

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

"DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE
SALUD DEL BARRIO SAN
FRANCISCO SECTOR I,
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013"

Tesis previa a la obtención
del Título de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Srta. Johanna Elizabeth Gualán Yunga

DIRECTORA:

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2013



CERTIFICACIÓN

Licda. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

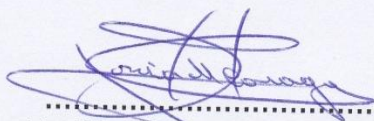
CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación de tesis titulado: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”** de autoría exclusiva de la egresada la Srta. Johanna Elizabeth Gualán Yunga, ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo su dirección por tales razones autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado asignado.

Atentamente.

Loja, Marzo del 2014

Atentamente.



.....
Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga
Directora de tesis

CARTA DE AUTORIZACION DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Johanna Elizabeth Gualán Yunga**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio institucional-biblioteca virtual.


AUTORA: Johanna Elizabeth Gualán Yunga

FIRMA: 

NUMERO DE CEDULA: 1104462047

FECHA: Loja, Marzo del 2014

Enm. del cas. repositor. Firma la autora.

Firma: 
Autor: Johanna Elizabeth Gualán Yunga

Cedula: 1104462047

Dirección: Sucre entre Juan de Salinas y José Félix de Valdivia

Correo Electrónico: johannagu12@hotmail.com

Teléfono: 0999182603

DATOS COMPLEMENTARIOS

Dirección de tesis:
Lic. Mg. Silvia Caraballo González

Tribunal de Grados:
Lic. Mg. Saturno Constante Flores

Lic. Mg. Boris Tamaro Aguirre
Lic. Mg. Patricia Gómez Poma

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA
LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Johanna Elizabeth Gualán Yunga, declaro ser autora de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**. Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI (Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, el día 30 del mes de Enero del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma:

Autor: Johanna/Elizabeth Gualán Yunga.

Cedula: 1104462047

Dirección: Sucre entre Juan de Salinas y José Félix de Valdivieso

Correo Electrónico: johannagu12@hotmail.com

Teléfono: 0989182683

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis:

Lic. Mg. Sonia Caraguay Gonzaga

Tribunal de Grado:

Lic. Mg. Balbina Contento Fierro

Lic. Mg. Bertila Tandazo Agila

Lic. Mg. Patricia Chávez Poma

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo con todo el amor que me inspiran a; Dios y mi madre porque ambos son mi guía, mi apoyo, la fuerza, la voluntad y el ánimo en cada etapa de mi vida.

A mi Padre y Hermanos por ser parte indispensable de mi vida, por haber compartido momentos gratos y difíciles, por su cariño incondicional que me lo muestran cada día.

Johanna E. Gualán Y.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por la oportunidad de vivir y realizar uno de los sueños de su corazón.

Seguidamente a mi familia por el apoyo incondicional a lo largo de mi vida, agradezco de igual manera a todos los docentes a lo largo de mi carrera; ya que sus conocimientos han sido de bendición para mi futura carrera profesional.

Un agradecimiento muy especial a la Lic. Sonia Caraguay Gonzaga, por su tiempo y todo el apoyo brindado en el desarrollo de la presente investigación.

Gracias....!!

Johanna E. Gualán Y.

1. TÍTULO

“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013”

2. RESUMEN

Con la finalidad de contribuir a **REALIZAR EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE** con su respectivo perfil epidemiológico y mapa parlante, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud, se proporcionó de datos y estadísticas, a través del acercamiento realizado entre el servicio de salud (HUM) y el barrio San Francisco Sector I.

Fue un estudio descriptivo, la población de estudio fue de 184 personas, que conforman 44 familias los datos obtenidos fueron recolectados en fichas Familiares, Anexo y la entrevista realizada en las visitas domiciliarias realizadas en la comunidad de estudio en la distribución poblacional existe cierta homogeneidad tanto en el sexo femenino y masculino siendo mayor en las mujeres.

De toda la población del barrio se encontró 14 personas con enfermedades crónicas, 1 con enfermedad degenerativa, 3 con enfermedades de impacto y 3 discapacitados que conforman el perfil epidemiológico de esta comunidad.

Finalmente los resultados presentes se constituyen en la base para el desarrollo de un plan de intervención que permitirá a los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) formular propuestas locales de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad de San Francisco Sector I.

Palabras Claves: Diagnóstico comunitario de salud.

ABSTRACT

In order to help carry out the diagnostic community of the AREA of influence of the University HOSPITAL of MOTUPE with their respective epidemiological profile and talking map, which serves as a basis for the formulation of the project of development on health of the sector which will provide sustainability to the proposals of the health unit, provided data and statistics, through the approach between health (HUM) service, and the District San Francisco Sector I.

In the study neighborhood a population of 184 people was identified the same ones that conform 44 families, in the populational distribution certain homogeneity you/he/she exists so much in the feminine and masculine sex having as a differential value of 3.2 bigger% in women.

Of the whole population of the neighborhood he/she met 14 people with chronic illnesses, 3 incapacity and 3 with degenerative illnesses that conform the epidemic profile of this community.

Finally the present results are constituted in the base for the development of an intervention plan that you/they will allow to the Basic Teams of Health - EAIS (Teams of Integral Attention of Health) to formulate local proposals of health, tendientes to improve the quality of life of San Francisco's community.

Keywords: Community health diagnosis.

3. INTRODUCCIÓN

El sistema actual de educación superior promueve la vinculación con la comunidad como eje transversal en todo proceso educativo y con mayor énfasis en las carreras de carácter social. Las ciencias médicas y afines se insertan al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en Salud que tiene como desafío trabajar con las familias y con ellas desarrollar nuevas formas relacionales ubicando al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones concretas y eficaces en salud.

El presente trabajo investigativo denominado: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**, tiene como finalidad aportar con conocimientos técnicos y científicos en bien de la población del sector y como parte del requisito para la titulación de Licenciada en Enfermería con lo que aportó datos que contribuirán a establecer proyectos de intervención viables y efectivos.

Como personal de salud, en calidad de egresada de la carrera de enfermería mi objetivo con la presente investigación es: **REALIZAR EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE** con sus respectivos perfiles epidemiológicos y mapas parlantes, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad **de “San Francisco Sector I”**.

El estudio que se aplicó en este trabajo es descriptivo, que tiene como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno. La metodología que se utilizó fue la establecida en la Atención Primaria de Salud que incluye estrategias

y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

En esta investigación damos a conocer la realidad de la comunidad de San Francisco Sector I comunidad urbana ubicada al norte de la ciudad de Loja a 4km de distancia del Hospital Universitario de Motupe, la principal vía de acceso es la vía antigua a Cuenca, a continuación describiremos datos concretos y reales obtenidos mediante el diagnóstico comunitario de salud realizado en este sector:

- 📌 En relación a la población cuenta con una población de 184 habitantes, con un número de 89 hombres y 95 mujeres, con predominio del sexo femenino.
- 📌 En el nivel de escolaridad predomina el nivel básico con un 64,1%, seguido de bachillerato con un 22,3% y un 0% en analfabetismo.
- 📌 Los riesgos biológicos encontrados son 17,9% de personas con malnutrición, 1,6 % personas con alguna enfermedad de impacto y el 1,6 % de personas con discapacidad, habitantes con vacunación incompleta en un 1,1%, embarazadas con problemas 1,1%.
- 📌 Los riesgos sanitarios encontrados son; consumo de agua insegura con el 50 %, mala eliminación de basuras y excretas con el 43,2%, mala eliminación de desechos líquidos que afectan en un 40,9% a los habitantes del sector, el 9,1 % enfrenta impacto ecológico por industrias y un 38,6% de personas que tienen animales dentro del domicilio.

Riesgos socioeconómicos con sus indicadores de:

- 📌 Pobreza de 61,4%
- 📌 Desempleo o empleo informal del jefe de familia en un 52,3%.
- 📌 Desestructuración familiar con un 9,1%.
- 📌 Violencia alcoholismo y drogadicción de 4,5%.
- 📌 Malas condiciones de la vivienda en un 40,9%.
- 📌 Hacinamiento en un 9,1%.

- Esquemas completos de vacunación en un 99% y en un 1% con esquema incompleto este último correspondiente a dos niños menores de 5 años.
- Acceso a tamizaje metabólico neonatal en los niños con cobertura del 100%
- Ocupación de los habitantes, la población económicamente activa en un 32% y la población económicamente pasiva en 68%.
- Acceso a la salud, un 91,8% asiste a Instituciones de Salud de atención Pública ya que se benefician de la gratuidad de los diferentes servicios que prestan estas instituciones. El 8,2% de la población manifiesta atenderse Instituciones de salud Privada como son clínicas y policlínicos.
- Acceso a educación en escolares y adolescentes en un 89,6%.
- Buen rendimiento académico en escolares y adolescentes en un 98,5%
- Problemas de conducta en escolares y adolescentes el 3,0%.
- Personas con agudeza visual normal 100%.
- La población de mujeres en edad fértil (MEF) es de 63, de ellas 33 tienen vida sexual activa y usan métodos de planificación familiar que corresponde al 52,38 %.
- 73% de aceptación a la prueba de Papanicolaou.
- 7,5% de personas con enfermedades crónicas.

En infraestructura, es importante destacar el abandono por parte de los organismos competentes en la inversión social en estos sectores ya que no cuentan con los servicios básicos como agua segura y alcantarillado y no existen fuentes de trabajo formal.

En relación al perfil epidemiológico; se encontró 14 personas con enfermedades crónicas de las cuales la hipertensión con él 2,2% y la diabetes en un 0,5% encabezan esta lista, y en un 1,1 %, de personas que tienen ambas enfermedades, 1 con enfermedad degenerativa, 3 con enfermedades de impacto, 3 discapacitados

con el 1,62%, donde la discapacidad física está en un 1,08% y visual en un 0,54%, estos problemas coinciden en gran medida con el mosaico epidemiológico del país, por lo tanto esto amerita una intervención integral y oportuna por parte de las autoridades que propicien intervenciones intersectoriales para así lograr un importante impacto en la disminución de muertes y complicaciones evitables.

Los resultados obtenidos tienen una connotación trascendental, por lo tanto su relación y discusión es amplia por lo que dejo a consideración de los próximos investigadores estos aportes para que con su experiencia y dedicación puedan intervenir en la problemática encontrada. Con estas experiencias reales y concretas de la comunidad planteen propuestas efectivas que mejoren el estado de salud y la calidad de vida de esta comunidad.

4. REVISIÓN LITERARIA

4.1 DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

4.1.1 Definiciones

El diagnóstico comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades de cada población así como los factores que influyen positivamente y negativamente sobre dicho nivel de salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (**MAIS-FCI**) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

4.1.2 Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud.
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.¹

4.1.3 Mapeo de Actores

La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud. La Atención Primaria de Salud renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se

¹MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO EINTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capitulo IV pág. 48-53

construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención.

4.1.4 Mapeo del Sector

Sectorización geo-poblacional y asignación de EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud):

La Dirección de Distrito conjuntamente con la Unidad de Conducción del Distrito, serán quienes conformen y designen los Equipos de Atención Integral de Salud. Los criterios para la conformación de los **EAIS** son: un número de población, familia, acceso geográfico, cultural y social.

Las unidades de salud pueden tener varios **EAIS** de acuerdo al Número de población que cubren. Para la definición de la ubicación y número de **EAIS** se planifica apoyándose con la información de las cartas censales a nivel de circuitos, analizando criterios como acceso geográfico, vías, medios de transporte y número de población.

Estos equipos estarán constituidos por: médico/a general o especialista en medicina familiar y comunitaria; enfermero/a y técnico/a de atención primaria de salud de acuerdo a los siguientes estándares:

- Ⓢ **A nivel urbano:** 1 médico/a y 1 enfermera/o y 1 **TAPS** (Técnicos de Atención Primaria de Salud) por cada 4000 habitantes.
- Ⓢ **A nivel rural:** 1 médico/a y 1 enfermera/o y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes.

Los **EIAS** son parte del equipo de los establecimientos de salud y coordinan con otros actores comunitarios de salud, agentes de las medicinas ancestrales y alternativas.

Fases y herramientas para la Implementación del MAIS a nivel distrital en los establecimientos del Primer Nivel de Atención

Un momento clave de la implementación del **MAIS** en el primer nivel de atención es el diagnóstico con el análisis de la situación social, de salud del territorio y su población.

Este proceso debe realizarse con la participación de los actores locales para lograr mayor integralidad, objetividad y compromisos para la resolución de los problemas y necesidades.

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- ② Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud –Comité local de salud.
- ② Diagnóstico Situacional.
- ② Diagnóstico Dinámico.

Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- ② Mapa Parlante.
- ② Sala Situacional.

Organización de los establecimientos de salud para la provisión de atención según paquete de prestaciones en el escenario individual. La entrega de los servicios a la persona en el contexto de su familia se efectuará considerando las necesidades y paquete de prestaciones según el ciclo de vida.

Diagnóstico integral de la salud de individuos y familias, identificación oportuna de riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales e implementación de planes de atención

Estas acciones se desarrollarán a través de visitas domiciliarias programadas mensualmente dentro del cronograma de actividades de la unidad operativa y de los **EAIS**.

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores, establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.²

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

La epidemiología se considera una ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para salud pública, permitiendo conocer las causas de las enfermedades para de esta manera poder promocionar la salud en comunidad.

En toda circunstancia o situación la posibilidad aumenta en cada persona a contraer una enfermedad por diversos factores de riesgo entre ellos tenemos: factores de servicios de salud, biológicos, psicológicos, sexuales, químicos, físicos, políticos, económicos, del medio ambiente y laboral, por lo tanto si hay una alteración en cualquiera de estos factores trastornaría la salud de la población.

En el Ecuador en el año 2010 y según los indicadores de salud una de las enfermedades más comunes y que ocupan uno de las primeras causas de morbilidad son las Enfermedades Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo lugar constan las Enfermedades Diarreicas

²MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO EINTERCULTURAL MSP/MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 60-63

Agudas con 516,567 casos; así mismo se encuentran las Enfermedades Crónicas Transmisibles como la Tuberculosis Pulmonar BK- con 480 casos, referente a las enfermedades prevenibles por vacunación tenemos la Hepatitis B con 236 casos, Tosferina con 125 casos y Tétanos 13 casos; siendo estas las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del **MSP**.

