

ESTUDIO DE PERCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD DE HABITANTES ADULTOS DEL ÁREA URBANA DE LA CIUDAD DE SUCRE.

Autores:

Dra. Martínez Pérez Scarley (1), Lic. Cisneros Dávalos Judith (2), Lic. Santos Párraga María Esther (3).
(1), (2), (3) Docente Facultad Enfermería, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca.

Recepción: 20/octubre/2011

Aceptación: 7/Noviembre/2011

RESUMEN

El proceso salud-enfermedad es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. El propósito de la investigación ha sido caracterizar la percepción del proceso salud - enfermedad de habitantes adultos del área urbana de la ciudad de Sucre. Los resultados muestran que la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación fundamentalmente, opaca la percepción de un problema de salud en los adultos

PALABRAS CLAVE:

Proceso salud-enfermedad; Percepción del estado de salud.

SUMMARY

The health-disease process is an individual and social construction in which people elaborates his condition, which determines the kind of help to seek. The perception of this complex process is personal and subjective and can only be understood in context in the universe of beliefs, values and behaviors of each person's sociocultural environment and the material conditions of life. The purpose of the research has been to characterize the perception of the health - disease of the urban adult population of the city of Sucre. The results show that the perception of health problems is strongly mediated by the material conditions of life and health assessment in a specific sociocultural context. The resolution of everyday problems such as work and food supply may dull the perception of a health problem in adults.

KEYWORDS:

Health-disease process, perception of health status.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

El problema de investigación que orientó el proyecto, fue planteado a través de la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción del proceso salud - enfermedad de habitantes adultos del área urbana de la ciudad de Sucre?

El objetivo general, fue caracterizar la percepción del proceso salud - enfermedad de habitantes adultos del área urbana de la ciudad de Sucre y los objetivos específicos fueron:

- *Caracterizar socioeconómicamente a los habitantes de la ciudad de Sucre encuestados*
- *Determinar las variables de percepción de los encuestados y definir sus valores*
- *Identificar geosocialmente la tendencia de las variables*

Con base en las referencias bibliográficas correspondientes a realidades similares a la nuestra, se estableció una hipótesis de trabajo que afirmaba que la mayor parte de los habitantes adultos de la ciudad de Sucre, percibe los problemas de salud en una fuerte relación mediada por las condiciones materiales de vida y por su contexto sociocultural específico.

DISEÑO METODOLÓGICO / MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron los datos colectados a través de un cuestionario formulado en español y quechua tomando en cuenta las características propias de la población seleccionada; aplicado a 4000 individuos en 5 distritos correspondientes a la zona urbana de la ciudad de Sucre, que equivalen a aproximadamente el 2,5 % de la población y 8% de los hogares urbanos registrados en el censo de población y vivienda del año 2001(10). El universo muestral estuvo conformado por los adultos que habitaban en los hogares visitados, de los que se seleccionó uno por hogar de forma aleatoria. La selección fue resultado de un proceso polietápico, estratificado y por conglomerados; esto permitió el cálculo de la muestra con representatividad.

Se analizaron ocho componentes de la salud individual: movilidad, estado de ánimo, cognición, dolor y malestar, sueño y energía vital, actividades sociales, vista y cuidado personal, con sus respectivas instrumentos (basados en las viñetas de salud propuestas por la OMS)(11).

Para cumplir el objetivo, se investigó la salud auto-percibida, mediante el uso de las viñetas (encuesta individual y encuesta hogar), en idiomas español y quechua, considerando las características del universo consignado. Las preguntas desarrolladas en las viñetas, presentan cinco opciones ordinales de respuesta, que califican la condición de salud que se plantea y van de ninguno a extremo imposible de alcanzar. De acuerdo con esto, se estableció un análisis básico de las respuestas individuales donde el puntaje más alto, representa la mejor percepción posible sobre un dominio de salud específico y viceversa. La calificación máxima que un individuo pudo obtener en cada pregunta referente a una condición de salud, fue de 5 puntos.

