta de Acreditación Nacional de Cuba. Vasta trayectoria académica, docente e investigativa en diversos programas de pre y postgrado, de las áreas de las ciencias médicas y de la educación superior. Amplia experiencia nacional e internacional, desarrollada en diversas universidades, participando como docente, coordinador de programas, conferencista, director de tesis y en investigaciones de desarrollo e innovación. Numerosas publicaciones sobre el desarrollo y gestión universitaria de las ciencias médicas.

[alexdd@infomed.sld.cu](mailto:alexdd@infomed.sld.cu)

**Orcid ID:** <https://orcid.org/0000-0001-8867-5384>

**Scopus ID:** <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57057602400>

**Academia.edu:** <https://sld-cu.academia.edu/AlejandroAntuanD%C3%ADazD%C3%ADaz>