Según el **INEC** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

Así mismo la Hipertensión es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del **INEC** 2010. Según datos actuales del **INEC**, las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

De igual forma en nuestra provincia de Loja las principales causas de morbilidad son las Enfermedades Respiratorias Agudas con 55,424 casos notificados, seguidamente están las Enfermedades Diarreicas Agudas con 19,492 casos notificados especialmente en los grupos más vulnerables que son los niños menores de 5 años.

Las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, se evidencian en aspectos biológicos; se explican, fundamentalmente por el tipo y forma de la actividad productiva, en los porcentajes alarmantes de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, la pobreza de consumo, el acceso a los servicios de salud, las distintas culturas, la forma y consumo de alimentos, el

clima y, otras más que constituyen un complejo variante (condicionantes-determinantes) que exige superar el enfoque biológico.³

4.3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

“En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias”.⁴

En cuanto a la densidad demográfica es de 55,6 habitantes por Km², “las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269,5 habitantes por Km² y Guayas con 227,5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km² cada una”.⁵

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

- Ⓜ Mestizos 65%.
- Ⓜ Indígenas 25%.
- Ⓜ Blancos 7%.
- Ⓜ Afro ecuatoriana 3%.
- Ⓜ Etnia Shuar 9,37%.

La distribución de la población de acuerdo a grupos etarios y al sexo, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), se distribuye de la siguiente manera:

- Ⓜ 0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).
- Ⓜ 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).
- Ⓜ 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁶

³Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatomíneos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.

⁴Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012

⁵Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>;
Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

⁶Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en:
http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html; Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

Distribución poblacional de la Provincia de Loja

De acuerdo al Censo realizado en el año 2010 la provincia de Loja cuenta con una población de 448.966 habitantes, se caracteriza por existir un predominio de la población mestiza con 90,2% seguida de la indígena con un 3,7% y la raza blanca con el 3%, la población afro ecuatoriana, montubios y otros tienen un porcentaje muy bajo.

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de 15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁷

4.4 NIVEL DE ESCOLARIDAD

La educación es uno de los deberes primordiales del Estado y un derecho de las personas, además forma parte de un objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir.

El Ecuador, desde siempre ha cargado con un nivel de educación deficiente. Esto resulta preocupante para una sociedad que se encuentra en vías de desarrollo, ya que la educación es uno de los pilares fundamentales para forjar una nación exitosa y libre.

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de

⁷ Resultados provinciales, Loja; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/loja.pdf> Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h00

una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.⁸

4.4.1 ANALFABETISMO

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), "Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978).

El analfabetismo en Ecuador afecta al 6,8% de la población según el (**INEC** censo 2010). El analfabetismo trae consigo desigualdades en las condiciones sociales y en las oportunidades de alcanzar un mayor bienestar de los habitantes. Las consecuencias del analfabetismo se ven en tres aspectos: económico, social y político.

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.⁹

El Gobierno Ecuatoriano ha creado campañas de alfabetización, las más recientes, a partir del año 2007, arrojan resultados positivos, pero "mientras

⁸Situación De La Educación En El Ecuador - Eumed.net; Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>; Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30

⁹ Alfabetización en el ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00

más pequeña es la tasa de analfabetismo es más difícil seguirla reduciendo” (UNESCO, 2009).

4.4.2 DESERCIÓN ESCOLAR

La deserción escolar se considera al abandono de los estudios por parte del alumno/a, se ve influenciada principalmente por factores familiares, personales y pedagógicos.

La familia implica un factor fundamental en la formación educativa del niño, ya que es el medio donde se relaciona y desenvuelve. A esta se juntan la migración y la economía de la familia, ya que la desintegración familiar o la falta de recursos económicos perjudica notablemente la estabilidad del niño/a.

A su vez, la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno, a más de la afectividad en la vida de un niño, cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar.¹⁰

En la provincia de Loja la deserción escolar constituye un problema, pues la condición económica de algunas familias no permite que sus hijos continúen sus estudios, limitando sus posibilidades de desarrollo. La deserción en los niños matriculados en primer año de Educación Básica alcanza el 5,8%, sin embargo en los cantones de Olmedo y Chaguarpamba este índice alcanza el 12,2 y 11,1%, lo que evidencia la pobreza existente en estas zonas.¹¹

¹⁰La **deserción**; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado:09/12/2013

¹¹Educación en la Provincia de Loja; Disponible en: <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109> Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00

4.5 OCUPACIÓN

El trabajador es el principal factor de la producción, al ser el elemento dinámico de las empresas, con su desgaste físico, intelectual y espiritual, accionan los objetos e instrumentos del trabajo, de esta manera generan bienes y servicios, ingresos y por supuesto impulsa el consumo para satisfacer sus necesidades.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33%, después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹²

“Según el Censo del 2001, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (**PEA**) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones”.¹³

4.6 FACTORES DE RIESGO

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.

El Ministerio de Salud Pública ha considerado clasificar los factores de riesgo en grupos y componentes los cuales son los siguientes:

4.6.1 RIESGOS BIOLÓGICOS

Personas con vacunación incompleta: A nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, costo a los proveedores, inicio tardío

¹²Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf. Consultado: 09-12-2013

¹³Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja. Consultado: 09-12-2013

de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas.

Se ha documentado en la literatura que los niños que viven en condiciones de pobreza tienen una cobertura de 4% a 9% inferior a la reportada en niños que no cuentan con este agravante.

Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición): El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/u otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.

En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (**MIES**), 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23.2%.

Embarazadas con problemas: Según los datos estadísticos, en los 6 primeros meses del 2010, se atendieron 748 madres embarazadas; de las que resultó sólo un nacimiento con un niño enfermo.

Todas estas mujeres embarazadas estuvieron dentro del Programa de 7 Controles Prenatales. Mientras que en el mes de Junio, estuvieron dentro del programa, 155 mujeres, las que al término del embarazo, dieron a luz a niños completamente sanos, lo que habla del éxito de que un buen control prenatal va en directo beneficio del binomio madre - hijo.

Personas con discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, para lo cual el personal médico

llego hasta los lugares más recónditos. Así mismo se evidencio que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.¹⁴

Personas con problemas mentales: Las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁵

4.6.2 RIESGOS SANITARIOS

Consumo de agua insegura: Según datos derivados del Censo 2010, más del 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no lo tiene a saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.¹⁶

Mala eliminación de desechos líquidos: Un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene, según informes de la Organización de las Naciones Unidas, además cada año se vierten en todo el planeta más de 200 millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medio ambiente y diseminan enfermedades.

¹⁴Disponible en: <http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html10/12/13>, 10:15

¹⁵Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html10/12/13>.

¹⁶Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador10/12/13>, 8:11

Impacto ecológico por industrias: Aunque gran parte del mundo depende de la producción o el comercio de petróleo para alimentar sus economías, estas actividades pueden causar daños graves al medio ambiente, ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la población humana y la vida animal y pescado de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción, y los derrames de causar estragos en la fauna y el hábitat circundante.

Animales intradomiciliarios: Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas; sin embargo, existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informe a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

4.6.3 RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS

Pobreza: La pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%.

En junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁷

Desempleo o empleo informal del jefe de familia: Es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias de ambos padres.

¹⁷ Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-anoanterior.htm>
10/12/13. 9:25

También hay impacto en lo individual la persona desempleada olvida en la mayoría de los casos la dirección de su propio destino, se invade de frustración y degradación.

Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC**). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en marzo de 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de marzo del 2012.

La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.¹⁸

Analfabetismo del padre o de la madre: El analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8% según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (**INEC**) para llegar al 4% el proyecto.¹⁹

Desestructuración familiar: Las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además, las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extra familiar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.

¹⁸ Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleourbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es10/12/13, 8:45

¹⁹ Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html10/12/13>, 9:45

Violencia/Alcoholismo/Drogadicción: Actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población injiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

Malas condiciones de la vivienda: El problema de la vivienda constituye en Ecuador uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares, de ellos 25.000 son hogares bajo la línea de la pobreza, es decir con un ingreso familiar por debajo del costo la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales.

Hacinamiento: El término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²⁰

En el Ecuador el 40% de las viviendas, las personas viven hacinadas, es decir, no tendrían habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.²¹

²⁰ Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx10/12/2013> 8:20

²¹ Disponible en https://www.google.com.ec/?qws_rd=cr&ei=vivnUpOAI8efkQepzoCIAQ#q=hacinamiento+en+el+ecuador10/12/2013

4.7 ENFERMEDADES CRÓNICAS

La **OMS** define a las Enfermedades Crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de lenta progresión: por término medio toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (**ECNT**) son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes, idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos negativos como fumar, tomar alcohol entre otros, sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos: ²²

- Ⓢ Accidentes Cerebrovasculares
- Ⓢ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Ⓢ Obesidad
- Ⓢ Diabetes
- Ⓢ Trastornos Neuro psiquiátricos
- Ⓢ Afecciones Digestivas
- Ⓢ Discapacidad Visual y Auditivas
- Ⓢ Enfermedades Osteo articulares
- Ⓢ Afecciones Bucodental
- Ⓢ Enfermedad Renal

²²Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. Consultado: 09/12/13)

Impacto de las Enfermedades Crónicas

En 2008 las Enfermedades Crónicas (Diabetes Mellitus, Enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedades Hipertensivas, Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca y Cirrosis) fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador.

“En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, las Enfermedades Cerebro-Vasculares y la Influenza y Neumonía, responsables de 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.²³

A nivel mundial existen más de 347 millones de personas viviendo con Diabetes. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) correspondientes al año 2011, esta enfermedad es la primera causa de muerte en el Ecuador.

Las 35 millones de muertes que provocan anualmente las Enfermedades Crónicas equivalen al 60% del número total de defunciones en el mundo, porcentaje que podría escalar a más de un 75% para el 2030.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2008, más de la mitad de la población de nuestro país presenta factores de riesgo Cardiovascular alto o muy alto como Hipertensión, sobrepeso u obesidad, considerando que 1 de cada 3 muertes obedecen, precisamente, a cardiopatías.

Las Enfermedades Crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres y, si bien se las suele asociar principalmente a personas mayores, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia

²³Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

corresponden a personas menores de 60 años. Asimismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento inusitado en los últimos años.

4.8 ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Una Enfermedad Degenerativa es una afección generalmente crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) afirman que en el 2030, a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles (**ENT**). Las Enfermedades Cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.²⁴

“Los tipos de enfermedades degenerativas son:

- ⊕ **Espondilo Artrosis:** Degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.
- ⊕ **Alzheimer:** Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.
- ⊕ **Cáncer:** Producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).
- ⊕ **Tumores Benignos y Malignos:** Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno.

²⁴ Ecuador y las enfermedades no Transmisibles. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> consultado el 09/12/13

Generalmente pueden retirarse o extirparse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen”.²⁵

4.9 ENFERMEDADES DE IMPACTO

También llamadas transmisibles, según la **OMS** es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico, y se manifiestan por la transmisión de ese agente, de una persona, o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente. En el 2001 las enfermedades infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con medicamentos, vacunas y acceso a agua y alimentos no contaminados.

Las muertes por el **SIDA** y la Tuberculosis, la Malaria, las Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.²⁶

Entre ellas tenemos:

4.9.1 Enfermedades de Transmisión Sexual: Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América, contraen **ITS** (Infecciones de Trasmisión Sexual) cada día. Más de 340 millones de **ITS** curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.²⁷

Entre las ITS más comunes encontramos:

🕒 **VIH – SIDA** (Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (**SIDA**) y ataca a los linfocitos T-4, disminuyendo la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas

²⁵ Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php, a las 10:45

²⁶ Enfermedades infecciosas disponibles en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/Potenciaci3nDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> consultado 5/12/13.

²⁷ Control de enfermedades trasmisibles. Disponible en: http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de_saludesenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos

originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

- Ⓢ **HEPATITIS B:** Es una enfermedad infecciosa del hígado causada por un virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación. Puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis.
- Ⓢ **Gonorrea:** Es causada por la bacteria *NeisseriaGonorrhoeae* y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.
- Ⓢ **Candidiasis.** Es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvo vaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado *CandidaAlbicans*. La *Candida* siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.
- Ⓢ **Sífilis:** Es una **ETS** causada por una bacteria, Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.
- Ⓢ **Chancro Blanco:** Un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección. Se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.
- Ⓢ **Herpes.** El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (**VHS**). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.

4.9.2 Otras Enfermedades Transmisibles: Algunas enfermedades se propagan por el aire a través de las gotitas que se esparcen cuando la persona infectada estornuda o tose, la mayoría de las Enfermedades Respiratorias se propagan de esta manera. Otras enfermedades pueden propagarse a través de la ingesta de alimentos o agua contaminada, muchas veces estas se convierten en pandemias si la contaminación se produce en gran escala.

Entre ellas destacan:

- ⊗ **Tuberculosis:** Es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones. Se transmite de una persona a otra a través de diminutas gotas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa.
- ⊗ **Enfermedad Diarreica Aguda:** Es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y auto limitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.
- ⊗ **Infección Respiratoria Aguda:** Es una enfermedad causada por una infección aguda de la tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe, la mayor parte de las infecciones respiratorias altas son causadas por virus, especialmente el rinovirus.

4.10 DISCAPACIDAD

Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos.

En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, unos 21.000 son críticos y se desenvuelven en un entorno de extrema pobreza. La mayoría de los casos se concentran en las provincias de Guayas con 74.833 casos; y Pichincha, con 45.098.

Las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76 por ciento), seguidas por las intelectuales (24,6 por ciento) y las múltiples (12,92 por ciento). En Ecuador la prevalencia es de 2,43 %, lo que significa que de cada 100 ecuatorianos, al menos dos tienen alguna discapacidad física o mental.

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos

postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁸

Además, según los índices, las personas de más de 60 años son las que más tienden a sufrir alguna discapacidad, también los hombres, aunque la diferencia respecto a las mujeres cada vez es menor.

Personas con Discapacidad Carnetizadas.

Según datos del **MIES**, en la Provincia de Loja hay 5.207 personas. En la zona 7: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, son 12.613 personas.

4.10.1 Tipos de discapacidad

- Ⓢ **Discapacidad Física:** Limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectada son los brazos y piernas.
- Ⓢ **Discapacidad Cognitiva:** Presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y en el aprendizaje.
- Ⓢ **Discapacidad Sensorial:** Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.
- Ⓢ **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.²⁹

²⁸LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador>, Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25am.

²⁹CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/>, Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

4.10.2 TRASTORNOS MENTALES

Son afecciones o síndromes psíquicos y comportamientos mentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental.