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS V.15.0

RESULTADOS

Sección 1000 del instrumento 1 (Encuesta individual)

**CUADRO N° 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENTREVISTADOS**

Q 1000	Lengua materna	Cantidad	Porcentaje
	Español	2.826	70,65
	Quechua	158	3,95
	Español y quechua	1.006	25,15
	Otras	10	0,25
	TOTAL	4.000	100,00
Q 1001	Sexo	Cantidad	Porcentaje
	Femenino	2.072	51,80
	Masculino	1.928	48,20
	TOTAL	4.000	100,00
Q 1002	Grupo etáreo (años)	Cantidad	Porcentaje
	18-25	628	15,70
	26-30	652	16,30
	31-40	562	14,05
	41-50	974	24,35
	51-65	864	21,60
	66 o más	320	8,00
	TOTAL	4.000	100,00
Q 1003	Estado civil	Cantidad	Porcentaje
	Soltero	642	16,05
	Casado	1.434	35,85
	Separado	650	16,25
	Divorciado	196	4,90
	Viudo	384	9,60
	Unión libre	694	17,35
	TOTAL	4.000	100,00

Fuente: Elaboración propia

Q 1004	Estudios	Cantidad	Porcentaje
	Ninguno	36	0,90
	Preescolar o kinder	24	0,60
	Primaria completa	826	20,65
	Secundaria completa	824	20,60
	Bachillerato completo	1.016	25,40
	Técnico	266	6,65
	Licenciatura	716	17,90
	Maestría o doctorado	292	7,30
	TOTAL	4.000	100,00
Q 1005	Estudios	Cantidad	Porcentaje
	Empleado público	1.280	32,00
	Empleado particular (de empresa)	650	16,25
	Independiente (por su cuenta)	996	24,90
	Empresario	50	1,25
	Trabajador voluntario (sin pago)	10	0,25
	No trabaja	1.014	25,35
	TOTAL	4.000	100,00
Q 1006	Estudios	Cantidad	Porcentaje
	Cuidado de la casa / de la familia	190	18,74
	Ha buscado pero no ha encontrado trabajo	166	16,37
	Trabaja como voluntario	10	0,99
	Estudia / formación profesional	352	34,71
	Jubilado / pensionado / demasiado grande para trabajar	192	18,93
	Por tener problemas de salud	86	8,48
	Otra	18	1,78
TOTAL	1.014	100,00	

Fuente: Elaboración propia

El cuadro 1 muestra las características sociodemográficas de la población encuestada, en las que se determina que el 70% habla español y el 25% español y quechua, lo que brinda mayor

acceso a la información. El grupo etáreo de mayor porcentaje 24.35% corresponde a la población de las edades de 41 a 50 años y el 21% la población entre las edades de 51 a 65 años, lo que da mayor

confiabilidad a los resultados, considerando de que se trata de una población con mayor grado de madurez. En relación al estado civil el 35,85% corresponde al estado civil casado por lo que también de alguna manera las respuestas son mucho más confiables, en relación a la estabilidad familiar. El 25.4% han logrado una formación de bachillerato y en otros porcentajes aproximados han concluido la primaria y secundaria, datos que

se consideran importantes porque las respuestas han sido bien comprendidas. En relación al trabajo se evidencia que el 32% son empleados públicos y el 24.90% tiene trabajo independiente, influyendo esta variable en el costo destinado a la atención de su salud.

Es importante mencionar que un porcentaje de 25,35% de los encuestados, reportó que no trabaja.

Sección 3000 del instrumento 2 (Encuesta de hogar)

CUADRO N° 2

Distribución de la población general encuestada por cantidad de personas que viven permanentemente en el hogar Sucre, junio-septiembre 2010

Personas	Cantidad	Porcentaje
1	41	1,03
2 a 5	3.245	81,13
6 o más	714	17,85
TOTAL	4.000	100,00

Fuente: Elaboración propia (cuestionario de hogar)

CUADRO N° 3

Distribución de la población general encuestada por gasto mensual total del hogar (incluyendo a todos sus miembros) Sucre, junio-septiembre 2010

Gasto mensual en Bs.	Cantidad	Porcentaje
Menor a 1000	148	3,70
de 1001 a 2499	689	17,23
De 2500 a 3499	2.112	52,80
De 3500 a 4499	879	21,98
Más de 4500	172	4,30
TOTAL	4.000	100,00

Fuente: Elaboración propia (Q 3001 del instrumento)

CUADRO N° 4

Distribución de la población general encuestada por gasto mensual en salud de todos los miembros del hogar Sucre, junio-septiembre 2010

Gasto mensual en Bs.	Cantidad	Porcentaje
Menor a 100	2.421	60,53
de 101 a 500	896	22,40
De 501 a 750	579	14,48
De 750 a 1000	24	0,60
Más de 1000	80	2,00
TOTAL	4.000	100,00

Fuente: Elaboración propia (Q 3001 del instrumento)

Las cantidad de personas que viven de forma permanente en los hogares visitados, en su relación con el ingreso familiar promedio, son

un indicador que permite hacer inferencia sobre las oportunidades referidas a calidad de vida y orientan la posibilidad de gasto en salud.

Sección 2000 del instrumento 1 (Encuesta individual)

DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD (ESTADO DE SALUD GENERAL)

CUADRO N° 5

Q 2000 ¿Cómo calificaría hoy su estado de salud?

ESTADO DE SALUD GENERAL	Cantidad	Porcentaje	
	Muy bueno	250	6,25
	Bueno	1.352	33,80
	Moderado	1.684	42,10
	Malo	558	13,95
	Muy malo	156	3,90
	TOTAL	4.000	100,00

Fuente: Elaboración propia

CUADRO N° 6

Q 2001 En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para realizar las tareas del trabajo y del hogar?

ESTADO DE SALUD GENERAL	Cantidad	Porcentaje	
	Ninguno	330	8,25
	Leve	1.086	27,15
	Moderado	1.934	48,35
	Alto	594	14,85
	Extremo imposible de realizar	56	1,40

Fuente: Elaboración propia

CUADRO N° 7

Q2010. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para desplazarse de un lugar a otro?

MOVILIDAD	Cantidad	Porcentaje	
	Ninguno	250	6,25
	Leve	1.352	33,80
	Moderado	1.684	42,10
	Alto	558	13,95
	Extremo imposible de realizar	156	3,90
	TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 8

Q2011. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para realizar actividades intensas, como correr 3 km o andar en bicicleta?

MOVILIDAD	Cantidad	Porcentaje	
	Ninguno	846	21,15
	Leve	1.152	28,80
	Moderado	872	21,80
	Alto	534	13,35
	Extremo imposible de realizar	596	14,90
	TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 9

Q2020. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para asearse, bañarse, lavarse las manos, vestirse, etc.?

CUIDADO PERSONAL	Cantidad	Porcentaje	
	Ninguno	2.174	54,35
	Leve	1.074	26,85
	Moderado	472	11,80
	Alto	178	4,45
	Extremo imposible de realizar	102	2,55
	TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 10

Q2021. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para cuidar y mantener su aspecto general (por ejemplo maquillarse, rasurarse, peinarse, etc.)?

CUIDADO PERSONAL	Cantidad	Porcentaje	
	Ninguno	2.130	53,25
	Leve	1.152	28,80
	Moderado	478	11,95
	Alto	142	3,55
	Extremo imposible de realizar	98	2,45
	TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 11

Q2030. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de molestias o dolor ha tenido?

DOLOR Y MALESTAR	Cantidad	Porcentaje	
	Ninguno	640	16,00
	Leve	1.160	29,00
	Moderado	1.274	31,85
	Alto	736	18,40
	Extremo	190	4,75
	TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 12

Q2031. ¿Y cuánto malestar en el cuerpo ha sufrido?

DOLOR Y MALESTAR	Cantidad	Porcentaje	
	Ninguno	260	6,50
	Leve	1.152	28,80
	Moderado	1.624	40,60
	Alto	652	16,30
	Extremo	312	7,80
	TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 13

Q2040. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para concentrarse o recordar cosas?

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	168	4,20
Leve	1.182	29,55
Moderado	1.316	32,90
Alto	1.196	29,90
Extremo imposible de realizar	138	3,45
TOTAL	4.000	100,00

COGNICIÓN

CUADRO N° 14

Q2041. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para aprender nuevas tareas (por ejemplo un juego nuevo, una receta, etc.)?