Entre estos problemas tenemos:

Ansiedad. El miedo y la ansiedad es parte de la vida. Puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil puede permitirle estar más alerta o ser más cuidadoso.

Pánico. Son sensaciones repentinas de terror sin un motivo aparente, pueden presentarse síntomas físicos como: taquicardia, dolor en el pecho, dificultad para respirar y mareos.

Es más común entre las mujeres que entre los hombres. Algunas veces comienza cuando una persona se encuentra sometida a mucho estrés.³⁰

Estrés Postraumático: Es un trastorno psiquiátrico que aparece en personas que han vivido un episodio dramático en su vida (guerra, secuestro, muerte violenta de un familiar). En las personas que lo sufren son frecuentes las pesadillas que rememoran la experiencia trágica vivida en el pasado.

Fobias: Es un temor fuerte e irracional de algo que representa poco o ningún peligro real. Existen muchas fobias específicas. La acrofobia es el temor a las alturas, la agorafobia es el temor a los lugares públicos y la claustrofobia es el temor a los espacios cerrados.³¹

Trastorno Bipolar: Es una enfermedad mental severa, en la que experimentan cambios de ánimo poco comunes; pueden pasar de ser muy activos y felices a sentirse muy tristes y desesperanzados. A las sensaciones de euforia y actividad se les llama manías. A las de tristeza y desesperanza se les llama.

³⁰MEDICINE PLUS, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/phobias.html>, Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

Depresión: Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.³²

4.11 ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.³³

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008, en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.³⁴

4.12 TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro”.³⁵



Este programa inició en diciembre del 2011, bajo la supervisión de la Vicepresidencia de la República. El objetivo del proyecto es prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados; a través de la detección oportuna y tratamiento temprano, para la consecución del buen vivir de la población.

³²Depresión, Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html, Citado: 06/12/2013, Hora: 11h30 am

³³PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

³⁴ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>. Consultado: 09-12-2013

³⁵Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec>. Consultado: 09-12-2013.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 “Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”³⁶ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

Las cuatro enfermedades detectadas mediante esta prueba son: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Galactosemia.

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** Es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible. Con la prueba se pretende prevenir el retraso mental.
- Ⓢ **Fenilcetonuria:** Es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia, se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva, ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.
- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** Se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona. Esto produce más andrógenos, lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos³⁷. La prueba previene la muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo.
- Ⓢ **Galactosemia:** Se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del

³⁶ Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, Consultado 27-11-2013

³⁷ Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabiecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/>, Consultado 27-11-2013.

organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.

4.13 ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de la población, que refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales. Se ha demostrado que un estado nutricional deteriorado afecta todos los mecanismos de defensa, lo que obliga a plantear el axioma de que toda persona desnutrida es un individuo inmunocomprometido, y viceversa, y que se presenta principalmente en la infancia.

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.³⁸

La lactancia materna corta o inferior a los 6 meses, determina una desnutrición precoz, de carácter grave y de mayores consecuencias futuras. Ante la disminución de la ingesta de alimentos se ponen en funcionamiento mecanismos compensadores que tienden a restaurar el balance, desencadenando cambios metabólicos, alteración en algunas funciones biológicas y finalmente modificación del tamaño y composición corporal, que en forma muy tardía se manifiesta por una disminución en el peso o en la talla.

La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que

³⁸ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricionalninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1Y1YuZ>

tiene déficit del consumo de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

Es así que el menor tamaño corporal y la disminución de las necesidades nutricionales de niños sometidos a la pobreza urbana no puede considerarse una adaptación saludable, sino la consecuencia epidemiológica de fenómenos sociales complejos como pobreza, marginalidad, mala alimentación temprana, infecciones frecuentes o una combinación de todas ellas.

Una alimentación saludable requiere, en muchos casos, de una educación nutricional que debe promoverse desde la infancia y en el núcleo familiar ya que los hábitos adquiridos en esa etapa son fundamentales para una correcta alimentación en la adolescencia y prevención de las enfermedades vinculadas a los trastornos alimenticios.

Los efectos positivos o negativos de la alimentación tendrán repercusión, tarde o temprano, en la salud. Un estado de mal nutrición en los niños ya sea por déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad) aumenta los riesgos de enfermedades asociadas a estas condiciones. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria.

4.14 LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.



La **OMS** destaca que el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) y la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el recién nacido ya que es una de las maneras más eficaces para garantizar la salud y la supervivencia infantil, por lo cual se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³⁹

La **OMS** recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad, y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses. Entre los 12 y los 24 meses, deben administrar tres comidas y pueden ofrecérselo otros dos refrigerios nutritivos, si lo desean.

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.⁴⁰

4.15 CONTROL DEL NIÑO SANO

La Norma Oficial de la **OMS** establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.

En cada visita médica se hace una evaluación integral del paciente: Peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico. Estas medidas son importantes para determinar si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades

³⁹La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivenciainfante>

⁴⁰Hasta que edad es importante alimentar al bebé solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html> 2013

implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. También se detecta si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo.

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.⁴¹

4.16 ESCOLARES Y ADOLESCENTES

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES.

La nutrición es fundamental para el ser humano desde el momento mismo cuando es concebido. Desde el punto de vista de la Salud Pública, en todos los estadios del ciclo de vida se puede observar que déficits o excesos de nutrientes influyen negativamente en el desarrollo de una persona que provocan consecuencias en su salud a corto y largo plazo.

Crecimiento del Niño y el Adolescente

El crecimiento en la infancia y adolescencia es el resultado del aumento en el tamaño y número de las células, a causa de cambios en el incremento, en las cantidades de grasa, proteínas, agua y minerales en los distintos tejidos.

En comparación con los adultos, los niños y adolescentes necesitan de una cantidad extra de energía y de otros nutrientes para cubrir las demandas de crecimiento, por lo tanto, las consecuencias de las carencias nutricionales en este periodo de la vida son mayores. El crecimiento se caracteriza por ser lento y uniforme durante los años preescolar y escolar”.

Los hábitos alimentarios durante la infancia pueden afectar las preferencias y prácticas de la alimentación en etapas posteriores como la adolescencia. La

⁴¹ Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=214> 2013

interrelación entre el factor nutricional y el potencial genético explican la gran variabilidad de peso, estatura y edad de inicio puberal, en poblaciones de diferentes grupos étnicos o de diferente nivel socioeconómico. La adecuación del peso y de la estatura habla acerca de la calidad del ambiente en que ha vivido una población.

Valoración del Estado Nutricional

🕒 **Índice de Masa Corporal:** Es el mejor indicador del estado nutritivo en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad. Existen por tanto distintas curvas de IMC para población de 0 a 18 años.

DATOS ESTADÍSTICOS

En el Ecuador es evidente la emergencia del sobrepeso y la obesidad: el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida, 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar, 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.⁴²

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja “El 26,6 % de niños y niñas presentan desnutrición global, cifra mucho más acentuada en el sector rural”.⁴³ El mismo considera que, los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

⁴²MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niñas adolescentes. http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCON%20SECUNDARIA.pdf

⁴³ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentateecuador.gob.ec>

VACUNACIÓN Dt (Difteria y Tétanos)

El tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por *Clostridium tetani*. En condiciones anaerobias favorables, como en heridas sucias y necróticas, este bacilo ubicuo puede producir tétano- espasmina, una neurotoxina extremadamente potente que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central y provoca la rigidez muscular y espasmos característicos del tétanos generalizado. La enfermedad puede afectar a cualquier grupo de edad.

La protección contra el tétanos es dependiente de anticuerpos y sólo puede lograrse mediante la inmunización activa (vacuna antitetánica) o pasiva (inmunoglobulina antitetánica específica). Las vacunas contra el tétanos se basan en el toxoide tetánico.

AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos espaciales con unas condiciones de iluminación buenas. Para una distancia al objeto constante, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña, tiene más agudeza visual que uno que no la ve.

Para valorar la agudeza visual de un paciente, se le realiza un o varios “tests” en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, tal como:

- **Test de Snellen:** Son los más populares. Están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada. Cuanto más abajo logre ver nítido el paciente, mayor agudeza visual tendrá. ⁴⁴

Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad Visual – Ecuador.

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la

⁴⁴Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 10/12/2013

discapacidad visual y finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

El estudio es el desarrollo de aptitudes y habilidades mediante la incorporación de conocimientos nuevos.

Educación Básica

En Ecuador el Ministerio de Educación determinó como misión dirigir y fortalecer la Educación Básica de 10 años, con la universalización del primero, octavo, noveno y décimos años de educación básica con equidad, calidad, calidez y cobertura, sobre la base de una propuesta pedagógica que responda a las necesidades de la sociedad del conocimiento e información en base a estándares nacionales e internacionales de calidad, potenciando el desarrollo de competencias generales, básicas y específicas en los estudiantes que les permitan un desenvolvimiento exitoso en su entorno.

Los conocimientos que deben ser logrados por los niños y niñas entre 5 y 14 años en la educación básica tendrán que estar asociados con la modernización productiva, la tecnología de la información y el desempeño de una nueva ciudadanía. Todo ello bajo el desarrollo de capacidades que los lleven a resolver problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.⁴⁵

Datos estadísticos

Existen altas coberturas de la educación básica. Mientras el 95% de los niños y niñas de 5 a 14 años está en el sistema escolar, 92% asisten a la educación básica en el curso que corresponde para su edad. Sin diferencias de género en el acceso a la educación básica. Uno de los logros de la equidad es lo que este indicador señala. Tanto el 95% de las niñas como de los niños ecuatorianos asisten al sistema escolar.

⁴⁵UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf.
Creado el 10/12/2013

Educación media

La creciente cobertura de la educación primaria (6 años) y posteriormente de la educación básica (10 años) debía traer como consecuencia lógica, el incremento de la demanda sobre la educación media, que permitiría a los niños/as terminar la educación secundaria. Sin embargo dicha expansión marcó aún más las diferencias y la inequidad entre los y las adolescentes.

Los adolescentes pobres acceden y sobre todo permanecen menos tiempo en la educación media que los jóvenes de sectores no pobres. A esto se añade que los pobres aprenden menos que los no pobres debido a factores escolares y extra escolares que se combinan y potencializan. Por ejemplo, los más pobres acceden a escuelas más precarias, en cuanto a infraestructura, acceso a bibliotecas, Internet así como a docentes altamente calificados.

Por otro lado, siempre pesa sobre ellos el riesgo del abandono escolar por necesidades de sobrevivencia familiar, lo que se refleja en las estadísticas de sobre edad para el año que cursan. El trabajo infantil que a partir de los 15 años es despenalizado en el Ecuador, se perfila como uno de los riesgos para truncar los procesos educativos de este grupo.

Si bien algunos expertos señalan que la educación media está en crisis debido a que el modelo institucional y pedagógico no responde a las características del mundo globalizado de hoy ni al perfil de los y las adolescentes que llegan a sus aulas, nadie puede cuestionar el valor de la educación media.

Esto se debe a que constituye el espacio de aprendizaje de conocimientos socialmente significativos, que habilitan el acceso a los niveles superiores—técnicos o universitarios- de educación.

Datos estadísticos: No hay diferencias significativas entre adolescentes hombres y mujeres en el acceso a la educación media. Seis de cada diez mujeres e igual número de hombres asisten al bachillerato. Las proporciones

entre los que están en el sistema escolar sin importar el nivel básico y secundario tampoco arroja diferencias de género.⁴⁶

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLECENTES

Se considera un nivel de conocimientos demostrados en un área o materia comparado con la norma (edad y nivel académico). Así tal rendimiento no es sinónimo de capacidad intelectual de aptitudes o competencias.

Factores que influyen en el rendimiento académico.

“Existen factores asociados al fracaso escolar; sin embargo son esos mismos factores lo que propician también el éxito escolar, en los cuales tenemos:

- ④ **Factores sociales y culturales:** La clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre y del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionan con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.
- ④ **Factores escolares:** el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).
- ④ **Factores familiares:** El rendimiento escolar también depende del contexto en el que se desarrolle la familia y el estudiante, porque es importante la percepción que tengan acerca de la valoración positiva o negativa de su familia hacia ellos, su percepción del apoyo que ella les presta, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- ④ **Factores personales:** Se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recorriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales”.⁴⁷

⁴⁶UNICEF. La Educación. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf. Ciado en 10/12/2013

- ⊗ **Pereza:** Las transformaciones físicas (como aumento de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, etc.) junto con la inestabilidad de emociones y sentimientos. Explican por qué con frecuencia el adolescente se siente fatigado y le es más difícil concentrarse.
- ⊗ **Conflictos propios de la adolescencia:** El adolescente entra en conflicto con los valores de su infancia, cuestiona normas y orientaciones que recibió durante sus años anteriores.
- ⊗ **Mala alimentación:** Los adolescentes en esta etapa de su vida requieren una mayor cantidad de nutrientes ya que las consecuencias de una mala nutrición ocasiona bajo rendimiento escolar, falta de atención, concentración, entre otros problemas que impiden gravemente que desarrollen adecuadamente las habilidades previstas por el sistema educativo.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES

Según los profesionales de la salud, los trastornos de conducta son aquellos problemas que tienen los niños/as cuando tienen dificultades para cumplir las normas que la mayoría de los niños aceptan.

Muchos comportamientos “normales” llegan a ser problemáticos, entre otros motivos, porque:

- ⊗ Se siguen produciendo a pesar de la edad.
- ⊗ No cumplen con las expectativas familiares.
- ⊗ No se enseñan los hábitos adecuados.
- ⊗ La familia (o algún miembro) las sigue manteniendo.

El problema es que, si no se modifican adecuadamente, pueden llegar a afectar a la convivencia familiar, escolar y social.

⁴⁷ Torres L. Rodríguez N. Rendimiento académico y contexto familiar. Disponible en: <http://www.orienta.org.mx/docencia/Docs/Sesion-7-8/Torres.pdf>

El trastorno de conducta ha sido asociado con:

- Ⓞ Maltrato infantil.
- Ⓞ Drogadicción o alcoholismo de parte de los progenitores.
- Ⓞ Conflictos familiares.
- Ⓞ Anomalías genéticas.
- Ⓞ Pobreza.

El trastorno de conducta a menudo está asociado con el trastorno de déficit de atención, también puede ser un signo inicial de depresión o trastorno bipolar.