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	694	17,35
Leve	1.484	37,10
Moderado	1.064	26,60
Alto	498	12,45
Extremo imposible de realizar	260	6,50
TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 15

Q2050. En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para relacionarse con otras personas o para participar en actividades comunitarias?

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	2.078	51,95
Leve	1.118	27,95
Moderado	442	11,05
Alto	240	6,00
Extremo imposible de realizar	122	3,05
TOTAL	4.000	100,00

ACTIVIDADES SOCIALES

CUADRO N° 16

Q2051. ¿Y qué grado de dificultad ha tenido para enfrentarse a conflictos y tensiones con otras personas?

ACTIVIDADES SOCIALES

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	2.502	62,55
Leve	912	22,80
Moderado	398	9,95
Alto	156	3,90
Extremo imposible de realizar	32	0,80
TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 17

Q2060. ¿Utiliza usted lentes?

VISTA

	Cantidad	Porcentaje
SI	1.358	33,95
NO	2.642	66,05
TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 18

Q2061. Durante los últimos 30 días qué grado de dificultad tuvo para ver y reconocer a una persona al otro lado de la calle o a una distancia de 20 metros?

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	329	24,23
Leve	568	41,83
Moderado	413	30,41
Alto	25	1,84
Extremo imposible de realizar	23	1,69
TOTAL	1.358	100,00

CUADRO N° 19

Q2062. ¿Y qué grado de dificultad tuvo para ver y reconocer un objeto que estuviera a la distancia de su mano o al leer?

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	223	16,42
Leve	287	21,13
Moderado	482	35,49
Alto	347	25,55
Extremo imposible de realizar	19	1,40
TOTAL	1.358	100,00

CUADRO N° 20

Q2070. Durante los últimos 30 días, ¿en qué medida tuvo problemas, como quedarse dormido durante el día, despertarse frecuentemente durante la noche o despertarse demasiado temprano por la mañana?

SUEÑO Y ENERGÍA VITAL

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	320	8,00
Leve	701	17,53
Moderado	1.324	33,10
Alto	944	23,60
Extremo	711	17,78
TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 21

Q2071. ¿Y qué tanta dificultad tuvo para sentirse descansado y repuesto durante el día?

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	178	4,45
Leve	650	16,25
Moderado	1.358	33,95
Alto	1.266	31,65
Extremo	548	13,70
TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 22

Q2080. En general durante los últimos 30 días, ¿en qué grado se ha sentido triste, decaído o deprimido?

ESTADO DE ÁNIMO

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	198	4,95
Leve	1.478	36,95
Moderado	931	23,28
Alto	899	22,48
Extremo	494	12,35
TOTAL	4.000	100,00

CUADRO N° 23
Q2081. ¿Y en qué grado ha tenido preocupación o ansiedad?

ESTADO DE ÁNIMO

	Cantidad	Porcentaje
Ninguno	280	7,00
Leve	1.420	35,50
Moderado	889	22,23
Alto	793	19,83
Extremo	618	15,45
TOTAL	4.000	100,00

Los resultados de los cuadros 5 al 23 están relacionados con la percepción actual del estado de salud y las dificultades presentadas en sus actividades vinculadas con sus estilos de vida, actividades del trabajo y del hogar.

Se evidencia que el 42,1% califica su estado de salud como moderado y solo el 6.25% lo califica como muy bueno, de lo que se infiere que las personas asumen algún grado de malestar y por lo tanto no gozan de un estado óptimo de salud.

Las dificultades en la realización de tareas del trabajo y del hogar en diferentes grados se presentan en el 91.75% de la población, lo que significa que el estado de salud influye en el rendimiento de la persona.

De igual manera se evidencia que un porcentaje alto representado por el 93.75% reporta dificultades en la movilización de un lugar a otro, lo que también impide el cumplimiento de tareas en el hogar y en el trabajo,

Un 78,85% de las personas considera que tiene dificultad en diferentes grados para realizar actividades intensas como correr o andar en bicicleta, lo que demuestra la existencia de estados de malestar que impiden cumplir con estas actividades.

Es también llamativo que los datos referentes a las dificultades para la realización de actividades de autocuidado como lavarse, bañarse, maquillarse,

rasurarse o peinarse son significativos, el 54% presentan algún grado de dificultad.

En lo referente a la percepción del dolor, se manifiesta que el 84% presentan dolor en diferentes grados y dentro de estos el moderado es el más significativo. La población indica que también perciben estados de malestar los que se presentan en mayor porcentaje que el dolor representado por el 93.50%.

En lo referente a los procesos intelectuales, se observa que las personas perciben que tienen dificultades en un 95.80 % para centrar la atención o recordar cosas y de la misma manera tiene dificultades para aprender nuevas tareas, en el 92,65 % se evidencian estas dificultades y de estos el 37.10% se manifiesta en forma moderada. Las relaciones interpersonales también se afectan, lo que dificulta la participación de las personas en actividades comunitarias. Las dificultades de establecer y mantener relaciones interpersonales se presenta en el en el 58.5% de la población encuestada.

La dificultad en establecer relaciones interpersonales también se manifiesta en menor grado en la capacidad de las personas de enfrentarse a situaciones de conflicto tanto en el ámbito familiar como laboral o afrontar el estrés, el porcentaje que tiene dificultades representa el 53.45% de la población encuestada.

CUADRO N° 24
Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según grupo etáreo

Grupo etáreo (años)	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
18-25	86	348	145	37	12	628
26-30	35	421	119	63	14	652
31-40	48	210	231	44	29	562
41-50	29	218	561	137	29	974
51-65	37	142	477	167	41	864
66 o más	15	13	151	110	31	320
TOTAL	250	1352	1684	558	156	4.000

CUADRO N° 25
Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según grupo sexo

Grupo etáreo (años)	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
Femenino	106	612	851	398	105	2.072
Masculino	144	740	833	160	51	1.928
TOTAL	250	1352	1684	558	156	4.000

CUADRO N° 26

Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según lengua materna

Grupo etáreo (años)	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
Español	102	839	1292	472	121	2.826
Quechua	34	54	63	5	2	158
Español y quechua	112	457	325	80	32	1.006
Otras	2	2	4	1	1	10
TOTAL	250	1352	1684	558	156	4.000

Un 70,65% de los encuestados reporta el idioma español como lengua materna, y en ese grupo, la mayoría de las personas califica su estado de salud como moderado; en las personas bilingües que

alcanzan al 25,15%, la proporción de reporte de bienestar es menor, observándose un incremento en el porcentaje de personas que reportan un estado de salud bueno.

CUADRO N° 27

Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según estado civil

estado civil	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
Soltero	43	108	385	98	8	642
Casado	98	816	416	82	22	1.434
Separado	32	104	346	113	55	650
Divorciado	12	25	82	39	38	196
Viudo	23	67	143	130	21	384
Unión libre	42	232	312	96	12	694
TOTAL	250	1352	1684	558	156	4.000

Existe un reporte positivo de auto-percepción del estado de salud en personas cuyo estado civil representa convivencia en pareja y el reporte es

creciente en sentido negativo en aquellos casos en los que existe probabilidad de soledad.

CUADRO N° 28
Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según nivel de formación

Último año aprobado	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
Ninguno	0	12	17	6	1	36
Preescolar o kinder	1	8	7	5	3	24
Primaria completa	36	258	421	79	32	826
Secundaria completa	56	326	341	89	12	824
Bachillerato completo	69	497	359	64	27	1.016
Técnico	21	41	68	130	6	266
Licenciatura	62	189	381	72	12	716
Maestría o doctorado	5	21	90	113	63	292
TOTAL	250	1352	1684	558	156	4.000

La relación entre la sensación de bienestar y el nivel de formación es inminente de acuerdo a los reportes, pues en términos generales, la

proporción se incrementa positivamente con los logros académicos.