Los niños con trastorno de conducta pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad como adultos, en particular el trastorno de personalidad antisocial. A medida que sus comportamientos empeoran, estos individuos también pueden desarrollar problemas a nivel legal o de drogas.

La depresión y el trastorno bipolar se pueden desarrollar en los años de la adolescencia y a comienzos de la adultez. El suicidio y la violencia hacia los demás también son posibles complicaciones de este trastorno.

Cuanto más temprano se inicie el tratamiento para el trastorno de conducta, mayores probabilidades tendrá el niño de aprender comportamientos de adaptación y evitar complicaciones potenciales.

Una vez que el comportamiento se produce de forma estable, no necesita que el refuerzo sea continuo, pero no debe olvidarse premiar de vez en cuando.

PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL ADOLESCENTE

“Los problemas de conducta en adolescentes hacen referencia a conductas rebeldes, conflictivas y mal vistas por la sociedad que, al igual que en los niños, son observables, medibles y modificables”.⁴⁸

⁴⁸ Taller para adolescentes “Aprendiendo a comunicarnos, resolver conflictos y tomar decisiones disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado6_2.pdf.

Entre problemas de conducta tenemos:

- ⊙ **Conducta Agresiva:** Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias y opiniones, sin considerar la autoestima, sensibilidad o respeto hacia los demás.
- ⊙ **Conducta Pasiva:** Los demás se aprovechan de él fácilmente (además, fomenta esta actitud). Suele tener sentimientos de inseguridad y de inferioridad, que se esfuerzan siempre que entra en contacto con una persona agresiva.
 - ✓ Está enfadado consigo mismo porque sabe que los demás se aprovechan de él.
 - ✓ Es un experto en ocultar sus sentimientos.
 - ✓ Es tímido y reservado cuando esta con otras personas.
 - ✓ No sabe aceptar cumplidos.
 - ✓ Se agota y no tiene mucha energía.
 - ✓ Su actitud acaba irritando a los demás.
 - ✓ Se reconoce por su típico lenguaje corporal y verbal.
- ⊙ **Conducta Asertiva:** Es la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y profundamente respetuosa. Su meta es: Lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo amerita.
- ⊙ **Conducta antisocial:** se refiere, de forma general, a cualquier conducta que refleje el incumplimiento de reglas normas sociales y la materialización de una acción contra los demás.
- ⊙ **Conducta Pro-social:** La conducta pro-social comienza a aparecer durante la etapa pre-escolar y puede observarse en el niño desde los dos años de edad. Sin embargo la capacidad para compartir y cooperar es limitada; la conducta pro-social sigue desarrollándose ya entrada la adolescencia y de manera posterior.⁴⁹

⁴⁹ Problemas típicos de adolescentes, consejos para padres, e intercambio de casos e ideas disponible en: <http://adolescentes.euroresidentes.com/2012/07/adolescentes-agresivos.html>.

4.17 ATENCIÓN MATERNA

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el marco del cumplimiento de los objetivos del milenio y los Derechos Sexuales y Reproductivos y a causa de la acelerada Muerte Materna y Neonatal implementan desde hace tres años un proceso colaborativo de mejora en la calidad de la atención en obstetricia y neonatal esencial.

La misma que comprende:

- ⊕ **Embarazo y parto:** Consultas y estudios de diagnóstico específicamente vinculados con el embarazo, el parto y puerperio. Además psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente asociados con el embarazo y parto con cobertura del 100%.
- ⊕ **Infantil:** El Plan Materno Infantil prevé la realización obligatoria de estudios para detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del recién nacido. Además ofrece cobertura de consultas, seguimiento y control, inmunización y medicación requerida para los primeros 12 meses de vida, según el listado de medicamentos esenciales.
- ⊕ **Lactancia:** Con el objetivo de impulsar la lactancia materna no se brindará cobertura para la adquisición de leches maternizadas o de otro tipo, con excepción de casos en los que el médico lo indique, sujeto a evaluación de la auditoría médica.

CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo, que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.⁵⁰

⁵⁰Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html>.

Los objetivos de los controles médicos son:

- ② Reducir la morbi-mortalidad perinatal.
- ② Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento.
- ② Disminuir el número de abortos.
- ② Disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica.
- ② Promover la lactancia materna.
- ② Proporcionar educación sanitaria básica.

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁵¹ El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones. “Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo.

En el Ecuador, el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de salud pública nacional y provincial (**OPS**, 2008). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.⁵²

⁵¹CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

⁵²Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en la bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto”.⁵³

Existen varios tipos de vacunas de las cuales están contraindicadas durante el periodo de gestación aquellas que contienen virus activos en su composición, por los posibles daños que puedan causarle al embrión.

Éstas son:

- Ⓢ Triple viral (sarampión, rubéola y paperas).
- Ⓢ Vacuna contra la varicela.
- Ⓢ Vacuna antipoliomielítica.
- Ⓢ Vacuna contra las fiebres amarilla y tifoidea.
- Ⓢ Vacuna contra la viruela.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o tener más de 35 años. Esto puede afectar su salud o la salud del feto.

Otras complicaciones del embarazo:

- Ⓢ **Aborto espontáneo:** Es la pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas. Hasta un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo.

⁵³Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

- Ⓢ **Anemia:** Es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro.
- Ⓢ **Depresión:** La depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Afecta entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres embarazadas.
- Ⓢ **Diabetes gestacional:** Es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).
- Ⓢ **Embarazo ectópico:** Es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocisto se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente), en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.
- Ⓢ **Hiperémesis gravídica:** Casi todas las mujeres experimentan náuseas o vómitos durante el embarazo, particularmente durante el primer trimestre. Se cree que la causa de las náuseas y el vómito durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana (**GCH**), la cual es secretada por la placenta.
- Ⓢ **Placenta previa:** Es una forma anómala de colocación de la placenta, se habla de placenta previa cuando esta se posiciona cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno o cuello del útero. Esta

colocación impide un parto normal y es una de las principales causas de sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.

- Ⓢ **Pre eclampsia:** También llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre.

4.18 ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

VACUNACIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dt), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁵⁴El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos. Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁵⁵

REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Actualmente, en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales

⁵⁴Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

⁵⁵Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja, para impedir la fecundación, y evitar un embarazo no planificado.⁵⁶

Clasificación de los métodos anticonceptivos

En general, los métodos anticonceptivos se clasifican en Definitivos y Temporales; Como su nombre indica, los definitivos son, teóricamente, irreversibles. Los temporales, (que si son reversibles) a su vez, se dividen en cuatro categorías: naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales; cabe resaltar que la abstinencia es también un método para prevenir el embarazo y la transmisión de ETS.

a) Métodos Naturales

- Ⓢ Método del Calendario o del Ritmo
- Ⓢ Método del moco cervical

b) Métodos de Barrera

- Ⓢ **Dispositivo Intrauterino:**
- Ⓢ **Barrera o preservativos** (Masculino y Femenino).

c) Métodos Hormonales

Actualmente, los métodos anticonceptivos Hormonales son los más utilizados a nivel mundial, ya que ofrecen las tasas más altas de eficacia anticonceptiva.

Entre ellos se encuentran:⁵⁷

- Ⓢ La Píldora
- Ⓢ Inyectables
- Ⓢ Implante.

⁵⁶Disponible en: <http://apps.who.int/rh/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h45min.

⁵⁷Disponible en: <http://tvncanal.com/index.php> Fecha: 05/12/2013. Hora: 20h45min.

PAPANICOLAOU

En nuestro medio este examen se conoce con el nombre de prueba citológica, pero su nombre es prueba de Papanicolaou.

La toma de muestra para extendidos vaginales debe realizarse con precaución y sin manipulaciones intravaginales anteriores. Para ello la paciente no debe haber realizado el coito en las últimas 48 horas ni haber recibido irrigaciones vaginales.

La toma para el estudio orgánico o la pesquisa del cáncer cérvico-uterino se debe hacer directamente del exocérvix en la zona escamocolumnar mediante raspado superficial, con la espátula de Ayre o un depresor. Luego se tomará otra muestra del fondo del saco posterior.⁵⁸ “Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres.”⁵⁹

⁵⁸Disponible en: GINECOLOGIA DE RIGOL. CAP. 5 Pág. 41-42. Fecha: 05/12/2013. Hora: 17h15min.

⁵⁹RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

5. MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología que se utilizó fue la establecida en la Atención Primaria de Salud que incluye estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: Visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

El desarrollo del trabajo con miras a la elaboración del diagnóstico comunitario, tuvo como punto de partida el acercamiento con los líderes comunitarios del sector, para conjuntamente con la comunidad establecer el diagnóstico participativo tendiente a determinar las características de la comunidad, sus fortalezas, necesidades y oportunidades que como producto final permitieron establecer una línea de base, perfil epidemiológico y el diagnóstico comunitario de salud del Barrio San Francisco Sector I.

En esta investigación se consideró, que un diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información que nos permitió conocer mejor la realidad de la comunidad para dar en un futuro respuestas a los problemas de la misma.

A través de esta investigación se tomó como base el Nuevo Modelo de Atención de Salud del Ecuador, el cual ha sido adoptado en varios países entre los que tenemos Cuba, Israel y en Sudamérica, a esta guía se adhirió el Perú con un Modelo de Atención de Salud con características similares a las de nuestro país, esto es considerado como proceso creativo de construcción de Modelos Sanitarios que contribuyen a mejorar las prestaciones de salud en zonas rurales contribuyendo así a mejorar el estado de Salud y la calidad de vida de la población, priorizando a las más deprimidas y de mayor riesgo.

Como herramienta para obtener datos para elaborar la línea de base se aplicó en las comunidades la ficha familiar elaborada por el MSP y que es parte de la Historia Clínica del paciente SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008 (Hoja 1 – 2 – 3 – 4), de igual forma se anexará a esta ficha un formulario de entrevista que permitirá completar la información requerida para la línea de base.

En lo referente al levantamiento del mapa del sector, en la sectorización se estableció el criterio técnico de que la numeración de las viviendas se la realice en la forma que sea más fácil de trabajar en base a la realidad de las comunidades.

5.1 Tipo de estudio

El estudio que se aplicó en este trabajo fue el descriptivo, que tiene como principal objetivo el detallar sistemáticamente hechos y características relacionadas con la población y su entorno, información que sirvió para elaborar el diagnóstico del barrio San Francisco – Sector I, conjuntamente con la línea de base y perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto y degenerativas de la comunidad.

5.2 Universo

El universo estuvo conformado por todas las familias del barrio San Francisco Sector I.

La comunidad de San Francisco fue creada en el año 1972, se encuentra ubicada al Norte de la ciudad de Loja a 4km de distancia del Hospital Universitario de Motupe, limita al norte: San Juan, al sur: Sauces Norte, al este: El Castillo y al oeste: Salapa Bajo

Los habitantes de este barrio son gente de bajos recursos económicos, la mayor parte se dedica a la extracción de material pétreo, agricultura como siembra de hortalizas y verduras, también se dedican a la crianza de ganado ovino, ganado vacuno y porcino esto para cubrir sus necesidades en cuanto a la economía.









5.3 Análisis de la Información

La tabulación de las fichas familiares y las entrevistas se la realizó con matrices por cada ítem o parámetros de las fichas lo que permitió establecer y consolidar en forma ordenada la información en base a grupos programáticos.

Los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en tablas y gráficos. Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el barrio San Francisco Sector I.

5.4 Materiales

Recursos materiales

-  Computador
-  Infocus
-  Archivadores
-  Material bibliográfico
-  Fichas familiares
-  Plano geográfico
-  Material de escritorio: Engrapadora, perforadora, esferográficos, adhesivos, etc.
-  Material de consultorio: Balanza de pie, cinta métrica, tensiómetro, fonendoscopio, etc.

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1
FAMILIAS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I, SEGÚN NIVEL DE COLABORACIÓN

N° DE CASAS CON FAMILIAS QUE:	f	%
Familias que no colaboraron	2	4
Familias que colaboraron	44	81
Fallidas	2	4
Deshabitadas	6	11
TOTAL	54	100

FUENTE: fichas familiares del barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: grupos Etarios según MSP

ANÁLISIS:

La presente tabla nos muestra que en un 81% de las familias colaboro y/o participo en el desarrollo del diagnóstico de salud, mientras que el 8 % no se logró cubrir a razón de la negativa de los habitantes y finalmente en un 11% se encontró casas deshabitadas con la posibilidad de ser habitadas en cualquier momento ya la infraestructura se encuentran en buenas condiciones.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EDAD Y SEXO DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

POBLACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	4	2,2	6	3,3	10	5,4
1-4 años	5	2,7	5	2,7	10	5,4
5-9 años	7	3,8	15	8,2	22	12,0
10-19 años	23	12,5	22	12,0	45	24,5
20-64 años	46	25,0	40	21,7	86	46,7
65 años y más	4	2,2	7	3,8	11	6,0
TOTAL POBLACIÓN	89	48,4	95	51,6	184	100

FUENTE: fichas familiares del barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: grupos Etarios según MSP

ANÁLISIS:

El grupo etario que predomina se encuentra en las edades de 20 a 64 años con el **46,7%**. Sin embargo el grupo poblacional predominante en este sector son personas jóvenes con un **47,3%**, siendo mayor el grupo de sexo femenino con una diferencia porcentual del 3,2% en relación con el sexo masculino.

De acuerdo al Censo del 2010, en la ciudad de Loja se concentra el mayor grupo de población entre edades de 20 a 64 años con un porcentaje del 48,9%, mientras que de la población total está en un 49,2 % conformada por los hombres y 50,8% en mujeres.⁶⁰

⁶⁰ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pág. 2 disponible en pdf

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN FRANCISCO
SECTOR I, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	f	%
Básica	122	66,3
Bachillerato	41	22,3
Sin Escolaridad	16	8,7
Superior	5	2,7
TOTAL	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: la categoría "Sin Escolaridad" está constituida por niños menores de 3 años.

ANÁLISIS:

El **66,3%** de los habitantes tienen educación básica, seguido del **22,3%** correspondiente a los habitantes que cursan o culminaron el bachillerato, estos datos concuerdan con la tabla N°2 donde la población está constituida por población joven los cuales cursan el nivel básico y bachillerato, no se encontró casos de "analfabetismo", algunos de los habitantes culminaron los estudios básicos gracias al programa de Alfabetización por parte del Ministerio de Educación, logrando disminuir en su totalidad el analfabetismo en el sector de estudio.