CUADRO N° 29
Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según trabajo actual

Trabajo actual	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
Empleado público	61	449	610	128	32	1.280
Empleado particular (de empresa)	32	329	152	107	30	650
Independiente (por su cuenta)	93	271	421	172	39	996
Empresario	14	31	2	1	2	50
Trabajador voluntario (sin pago)	3	1	5	1	0	10
No trabaja	47	271	494	149	53	1.014
TOTAL	250	1352	1684	558	156	4.000

Un porcentaje importante de 32.00% corresponde a empleados públicos que indican en su mayoría, que su estado de salud es moderado, malo y muy malo, seguido del 24,90 % de encuestados que corresponde a personas con trabajo independiente mismas que indican que su estado de salud es bueno, moderado y malo.

Es importante destacar el porcentaje del 25,35 % de personas que no trabaja y que su autovaloración de salud fluctúa preponderantemente entre moderada, mala y muy mala.

CUADRO N° 30
Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según causa de desocupación

Trabajo actual	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
Cuidado de la casa / de la familia	12	56	67	39	16	190
Ha buscado pero no ha encontrado trabajo	14	43	97	11	1	166
Trabaja como voluntario	3	1	5	1	0	10
Estudia / formación profesional	14	131	157	44	6	352
Jubilado / pensionado / demasiado grande para trabajar	4	32	109	37	10	192
Por tener problemas de salud	0	0	51	15	20	86
Otra	0	8	8	2	0	18
TOTAL	47	271	494	149	53	1.014

De un total de 1.014 personas que no trabajan, clasificadas de acuerdo a las causas de desocupación, se denota un reporte de salud de moderado a malo (que en cierto modo explica su situación), exceptuando al grupo de personas que

dijeron haber buscado trabajo sin éxito, mismas que perciben un estado de moderado a bueno que acompaña su predisposición a asumir una responsabilidad laboral cuando se presente la oportunidad.

CUADRO N° 31
Autovaloración del estado de salud de población general de Sucre, según Gasto mensual familiar

Gasto mensual en Bs.	Estado de salud					TOTAL
	Muy bueno	Bueno	Moderado	Malo	Muy malo	
Menor a 1000	1	23	41	44	39	148
de 1001 a 2499	14	197	283	184	11	689
De 2500 a 3499	185	983	644	212	88	2112
De 3500 a 4499	42	113	641	78	5	879
Más de 4500	8	36	75	40	13	172
TOTAL	250	1352	1684	558	156	4000

La población con un gasto mensual familiar de 2.500 a 3499 Bs califican mayoritariamente su estado de salud como bueno, moderado, y una minoría, lo reporta como malo. Es importante destacar que los que perciben un gasto familiar mensual menor a 1000Bs. Califican su estado de salud como muy malo en un porcentaje muy importante de los encuestados.

DISCUSIÓN

Los adultos evalúan su estado de salud fundamentalmente como moderado o regular (42,2%; cuadros N° 1 y 24), en proporciones similares a las percepciones positivas, un 40,1% lo consideran como bueno o muy bueno (mismas tablas), y un 17,9% lo perciben como malo o muy malo. Si bien se entiende que los mayores, suelen conocer y aceptar sus limitaciones desde la perspectiva de la edad, es posible que presenten mejores valoraciones sobre su propia salud que si opinasen personas menores de edad, en quienes la valoración podría ser aún más subjetiva y menos representativa.

La relación entre sexo y valoración de estado de salud es estrecha. Las mujeres suelen percibir peor su salud a todas las edades, especialmente cuando superan los 50 años (cuadros 1 y 25). Entre

las mujeres mayores (en concreto, mayores de 51 años) las percepciones positivas disminuyen considerablemente mientras aumentan las negativas. Tras este factor actúa realmente la viudez, la soledad (mayor entre las mujeres) y los menores ingresos, entre otros, que explican estas diferencias en ambos géneros, por lo que el sexo como factor determinante en las valoraciones del estado de salud, merece ser cuestionado.