Según datos estadísticos registrados en el "INEC de la ciudad de Loja se establece que en comparación al censo anterior (2001) el analfabetismo constituía un 7,9% mientras en el último censo realizado en el 2010 hubo una disminución del 5,8% en la tasa de analfabetismo a nivel local"⁶¹, lo que quiere decir que el nivel de escolaridad ha surgido en los últimos años debido a estrategias para la educación de la población, los mismos que se ven reflejados en la realidad del sector de estudio.

⁶¹ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pág. 2 disponible en pdf

TABLA N° 4
RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO	
	f	%	f	%
Habitantes con vacunación incompleta	2	1,1	182	98,9
Habitantes con mala nutrición	33	17,9	151	82,1
Habitantes con enfermedades de impacto	3	1,6	181	98,4
Embarazadas con problemas	2	1,1	182	98,9
Habitantes con discapacidad	3	1,6	181	98,4
TOTAL DE HABITANTES	184			

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina categoría "Personas con Problemas Mentales" por no existir casos

ANÁLISIS:

Como información relevante tenemos que el mayor porcentaje de los habitantes no están expuestos a problemas de tipo biológico. Sin embargo, se enuncia que el **1,1%** de los habitantes corresponde a "niños menores de 5 años" tienen esquema incompleto de vacunación, el **17,9%** está expuesto o tiene una mala nutrición produciendo problemas de salud como: desnutrición leve, sobrepeso y obesidad, entre los que se hallan niños y adolescentes.

Con el **1,6%** tenemos habitantes con enfermedad de impacto que corresponde a casos de Enfermedad de Transmisión Sexual (sífilis) y enfermedad respiratoria frecuente, los cuales se encuentran con su respectivo tratamiento; resaltando que en la ETS está compuesto por una pareja de esposos.

Del total de los habitantes con un **1,1%** se encontró dos embarazadas las mismas que presentan Infección de Vías Urinarias (IVU), en ambos casos las usuarias están recibiendo su correspondiente tratamiento.

Finalmente en la categoría de habitantes con discapacidad en un porcentaje del **1,6%** se halló discapacidad de tipo física y sensorial.

TABLA N° 5
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		FAMILIAS	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua Insegura	22	50	22	50	44	100
Mala eliminación de basura y excretas	19	43,2	25	56,8	44	100
Mala eliminación de desechos líquidos	18	40,9	26	59,1	44	100
Impacto ecológico por industrias	4	9,1	40	90,9	44	100
Animales intradomiciliarios	17	38,6	27	61,4	44	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.
 ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Aproximadamente la mitad de la población está expuesta a riesgos sanitarios por no contar con un sistema de agua potable, utilizando de esta manera agua por tuberías (entubada).

El líquido vital llevado por tuberías es utilizada para el consumo de las personas y animales, preparación de alimentos y otras necesidades, la razón que justifica la exposición de este riesgo es, que parte de la población del sector investigado se encuentra viviendo en una zona alta; donde aún no se dispone de agua potable. Se debe indicar que el **50%** de la población restante se encuentra cerca a la calle principal (vía antigua a Cuenca) donde si tiene un sistema de agua potable.

Estudios a nivel rural en la provincia de Loja indican que el 58,4% de los habitantes, beben el agua tal y como llega a sus hogares causando con ello un aumento de morbilidad⁶², así tenemos la parasitosis que es la más común en nuestro entorno.

⁶² MORI Raquel, Mala Eliminación de Desechos Líquidos, 2012, Disponible en [dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES MORI RAQUEL.pdf](https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES_MORI_RAQUEL.pdf) Fecha: 06/10/1013, Hora: 09h40 min.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades relacionadas con la falta de agua potable son las responsables de las tres causas principales de muertes en el mundo. Se calcula que más de 9 millones de personas mueren cada año por este motivo.

El **43,2%** de la población tienen una mala eliminación de basura y excretas ya que no cuentan con el servicio de recolección de basura, los desechos son recolectados para luego ir a un depósito general, otros optan por la clasificación de desechos: los orgánicos los entierran como abono; papeles y plásticos son quemados. El **40,9%** tiene mala eliminación de desechos líquidos ya que parte de la comunidad no cuentan con alcantarillado, siendo desechados a lotes baldíos cerca a la quebrada.

En la categoría de impacto ecológico el **9,1%** de la población está expuesta a contraer problemas de salud, ya que los moradores viven cerca de lugares utilizados para la extracción de material pétreo y en otro de los casos tenemos a una familia que habita en una lavadora de carros donde existe depósitos de compuestos para cambios de aceites; algunos de los habitantes expuestos presentan enfermedades respiratorias y molestias orofaríngeas.

Por último en este sector, a pesar de existir espacio verde para la cría de animales, se encuentran gran cantidad de animales intradomiciliarios en un **38,6%** como son: perros, gatos, aves de corral y cuyes, lo cual aumenta la proliferación bacteriana y la adquisición de enfermedades en las personas, comprometiendo la salud de los habitantes del sector.

TABLA N° 6
RIESGOS SOCIO- ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

RIESGOS SOCIO - ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		FAMILIAS	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	27	61,4	17	38,6	44	100
Desempleo o empleo Informal del jefe de familia	23	52,3	21	47,7	44	100
Desestructuración Familiar	4	9,1	40	90,9	44	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	2	4,5	42	95,5	44	100
Malas Condiciones de la vivienda	18	40,9	26	59,1	44	100
Hacinamiento	4	9,1	40	90,9	44	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: se elimina categoría "Analfabetismo del padre y la madre" por no existir caso.

ANÁLISIS:

En mayores porcentajes tenemos; la pobreza en un **61,4%** dato directamente relacionado con empleo informal de los jefes de familia con el **52,3%** y el **40,9%** de la población tiene malas condiciones de la vivienda; este último se refiere al estado de la infraestructura de las casas, así como también se observó el aseo al momento de la visita domiciliaria.

La realidad encontrada es similar a la población rural de la "provincia de Loja que está entre las más pobres del país junto con el Chimborazo y Cotopaxi la misma que de acuerdo al quintil económico el 57% de la población son los más pobres".⁶³

Uno de los riesgos socio económicos que causa gran daño a la familia y la sociedad es la violencia, alcoholismo y la drogadicción. En el sector de estudio se encontró dos casos de alcoholismo en un **4,5%**, este porcentaje a pesar de no ser significativamente alto, no deja de ser relevante ante los problemas y consecuencias que trae consigo, sin dejar de mencionar que es uno de los condicionantes para la desestructuración familiar.

⁶³ Cantón Loja, Niveles de pobreza, Disponible en

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%C3%B3n%20Loja.pdf ; fecha: 05/11/2013; hora: 11h27min

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

El **100%** de los niños menores de 2 años se les realizó el tamizaje neonatal, este programa inicio en diciembre del 2011 implementada por el Ministerio de Salud Pública.

El examen de Tamizaje Neonatal permite detectar cuatro enfermedades como son; Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Galactosemia que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro⁶⁴.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 “se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”⁶⁵ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos. Ventajosamente en los niños de este sector que accedieron a esta prueba no se encontró ninguna anomalía.

⁶⁴Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

⁶⁵ Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/>, Consultado 27-11-2013

TABLA N° 7
ESQUEMA DE VACUNAS EN LOS HABITANTES DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

GRUPO ETARIO/ GRUPO POBLACIONAL	EC		EI		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 5 años	18	10	2	1	20	11
Escolares y adolescentes	45	24	-	-	45	24
Mujeres en edad fértil (MEF)	60	33	-	-	60	33
Embarazadas	2	1	-	-	2	1
De 20 a 64 años	46	25	-	-	46	25
65 y mas	11	6	-	-	11	6
TOTAL DE HABITANTES	182	99	2	1	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El **99%** de los habitantes se encuentran inmunizados conforme corresponde a la edad y el tipo de biológico, mientras que el **1%** tiene un esquema incompleto.

En los menores de 5 años de los resultados obtenidos en la vacunación se resalta que la población de este sector en especial las madres de familia acuden en las fechas programadas por la institución de salud para el control e inmunización de los niños, lo que demuestra la plena conciencia y la importancia que le dan a la salud de los infantes, en los casos de esquema incompleto corresponde a la dosis de varicela los dos únicos casos encontrados pertenecen a la misma familia.

La inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Difterico Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁶⁶

⁶⁶Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE Fecha: 05/12/2013.
 Hora: 17h45min.

TABLA N° 8
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SAN FRANCISCO
SECTOR I

OCUPACIÓN	f	%
Estudiante	64	34,8
Haceres Domésticos	39	21,2
Sin Ocupación	20	10,9
Agricultor	19	10,3
Chofer	12	6,5
Albañil	10	5,4
Empleado Privado	8	4,3
Artesanos	4	2,2
Empleado publico	4	2,2
Comerciante	2	1,1
Desempleado	2	1,1
TOTAL	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: la categoría "Sin Ocupación" corresponde a los niños menores de 5 años.

ANÁLISIS:

La población económicamente activa de este sector, está constituida por el 32% entre las ocupaciones generadoras de ingreso tenemos en primer lugar a los agricultores con el **10,3%**, también existen otras ocupaciones como choferes, empleados privados, artesanos, empleados públicos y comerciantes, los mismos que aportan directamente al hogar. El INEC que menciona que "en la población de Loja la ocupación que más se dan es la agricultura con 33,3%."⁶⁷

El 68% está dado por la población económicamente pasiva, ya que el **34,8%** son estudiantes concordando con la población joven existente, seguido de los que hacen labores domésticas con el **21,2%**, en menor porcentaje tenemos el rango de "desempeados" con el **1,1%** que pertenecen a un discapacitado y una persona que por su patología está impedida de realizar algún trabajo; se debe considerar que estas tres personas no reciben ninguna remuneración económica.

⁶⁷ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pág. 4, disponible en pdf

TABLA N° 9
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
Hospital de Motupe	140	76,1
Hospital Isidro Ayora	21	11,4
Centro De Salud N° 3	5	2,7
IESS	3	1,6
Otros	15	8,2
TOTAL	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: la categoría "Otros" abarca: Clínicas, Policlínico ISSFA, ISSPOL y Médicos particulares

ANÁLISIS:

En relación al lugar de atención para la salud, los moradores de San Francisco del Sector I, concurren en un 91,8% a Instituciones de Salud de atención Pública ya que se benefician de la gratuidad de los diferentes servicios que prestan estas instituciones. El **8,2%** de la población manifiesta atenderse Instituciones de salud Privada como son clínicas y policlínicos.

Según La Ley Orgánica del Sistema Nacional la salud tiene como finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho en la salud, este derecho incluye una atención sanitaria oportuna, aceptable, accesible y de calidad satisfactoria, ventajosamente los habitantes del sector en estudio manifestaron estar satisfechos con la atención brindada por parte el personal de salud, sin embargo si mencionan que aún hay cosas que superar en relación a la organización.

TABLA N° 10
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES Y
ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

ESTADO NUTRICIONAL / IMC	Menores de 5 años		Escolares y adolescentes		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Normal	18	21	50	57	68	78
Desnutrición Leve	2	2	11	13	13	15
Sobrepeso	-	-	5	6	5	6
Obesidad	-	-	1	1	1	1
TOTAL	20	23	67	77	87	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

NOTA: las categorías "Desnutrición Moderada, Desnutrición Grave, se eliminó por no haber casos

ANÁLISIS:

Según la información obtenida mediante la medición del IMC en la población de niños menores de 5 años, los escolares y adolescentes se puede determinar que el **78%** de esta población está dentro de los rangos normales. Sin embargo el 22% restantes tiene problemas de malnutrición entre estos tenemos casos de desnutrición leve, sobrepeso y obesidad.

El estado nutricional de los menores de 5 años corresponde a 20 niños de los cuales el **21%** tiene un estado nutricional normal (12.9 – 18.5 Kg); esto se le atribuye a que los infantes recibieron como alimento principal en los dos primeros años de vida la leche materna, en un **2%**, se encontró casos de desnutrición leve (10 – 12.8 Kg). La OMS señala que un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición, el estado nutricional de una persona es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.

De los 67 escolares y adolescentes, el **57%** tiene un estado nutricional normal (18.5-24.99 IMC), mientras que el 20% tiene algún tipo de problemas en su nutrición, así tenemos que el **13%** presenta desnutrición leve el mismo que se ve reflejado con IMC entre los valores de <18,5 (delgadez o peso insuficiente),

este en relación con el nivel de pobreza y/o a la falta de conocimiento del consumo de alimentos requeridos para la mantención de la salud en las familias.

El **6%** refleja tener sobrepeso ya que están por encima de los 25 a 26,9 (sobrepeso grado I), esto puede deberse por el consumo de excesivo de carbohidratos y comida rápida que suelen tener la población de estudio, el **1%** que representa a un niño se encontró un caso de obesidad. Al contrario de los niños menores de 5 años la alimentación de este grupo a más de estar bajo la responsabilidad de los padres también implica la elección alimenticia fuera del hogar por parte de ellos mismos.

AGUDEZA VISUAL EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

En investigaciones realizadas en América Latina demuestran que entre el 30% y 35% de adolescentes padecen de problemas visuales y según los datos del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador un 11% de escolares y adolescentes presentan errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos relacionando así problemas con el rendimiento académico; lo que no ocurre con la población investigada ya que en un **100%** tiene una agudeza visual normal.

TABLA N° 11
ACCESO AL ESTUDIO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR Y
ADOLESCENTE DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

ESTUDIA	f	%
Si	60	90
No	7	10
TOTAL POBLACIÓN	67	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

El **90%** de adolescentes se encuentran estudiando, mientras que el **10%** no estudia, entre las razones que se dieron para no estudiar son; que optaron por trabajar y ayudar en el sustento económico de la familia, otros por escasos recursos económicos de los padres no les ha permitido inscribir a sus hijos en escuelas o colegios y culminar con sus años de estudio; o en algunos casos tuvieron dificultades para acceder a establecimientos de educación superior debido a las reformas que se han venido dando en la ley de educación.

Según estudios nacionales revelan que la población rural aún sufre la falta de oportunidades y recursos para alcanzar una educación adecuada. Pese a los esfuerzos realizados por los gobiernos aún podemos observar desfases como la reducción de presupuesto a la educación, siendo este uno de los principales puntos que aquejan a la problemática educativa.

TABLA N° 12
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

RENDIMIENTO ACADÉMICO	f	%
Bueno	66	98,5
Malo	1	1.5
TOTAL POBLACIÓN	67	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El **98,5%** presenta un buen rendimiento a diferencia del **1,5%** representa un mal rendimiento escolar.