El nivel de instrucción es una causa discriminante entre unos colectivos de población y otros (cuadro 28). Si bien, en términos generales los que tienen estudios superiores presentan valoraciones más positivas: dos de cada tres dicen que su salud es buena o muy buena, sugerentemente cuando se trata de profesionales con altos grados académicos (magíster o doctor) decrecen las valoraciones positivas; la mayoría valora regular o mal su estado de salud y ello se relaciona quizá con un alto número de individuos que reporta valoraciones altamente negativas en las variables de estado de ánimo, sueño y energía vital probablemente relacionadas con los niveles de presión laboral y/o altas responsabilidades ejecutivas o directivas. Cabe resaltar de igual manera, que la falta de recursos culturales así como la situación laboral (en términos de inestabilidad y dependencia) aumenta la incertidumbre y la inseguridad ante cualquier circunstancia de la vida, pero en especial

ante los problemas de salud. Por otra parte, los mayores niveles de instrucción también se asocian a estilos de vida más saludables (que en términos prácticos se traduce en mejor estado de salud).

Los mayores ingresos en el hogar traducen la posibilidad de conseguir recursos relativos a la salud y al mantenimiento de la propia calidad de vida y permiten adquirir los servicios precisos en caso de necesidad. Más de la mitad de las personas adultas que viven en hogares con ingresos superiores a 2.500 bolivianos mensuales valoran bien o muy bien su estado de salud, en porcentajes que casi duplican a los que viven en hogares de escasos ingresos (cuadro 31)

Los trastornos funcionales que impiden la realización de actividades diarias perjudican la autoestima y la sensación de bienestar. La limitación o reducción de actividades diarias que realizan los mayores, por ejemplo, en su tiempo libre (diversiones, paseos, visitas, etc.), por razón de algún dolor o síntoma, ocasiona percepciones del estado de salud lógicamente muy negativas (cuadros 6 al 19). Los condicionantes de las actividades diarias también dificultan las relaciones sociales, además de restringir (o suprimir) las actividades de ocio.

La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. La auto percepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas.

Muchos estudios han demostrado que preguntarle a una persona cómo se encuentra y qué estado de salud tiene, son variables de enorme poder predictivo de supervivencia. Hay estudios que lo ratifican.

A este respecto, se han contemplado dos alternativas. Por un lado, que realmente la ausencia de enfermedad induzca ese bienestar y, por tanto, mejore el pronóstico vital. O, puede que esa percepción de salud proceda de un estado

de optimismo, independiente de que se padezcan ciertas enfermedades, y que esta predisposición a través de una mejora psicológica, endocrina e inmunológica inducida por el optimismo, mejoren el pronóstico vital.

Finalmente, se puede concluir que la sensación subjetiva de bienestar es uno de los marcadores más fiables de expectativa de vida, incluso tras corregirlo con otras variables como la antropometría (mediciones físicas del cuerpo, peso, estatura, grasa corporal, masa muscular, etc.), valores analíticos y situación funcional.

Este estudio encuentra poca relación entre las variables sociodemográficas y socioeconómicas con la capacidad de los individuos para identificar en forma coherente los estados de salud. Una de las explicaciones posibles podría estar relacionada con el hecho de que la percepción depende de características intrínsecas de la personalidad de un individuo, como experiencias personales o entorno familiar.

Las viñetas de Movilidad, Sueño y Vista fueron dominios que no estuvieron relacionados con el nivel de gasto familiar y resultaron por añadidura las menos subjetivas.

Para el resto de las viñetas analizadas, con dominios de salud mucho más subjetivos (Dolor, Ánimo, Cognición, Cuidados personales y Relaciones interpersonales), se encontró una relación positiva moderada con el gasto, decreciente al aumentar la capacidad socioeconómica.

Por otro lado, el efecto encontrado con la educación podría vincularse al hecho de que la salud se considera como un bien "costoso", es decir, el costo de oportunidad de los individuos con mayor grado educativo. Un individuo con mayor educación posee una mayor expectativa sobre su vida y una mayor comprensión sobre los posibles problemas de salud que pudiera sufrir a lo largo de ella, y por lo tanto presenta un umbral superior de respuesta y mejor cuidado de su salud que lo lleva a percibir con mayor seriedad algunas enfermedades.

Por otro lado, los sujetos con grado educativo bajo o nulo experimentan menor expectativa sobre su futuro y menor entendimiento de las afecciones, soportan más los padecimientos y buscan atención

médica sólo cuando resulta inevitable; lo anterior se relaciona de manera directa con la apreciación de la salud como un bien "costoso" en todos los sentidos.