Existen algunos factores sociales y económicos que se traducen en elevadas tasas de repetición, deserción escolar, mala calidad de la educación, modelo educativo, deficiente infraestructura educativa y limitado material didáctico que obstaculizan el desarrollo de la educación en las comunidades rurales, los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía.⁶⁸

⁶⁸ Disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>.

TABLA N° 13
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

PROBLEMAS DE CONDUCTA	f	%
SI	2	3
NO	65	97
TOTAL POBLACIÓN	67	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El **97%** de los escolares y adolescentes no presentan problemas de conducta. El **3%** tiene algún tipo de problema ya sea de comportamiento o emocionales.

Los signos de advertencia de problemas de conducta pueden incluir: no tener buen rendimiento escolar, faltar a la escuela, discusiones frecuentes, dañar o destruir las pertenencias ajenas, amenazas a otras personas, comenzar a fumar, beber o consumir drogas prematuramente. Los estudios sugieren que es más efectivo el tratamiento de los niños en el hogar junto con sus familias. La psicoterapia puede ayudar a mejorar su autoestima y control, contribuyendo a su vez a la mejora de su conducta.⁶⁹

⁶⁹Trastorno de la conducta, disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000919.htm>.
fecha de consulta: 06/11/2013

TABLA N° 14
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	f	%
Métodos Naturales	17	51,5
Métodos Hormonales	2	6,1
Métodos Artificiales	6	18,2
Métodos Irreversibles	8	24,2
TOTAL	33	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

Del análisis se observa un **51,5%** de mujeres con vida sexual activa, utilizan como método natural el ritmo para planificación familiar y un 48,5% acceden a algún método anticonceptivo como: esterilización tubárica, inyectables, implante y T de cobre.

En relación a los resultados es importante la promoción de la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres, al mismo tiempo de apoyar a la salud y el desarrollo de las comunidades.

TABLA N° 15
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I

PAPANICOLAOU	f	%
Si	24	73
No	9	27
Total de Mujeres con vida Sexual Activa	33	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL

ANÁLISIS:

El **73%** de las mujeres con vida sexual activa se han realizado Papanicolaou, es así que podemos observar un elevado porcentaje de mujeres que se han realizado este estudio como patrón referencial mínimo de 3 años. Algunas de ellas cuando les fueron colocados los implantes o en la revisión de la T de cobre, sin embargo un **27%** no se han realizado aun un Papanicolaou por inicio reciente de su vida sexual.

La prueba de Papanicolaou (también conocida como la prueba del Pap o examen de citología) consiste en realizar un estudio a las células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.⁷⁰

⁷⁰ Disponible en: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/papanicolao.htm>. 05-11-2013/12:30

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS,
DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO SAN
FRANCISCO SECTOR I

TABLA N° 16

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
IDENTIFICADAS EN EL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I SEGÚN LA
EDAD

ENFERMEDADES CRÓNICAS	MENORES DE 1 AÑO		DE 1 A 4 AÑOS		5 A 9 AÑOS		10 A 19 AÑOS		20 A 64 AÑOS		65 Y MAS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,1	2	1,1	4	2,2
Hipertensión Arterial – Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5	2	1,1
Diabetes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5
Hiperplasia Suprarrenal	1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Hipotiroidismo	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,1	-	-	2	1,1
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	-	-	1	0,5	-	-	-	-	1	0,5	-	-	2	1,1
Insuficiencia Renal Crónica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5	-	-	1	0,5
Asma	-	-	-	-	1	0,5	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Ninguna	9	4,9	9	4,9	21	11,4	45	24,5	79	42,9	7	3,8	170	92,4
TOTAL	10	5,4	10	5,4	22	12,0	45	24,5	86	46,7	11	6,0	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

ANÁLISIS:

De los 184 habitantes, 14 de ellos corresponden al 7,5% por presentar alguna enfermedad crónica, entre las que se destaca la HTA y diabetes mellitus en los grupos de edad de 20 a 64 y de 65 y más, siendo mayor en el grupo de sexo femenino, resaltando que en la mayoría de los casos una misma persona tiende a padecer ambas enfermedades.

“En 2008 las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y cirrosis) fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador”.⁷¹ “En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebro-vasculares y la influenza y neumonía, responsables de 25% de las muertes totales”.⁷²

Teniendo en cuenta la definición de OMS sobre enfermedades crónicas, sabemos que son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, estas causan altas tasas de mortalidad en todo el mundo y afectan mayoritariamente a personas del sexo femenino.

⁷¹Instituto Nacional de Estadística y Censos. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2009. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2009.

⁷²Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

TABLA N° 17

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVA IDENTIFICADAS EN EL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I SEGÚN LA EDAD

ENFERMEDAD DEGENERATIVA	20 A 64 AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%
Leucemia	1	0,54	1	0,54
Ninguna	183	99,46	183	99,46
TOTAL DE LA POBLACIÓN	184	100	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco – Sector I.

ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.

NOTA: no se enuncia otros rangos de edad por no existir casos.

ANÁLISIS:

En la comunidad de San Francisco Sector I, se encontró un caso de leucemia, que corresponde al **0,54%** de la población en el rango de edad, esta patología se caracteriza por provocar un aumento progresivo de los leucocitos en la sangre. **El 99,46%** del resto de la población no padece de enfermedades de impacto, aunque si padezcan otras patologías crónicas así como discapacidades.

Llamase a las enfermedades degenerativas aquellas que en su transcurso destruye células vivas de un órgano y contamina a otros en el proceso de desarrollo, deteriorando de esta manera la salud del individuo hasta ser la causante principal de la muerte en el paciente que la padece.

TABLA N° 18
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DE IMPACTO
IDENTIFICADAS EN EL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I SEGÚN LA
EDAD

ENFERMEDADES DE IMPACTO	20 A 64 AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%
Enfermedades de Transmisión Sexual	2	1,09	2	1,09
Enfermedades Respiratorias Frecuentes	1	0,54	1	0,54
Ninguna	181	98,37	181	98,37
TOTAL DE LA POBLACIÓN	184	100	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco Sector I.
ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL.
NOTA: no se enuncia otros rangos de edad por no existir casos.

ANÁLISIS:

De las enfermedades de impacto se identificó 3 casos de los cuales dos (esposos) de ellos presentan una enfermedad de transmisión sexual "Sífilis" **1,09%**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2001 las enfermedades infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con medicamentos, vacunas y acceso a agua y alimentos no contaminados. Las muertes por el SIDA y la tuberculosis, la malaria, representan una gran parte de la carga de las enfermedades infecciosas.

TABLA N° 19
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS
CRÓNICAS IDENTIFICADAS EN EL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I
SEGÚN LA EDAD

DISCAPACIDAD	20 A 64 AÑOS		65 Y MAS		POBLACIÓN SIN DISCAPACIDADES EN OTROS RANGOS DE EDAD		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	1	0,54	1	0,54	-	-	2	1,08
Visual	-	-	1	0,54	-	-	1	0,54
Ninguna	85	46,20	9	4,89	87	47,29	181	98,38
TOTAL	86	46,74	11	5,97	87	47,29	184	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio San Francisco – Sector I.
 ELABORADO POR: Johanna Gualán, egresada de la carrera de Enfermería de la UNL
 NOTA: no se enuncia otros rangos de edad por no existir casos.

ANÁLISIS:

En el sector de estudio se encontró 3 casos de discapacidad que constituyen el 1,62%, siendo mayor la discapacidad de tipo física en un 1,08%, en el sexo masculino, y un solo caso de discapacidad visual correspondiente al 0,54%, el resto de la población que es el 98,38% no tiene alguna otra discapacidad, se debe indicar que todos los discapacitados encontrados en esta comunidad cuentan con carné del Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS.

La discapacidad es toda deficiencia y/o problema que afectan una estructura o función corporal, la misma que restringe la ejecución de tareas y acciones. Loja es la segunda Provincia seguida de Cotopaxi con mayor incidencia de discapacidad; esto se debe en algunos de los casos a factores ambientales y situaciones congénitas. En los 15 cantones de la provincia a excepción de la capital lojana se registra el 3 y 4% de prevalencia de discapacidad, las más

comunes son: las discapacidades físicas, auditivas e intelectuales y con una cifra del 3,06% de imposibilidad.⁷³

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA REALIZADAS EN LA VISITA DOMICILIARIA APLICADA EN EL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I:

Con la finalidad de dar cumplimiento a uno de los objetivos de la presente investigación: “Brindar servicios específicos de enfermería, orientados a procurar el ejercicio del derecho a la salud de los grupos menos favorecidos, como forma de acercamiento a la comunidad y estrategia de vinculación con el servicio de salud, se realizó las siguientes actividades de enfermería:

- Educación a los habitantes del sector; según las necesidades identificadas en el momento de la visita domiciliaria, realizar la entrevista y realizar actividades propias para cumplir el llenado de la ficha familiar y anexo se pudo rescatar temas de importancia para los usuarios, es así que los temas de educación fueron:
 - Nutrición
 - Estilo de vida
 - Hábitos de higiene
 - Planificación familiar
 - Vacunación a niños que presentaron esquema incompleto de vacunas: al momento de la revisión de los carnets se identificó que en una misma familia se encontraban dos niños con esquema incompleto.

⁷³Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec/234834-loja-es-la-segunda-provincia-que-registra-mayor-indice-de-personas-con-discapacidad/#.UnpA2VN3GTY> 05-11-13/14:07

7. DISCUSIÓN.

El presente trabajo se realizó en el barrio San Francisco en el Sector I, el mismo que pertenece a la comunidad de Motupe, este se llevó a cabo con la finalidad de **REALIZAR DIAGNÓSTICOS COMUNITARIOS** del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe con sus respectivos perfiles epidemiológicos y mapas parlantes, que sirva de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del sector con lo que se brindará sostenibilidad a las propuestas de trabajo de la unidad de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad de San Francisco - Sector I.

La información recogida se la realizó al aplicar la Ficha Familiar y la entrevista directa con los miembros de cada familia del sector en estudio, a través de este se dio lugar a un mapeo lo que nos llevó a elaborar el diagnóstico comunitario, perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, de impacto, degenerativas y discapacidades, así como también se llevó a cabo la actualización del mapa parlante del sector.

Así tenemos que como información socio - demográfica del barrio San Francisco – sector I las características principales son:

- Que el 47,3 % de la población es gente joven comprendiendo que en este grupo se encuentran las edades de menores de 5 años hasta los 19 años, El sexo predominante en el sector es el sexo femenino con el 51,6%. De acuerdo al Censo del 2010, en la ciudad de Loja se concentra el mayor grupo de población entre edades de 20 a 64 años con un porcentaje del 48,9%, mientras que de la población total está en un 49,2% conformada por los hombres y 50,8% en mujeres.⁷⁴ Comparando estos datos con la realidad del sector encontramos similitud en la información.

⁷⁴ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pág. 2 disponible en pdf

En el Ecuador, en el año 2010 la población tuvo en promedio 9,6 grados de escolaridad, es decir, alcanzó 3,1 grados más que en el censo del 2001. En relación a otro estudio que menciona que la población analfabeta representa el 0,66% a nivel nacional las provincias con mayor población analfabeta son Bolívar con 13,9%, Cotopaxi con 13,6%, Chimborazo con 13,5% y Cañar con 12,2%. Al comparar esta realidad sobresale un dato sobresaliente es que en un 66,3% más de la mitad de la población, tiene estudios básicos, sin haber ningún caso de analfabetismo en el sector de San Francisco.


En la ocupación tenemos que la población económicamente activa de este sector, está constituida por el 32% entre las ocupaciones generadoras de ingreso tenemos en primer lugar a los agricultores con el 10,3%, también existen otras ocupaciones como choferes, empleados privados, artesanos, empleados públicos y comerciantes, los mismos que aportan directamente al hogar, el INEC menciona que “en la población de Loja las ocupaciones que más se dan son la agricultura con 33.3% y oficiales, operarios y artesanos con el 15.1 % en los hombres y en mujeres el 25.2% son trabajadores de servicio y vendedores y el 17.1 % profesionales.”⁷⁵

En cuanto a la exposición de factores de riesgo tenemos que la población se encuentra expuesta a algún tipo de riesgo a continuación un desglose de los riesgos y sus porcentajes.


Riesgos Biológicos: con 33 casos que corresponde al 17.9% por mal nutrición, los mismos que se da por el consumo inadecuado de alimentos ya sea en un déficit o por exceso. La OMS señala que un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y

⁷⁵ INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pág. 4, disponible en pdf

la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. De hecho, las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años. Los adultos que recibieron lactancia materna en la infancia suelen tener menor tensión arterial y menores concentraciones de colesterol, así como menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2.

 Riesgos Sanitarios: lo más relevante con el 50 % por estar expuestos al consumo de agua insegura, en este sector lamentablemente la mitad de la población aun no goza del beneficio del agua potable a razón de encontrarse en una zona donde se hace difícil instalar este servicio. Estudios a nivel rural en la provincia de Loja indican que el 58,4% de los habitantes, beben el agua tal y como llega a sus hogares causando con ello un aumento de morbilidad⁷⁶. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades relacionadas con la falta de agua potable son las responsables de las tres causas principales de muertes en el mundo. Se calcula que más de 9 millones de personas mueren cada año por este motivo.


Por otro lado, en relación al esquema de vacunación, 18 de la población infantil menores de 5 años, ha cumplido su esquema hasta la fecha, destacando que en alguno de los casos los esquemas se están cumpliendo de acuerdo a la edad. Solamente 2 casos se encontró con esquema incompleto que corresponden a una misma familia. Así también en el grupo de escolares, adolescentes y Mujeres en edad fértil y embarazadas los esquemas de vacunación con toxoide diftérico tetánico se cumple en su totalidad por lo que se logra cubrir la protección contra la Difteria y Tétano.

 Riesgo Socio - Económico: con el 61,4% de pobreza, más de la mitad de la población se encuentra en esta situación, la razón se otorga por el desempleo y/o los trabajos no fijos de los jefes de hogar. Esto se ve

⁷⁶ MORI Raquel, Mala Eliminación de Desechos Líquidos, 2012, Disponible en dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3732/1/FUENTES_MORI_RAQUEL.pdf Fecha: 06/10/1013, Hora: 09h40 min.

reflejado en el estado general de la familia y la vivienda. En Ecuador en junio del 2013 la pobreza se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**).⁷⁷

Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (**ENEMDU**) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (**INEC**). El desempleo urbano se ubicó en 4,6% en marzo de 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de marzo del 2012. La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.⁷⁸

 En el grupo de mujeres con vida sexual activa un 73% se realiza Papanicolou, el 27 % restante no se realiza a causa de iniciar recientemente su vida sexual; estudios realizados en Madrid demuestra que las mujeres que acudieron someterse a un Pap se encuentran entre edades de 31 a 40 años; en Escandón- Romero las mujeres menores de 35 años son las que menos se realizan esta prueba citológica, en función a lo anterior es relevante señalar que el cáncer cérvico- uterino afecta cada vez a mujeres jóvenes incluso hay presencia de displasias en mujeres menores de 25 años, lo que demuestra la importancia de realizarse el examen citológico una vez iniciada la vida sexual.

Con la finalidad de garantizar la salud de los diferentes grupos de edad se recomienda en el presente informe realizar estrategias para educar a la comunidad y llegar a concientizar acerca de los beneficios que presta las diferentes prácticas de salud en pos de su propio beneficio.

⁷⁷ Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-anoanterior.htm>
10/12/13. 9:25

⁷⁸ Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adesempleourbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13. 8:45

Para finalizar se presenta los datos utilizados para realizar el perfil epidemiológico:

De 184 personas; se encontró 14 personas con enfermedades crónicas de las cuales la hipertensión con él 2,2% y la diabetes en un 0,5% encabezan esta lista, y en un 1,1 %, de personas que tienen ambas enfermedades, 1 con enfermedad degenerativa, 3 con enfermedades de impacto. Según el perfil epidemiológico del Hospital Universitario De Motupe de Enero a Junio del 2012, las 10 primeras causas morbilidad general son IRA sin neumonía en un 40.5%, EDA con el 16,3%, parasitosis 10,3%, ITU 3,18%, IRA con neumonía con el 2,3%, dermatitis 1,73%, HTA 1,49%, desnutrición proteico calórica con el 1,19%, diabetes 0,90%, anemia por deficiencia de hierro 0,85%, y otras 21,3%⁷⁹

También se identificó 3 discapacitados con el 1,62%, donde la discapacidad física está en un 1,08% y visual en un 0,54% que conforman el perfil epidemiológico de esta comunidad. En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad Así mismo se evidencio que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.⁸⁰

Las actividades realizadas del centro de salud deben ir encaminadas conforme a las necesidades prioritarias de la población, lo que compromete al Equipo de salud a prepararse en todos los aspectos, con la finalidad de disminuir la morbilidad de población y mantener la salud de ellos.

⁷⁹Perfil epidemiológico, Hospital Universitario de Motupe de Enero a Junio del 2012

⁸⁰ Disponible en: <http://solnaciencenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html/10/12/13>,
10:15

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8. CONCLUSIONES:

Al término de la investigación entre los hallazgos más sobresalientes y que están relacionados con el tema y los objetivos propuestos en este estudio concluyo lo siguiente:

Que el presente trabajo de investigación se logró realizar el diagnóstico comunitario con su respectivo perfil epidemiológico y mapa parlante, esta información servirá de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud del barrio San Francisco Sector I, así tenemos que:

- 🌸 De toda la población del Sector I se encontró 14 personas con enfermedades crónicas, 1 con enfermedad degenerativa, 3 con enfermedades de impacto y 3 discapacitados que conforman el perfil epidemiológico de esta comunidad.
- 🌸 Finalmente se logró actualizar el mapa parlante del Sector en estudio, así como también el proporcionar una línea de base para la formulación de futuros proyectos de desarrollo en salud en el barrio San Francisco Sector I.

Mediante el acercamiento a la comunidad y la aplicación de la ficha familiar se alcanzó establecer lazos entre la comunidad y el servicio de salud (HUM), así como también se logró brindar servicios específicos de enfermería, orientados a procurar el ejercicio del derecho a la salud de los grupos menos favorecidos del barrio San Francisco Sector I.

9. RECOMENDACIONES

Habiendo finalizado la presente investigación considero de suma importancia plantear las recomendaciones que están basadas en los hallazgos de este estudio, las mismas que servirán para próximos trabajos de investigación, así como también para la toma de decisiones de trabajo en salud en esta comunidad y me permite sugerir:

- 🌸 Realizar un análisis con la dirección de los Equipos Básicos de Salud - EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud) pertinentes sobre la posibilidad, de intervenir eficazmente en la comunidad e implementar un proyecto de salud considerando que; es necesario que se establezcan convenios de cooperación con las organizaciones religiosas, parroquiales y la comunidad para que se difunda sobre los beneficios que presta el Hospital Universitario de Motupe.

- 🌸 Planificar acciones de salud e implementar estrategias para educar a la población en temas relacionados a la salud y estilo de vida saludable basados en los resultados obtenidos en el estudio, trabajando con los grupos vulnerables encontrados en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas, degenerativas, impacto y discapacidades, con la finalidad de mejorar su estado actual y aportar significativamente a la recuperación y rehabilitación de su salud.

- 🌸 Que el hospital de Motupe continúe y logre alcanzar a la población que no se pudo incluir en el diagnóstico comunitario sea porque no colaboraron o por considerarse fallidas.

BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFIA

- Bobadilla Díaz, P., Del Águila Rodríguez, L. y Morgan, M. de la L, 1998. Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo. Lima-Perú: Pact-USAID.
- Vásquez, E.; Aramburú, C. E.; Figueroa, C. y Parodi, C. 2001. Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Lima-Perú: Universidad del Pacífico.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013. Subsecretaria Nacional de Gobernanzas en Salud Publica, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, Edición 2013. Quito – Ecuador.
- Aramburú, Carlos Eduardo, 2001. «Métodos y técnicas de investigación social». Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Lima-Perú: Universidad del Pacífico.
- Carcavallo RU, Martínez A, 1985. Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.
- Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53, 60-63
- Carcavallo RU, Martínez A, 1985. Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.
- Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012

- CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.
- Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

SITIOS DE INTERNET

- Cortez, Rafael. Septiembre, 2001, “El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil”. Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico..
Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYuZ>
- Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; Consultado: 28/11/2013
- Ecuador Distribución por edad - Población - Mundi; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html. Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00
- Resultados provinciales, Loja; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>; Consultado: 05/11/2013
- Situación de la Educación en el Ecuador - Eumed.net; Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>. Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30
- Alfabetización en el ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00
- La deserción escolar; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; Consultado: 09/12/2013

- Educación en la Provincia de Loja; Disponible en:
<http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>. Consultado:
28/11/2013; Hora: 10h00
- Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador.
Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf
Consultado: 09-12-2013
- Datos estadísticos de la provincia de Loja (Ecuador). Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja Consultado: 09-12-2013.
Disponible en: <http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13, 10:15
- Discapacidad en el Ecuador. Disponible en:
<http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13 9:
- Saneamiento ambiental en el Ecuador. Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotableysaneamientoenEcuador>10/12/13, 8:11
- Economía y pobreza del Ecuador. Disponible en:
<http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html> 10/12/13, 9:25
- Instituto nacional de estadística y censo. Disponible
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adeempleo-urbano-en-ecuador-se-ubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45
- Tasa de analfabetismo del Ecuador. Disponible
<http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html> 10/12/13, 9:45

11. ANEXO

FICHA FAMILIAR
(LADO A)



ÁREA DE SALUD N° 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA

LATITUD	LONGITUD	ALTITUD
---------	----------	---------

NUMERAR CADA AÑO, AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD

ACTUALIZAR LOS DATOS, CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO	ESCOLARIDAD				ESQUEMA COMPLETO DE VACINAS			SALUD BUICAL	RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	N° DE HISTORIA CLÍNICA	N° DE CÉDULA DE CIUDADANÍA
						H	M	SIN	BAS	BACH	SUP	ESP				
MEMOR 1 AÑO																
1 - 4 AÑOS																
5 - 9 AÑOS																
10 - 19 AÑOS																
20 - 64 AÑOS																
65 AÑOS Y MÁS																
TOTALES																

GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SEMANAS DE GESTACIÓN	DÓSIS DE VACUNACIÓN DT		ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS	
					PRIMERA	SEGUNDA	REFUERZO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS
EMBARAZADAS										

3 MORTALIDAD FAMILIAR

REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA

4 RESPONSABLE DEL LLENADO

NOMBRE Y APELLIDO	CÓDIGO	FIRMA
-------------------	--------	-------

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

(LADO B)

7. FAMILIOGRAMA		SEÑALAR EL SÍMBOLO O LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACIÓN FAMILIAR O PERSONAL CORTAR EL SÍMBOLO O LA ABREVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA GENERACIÓN CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO	
SIMBOLOGÍA	ABREVIATURAS	ABUELOS	
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; text-align: center;"> HOMBRE </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> MUJER </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; text-align: center;"> ABORTO </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> MATRIMONIO O UNIÓN LEGÍTIMA </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; text-align: center;"> SEPARACIÓN </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> UNIÓN COM- SANGÜÍNEA </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; text-align: center;"> DIVORCIO </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> HIJOS ADOPTADOS </div> </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; text-align: center;"> HIJOS BIOLÓGICOS </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> INFORMANTE </div> </div>	IN INFARTO HT HIPERTENSIÓN ARTERIAL DI DIABETES CA CÁNCER EP EPILEPSIA TB TUBERCULOSIS AS ASMA TA TABACUISMO AL ALCOHOLISMO DD DROGO DEPENDENCIA DC DISCAPACIDAD MG MIGRANTE EM EMBARAZO X FALLECIDO	PADRES HIJOS	

8. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN										
					NORTE					

9. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL		
FECHA INFORME	TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCIÓN	CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN

10. LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACIÓN

SNS-MSP / HCU - anexo 1 /2008 (hoja 4)

(LADO C)

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR													
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACIÓN											
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO MUY BAJO 2 = RIESGO BAJO 3 = RIESGO MODERADO 4 = RIESGO ALTO													
A	RIESGOS BIOLÓGICOS	1 PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA											
		2 PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (SOBREPESO O DESNUTRICIÓN)											
		3 PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO											
		4 EMBARAZADAS CON PROBLEMAS											
		5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD											
		6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES											
B	RIESGOS SANITARIOS	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA											
		8 MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS											
		9 MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS											
		10 IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS											
		11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS											
C	RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	12 POBREZA											
		13 DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA											
		14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE											
		15 DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR											
		16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN											
		17 MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA											
		18 HACINAMIENTO											
		TOTAL				TOTAL				TOTAL			
NIVEL DE RIESGO TOTAL		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
CALIFICACIÓN (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL RANGO TOTAL)													
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 - 14 = RIESGO BAJO 15 - 34 = RIESGO MEDIO 36 - 72 = RIESGO ALTO													
RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN													

(LADO D)

6. EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR									
RIESGO		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS					
FECHA DE ANÁLISIS	NÚMERO	COMPROMISO DE LA FAMILIA	COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD	FECHA DE EVALUACIÓN	SI CUMPLE	NO CUMPLE	PARCIAL	CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	RESPONSABLE

 ANEXO DE LA FICHA FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TAMIZAJE NEONATAL																			
			B.C.G.	H.B.	ROTAVIRUS	O.P.V. Y PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO CONJUGADA	SR	SRP	HEMOCOCOCOS CONJUGADA	VARICELA	FA	O.P.V.	D.P.T.	O.P.V. Y PENTAVALENTE	H.B.						
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

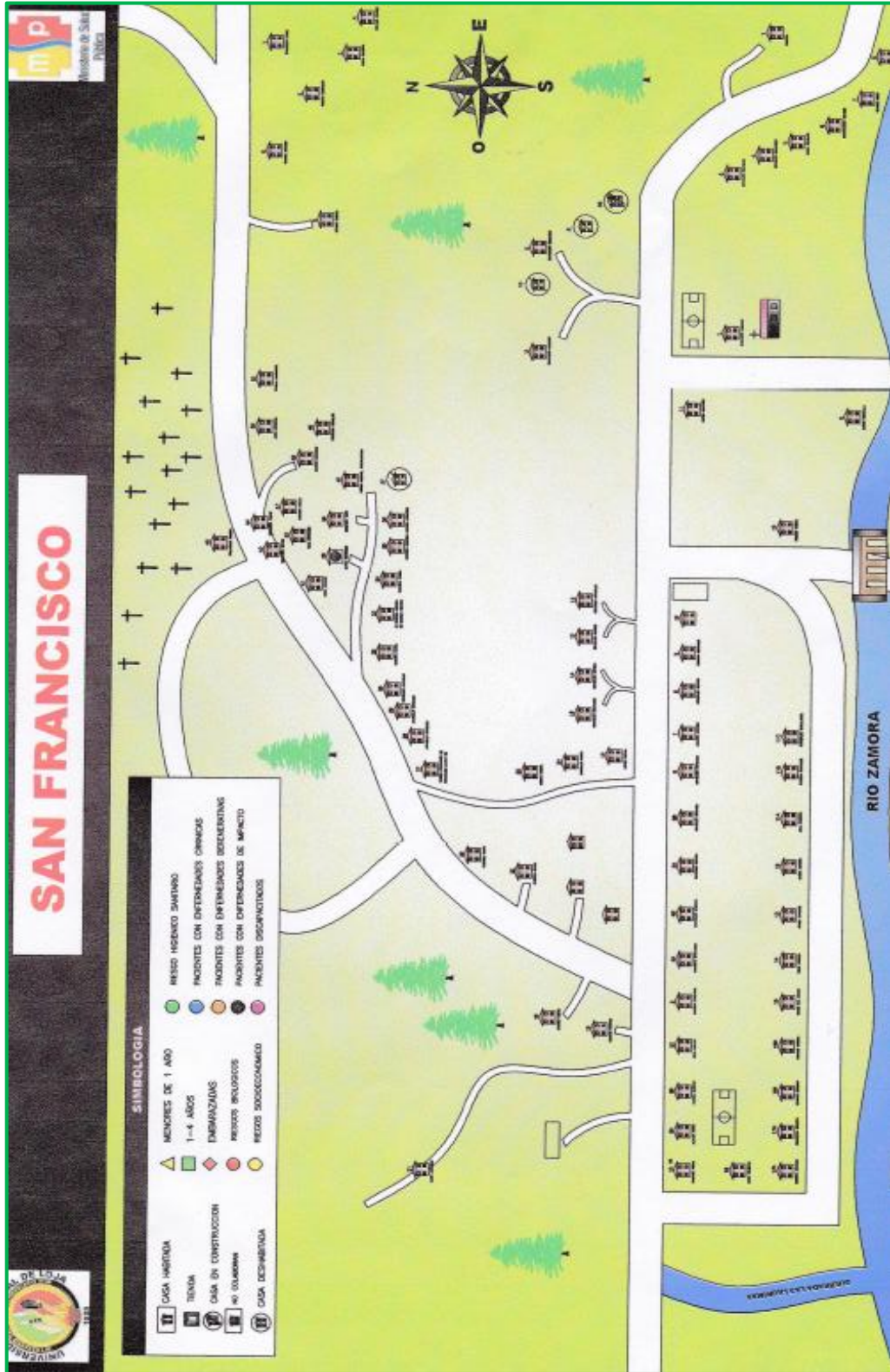
2. CONTROL DEL NIÑO SANO																						
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	LACTANCIA MATERNA			CONTROLES MEDICOS																
			SI	TIEMPO	NO	1*	2*	3*	4*	5*	6*											