Al mismo tiempo, se observa que una formación académica más avanzada se vincula con un mejor autorreporte de salud.

El efecto encontrado en este estudio de la ocupación o condición de actividad sobre la percepción de salud se puede leer de las siguientes maneras: la ocupación guarda una relación directa con nivel socioeconómico y grado educativo; la consecuencia es que el efecto del grado de escolaridad sobre la percepción puede verse disminuido al introducir la variable ocupación. Al observar la relación entre educación, ocupación y percepción de salud se puede inferir que los individuos que estudian buscan un mejor cuidado de su salud y por tanto perciben mejor su estado de salud. Por último, al comparar entre "amas de casa" e individuos que realizan alguna de las actividades incluidas en esta categoría, los resultados podrían reflejar la cercanía de las amas de casa con los miembros del hogar y sus condiciones de salud, de esta manera, perciben con más gravedad lo que en realidad sucede, aunque no es posible comprobar esta hipótesis por el diseño del puntaje.

Se observa de igual manera, una relación entre la condición de desempleado, trabajo en el hogar (ama de casa) o estar retirado con una autopercepción de salud mala. En este estudio, los "jubilados, pensionados o incapacitados por mala salud" perciben su estado de salud peor que las "amas de casa" para el dominio Animo y Relaciones interpersonales; este resultado muestra un trasfondo vinculado al grado de preocupación, estrés o soledad que implica esta condición comparada con una actividad definida como la del "ama de casa".

CONCLUSIONES

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en todo tipo de encuestas de salud.

A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas (y variables según responda el propio entrevistado, el médico de familia o un miembro del hogar opinando sobre los demás), se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y otras consecuencias de la misma.

La percepción de salud esta influenciada de manera creciente pero a tasas decrecientes con el nivel de riqueza familiar. Asimismo, la educación influye de manera negativa en la viñeta Dolor y Relaciones Interpersonales y positivamente en Ánimo, Cognición y Cuidado Personal. Existe poca relación entre las características sociodemográficas y percepción de salud.

Hay poca correlación, para la mayoría de las covariables que han sido analizadas, comparado contra autopercepción hay marcadas diferencias, que pueden ser atribuibles a factores individuales, de todas maneras, se pone en duda la viabilidad del método utilizado para analizar la auto-percepción de salud la no consideración de variables mas específicas que permitan hacer ajuste y regulación de los indicadores, aunque la encuesta no nos permita hacer inferencia sobre ello, es un indicativo de que existen factores intrínsecos a nivel individuo que influyen en la percepción de salud, estos factores no están siendo capturados por ninguna característica o condición sociodemográfica que se ha analizado; futuras encuestas que se basen en el auto-reporte, deben tomar en consideración características individuales que permitan capturar aspectos intrínsecos de la personalidad y aún con reservas, ajustar de manera más adecuada el auto-reporte reduciendo así el grado de incertidumbre que podrían generar.

De manera general, es posible concluir que los objetivos planteados para el estudio presente, han sido exitosamente logrados y en un enfoque holístico de investigación, dan pie al planteamiento de nuevos estudios que consideren las conclusiones referidas e incorporen las recomendaciones siguientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Kornblit AL, Mendes Diz AM. *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Editorial Aique; 2000.
2. Gómez López L, Rabanaque Hernández MJ. Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2009.
3. López E, Findling L, Abramzón M. *Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?*. *Salud Colectiva*. 2006;2(1):61-74.
4. Llovet JJ. *Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso*. Buenos Aires: CEDES; 2004.
5. Menéndez E, *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. En: Spinelli H, compilador. *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
6. Fitzpatrick R, *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 29-31.
7. Samaja J, *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
8. De la Revilla L, *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona: Doyma; 2007.
9. Kalinsky B, Arrué W, *Claves Antropológicas de la salud*. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2006.
10. INE "Chuquisaca en cifras". *Censo de Población y vivienda 2001*.
11. www.OMS.org/salud_pública/herramientas. Consultada en mayo 2010.