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE											
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	VACUNACION	AGUDEZA VISUAL		ESTUDIA		REDIMIENTO ESCOLAR		PROBLEMA DE CONDUCTA	
				DT	OD	OI	SI	NO	BUENO	MALO	SI

PROTECCION DE LA MUJER															
1. ATENCIÓN MATERNA															
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FUM	FPP	ANTEC. PATOL. OBST.	VACUNA DT		CONTROLES					PARTO	PUERPERIO		
					1*	2*	1	2	3	4	5		1*	2*	

2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL													
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD				VACUNACION					PAPANICOLAOU		
		INYECCABLE	ORAL	IMPLANTE	T.D. COBRE	DI					FECHA	DIAGNOSTICO	

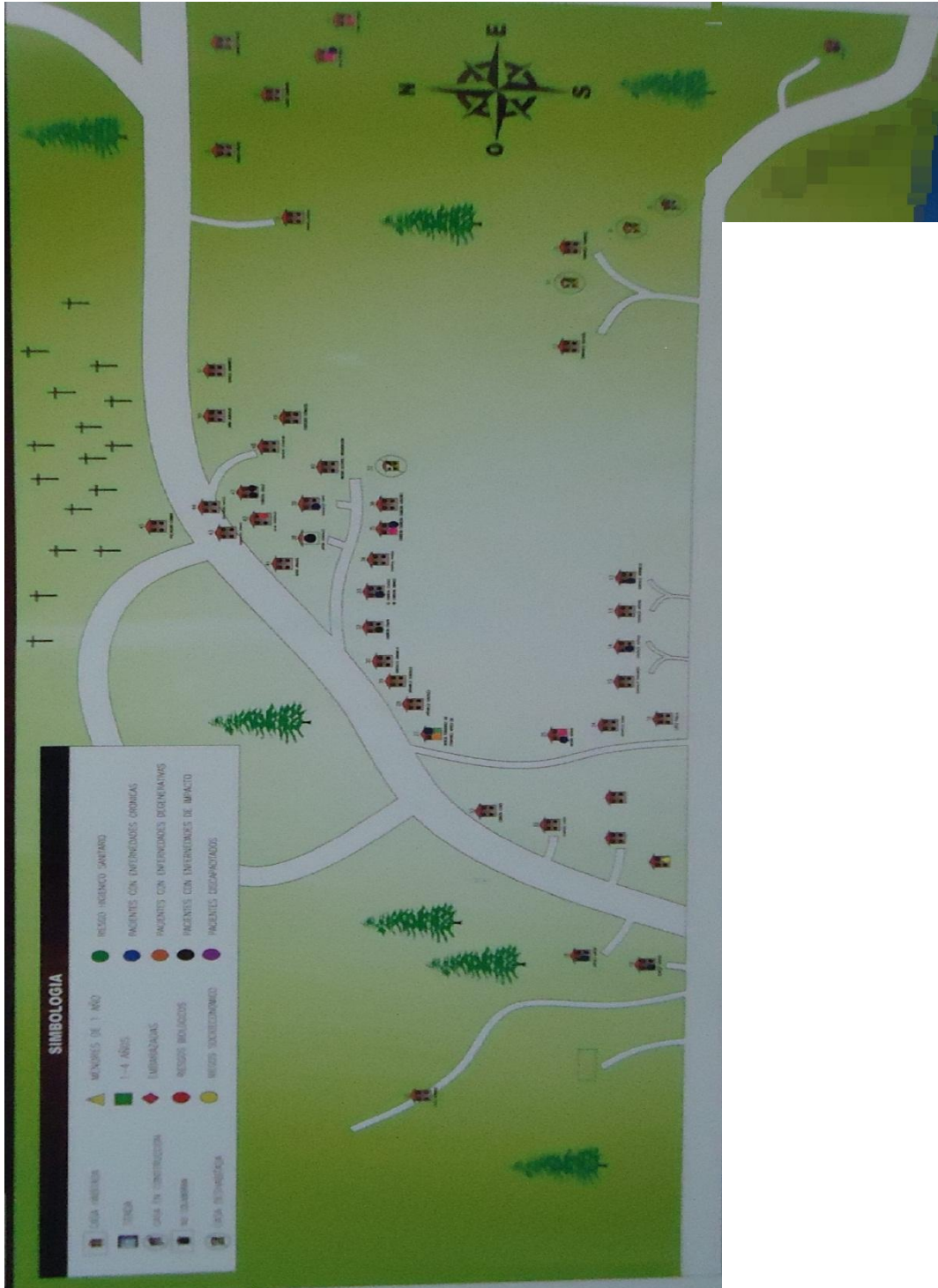
MAPA DEL BARRIO SAN FRANCISCO





MAPA PARLANTE DEL BARRIO SAN FRANCISCO

 SAN FRANCISCO SECTOR I



🕒 EVIDENCIAS FOTORÁFICAS

Recolección de la información



FIESTAS DEL MES DE OCTUBRE EN HONOR AL PATRONO DEL BARRIO SAN FRANCISCO

VIAS DE ACCESO AL BARRIO SAN FRANCISCO



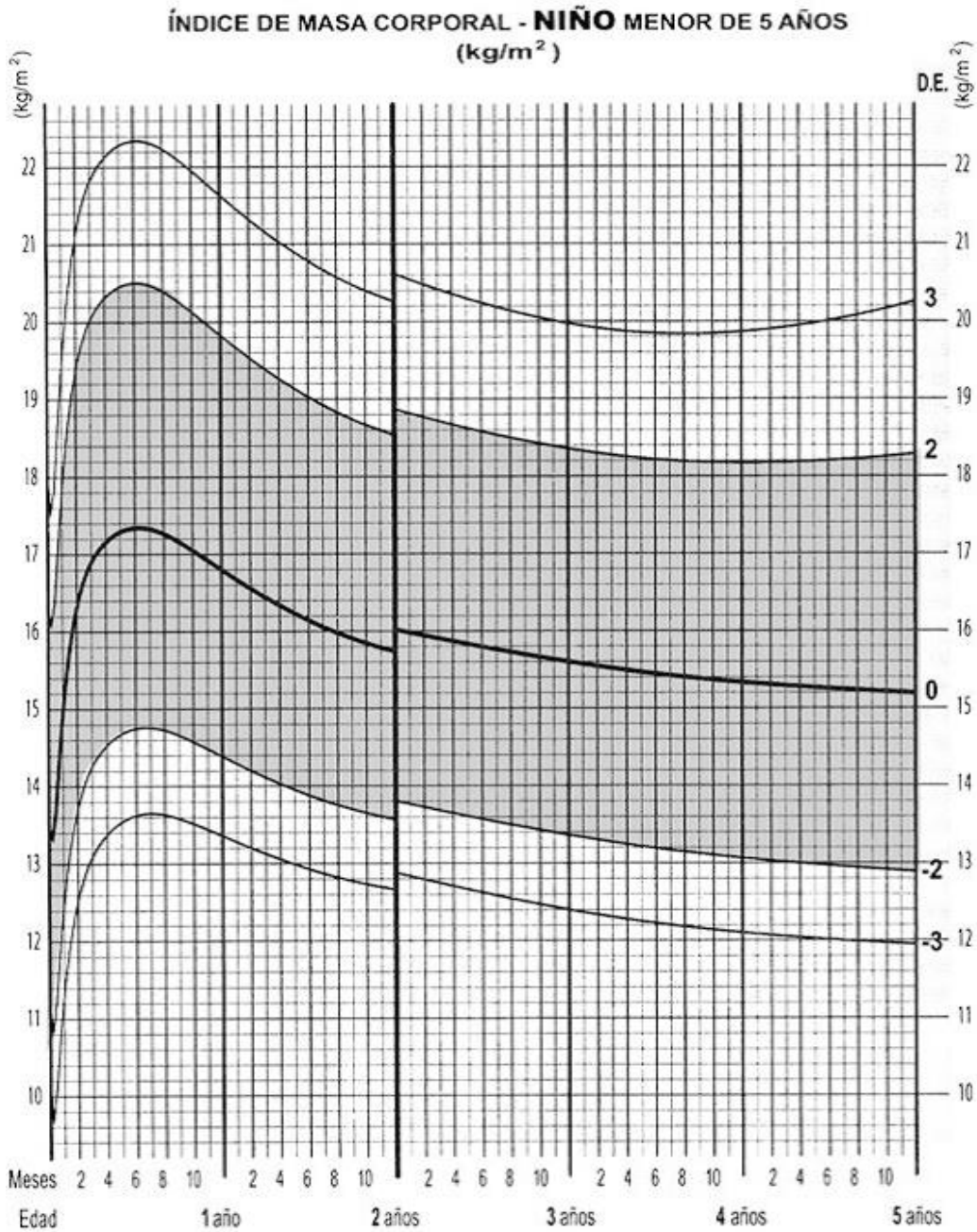
ELABORACIÓN DEL CROQUIS DEL BARRIO SAN FRANCISCO SECTOR I



DIAGNOSTICO DEL BARRIO SAN FRANCISCO

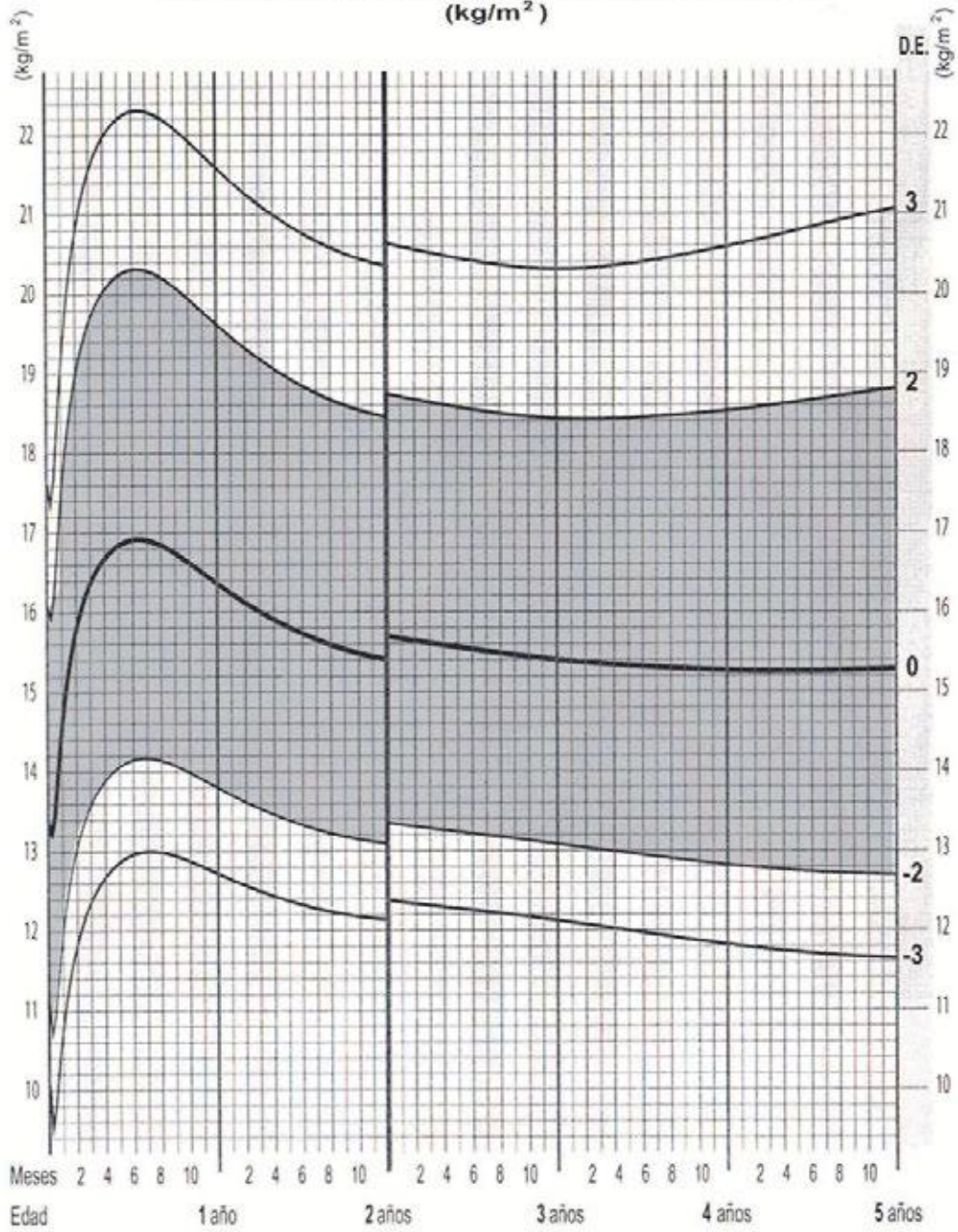


🕒 INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Peso

Altura	Peso																		
	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.5	37.6	38.7
155.0	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
160.0	17.6	18.6	19.5	20.5	21.5	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

Desnutrición
 Normal
 Sobrepeso
 Obeso

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

🌀 TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

$\frac{20}{200}$	E	$\frac{200 \text{ FT}}{61 \text{ M}}$	1
$\frac{20}{100}$	F P	$\frac{100 \text{ FT}}{30.5 \text{ M}}$	2
$\frac{20}{70}$	T O Z	$\frac{70 \text{ FT}}{21.3 \text{ M}}$	3
$\frac{20}{50}$	L P E D	$\frac{50 \text{ FT}}{15.2 \text{ M}}$	4
$\frac{20}{40}$	P E C F D	$\frac{40 \text{ FT}}{12.2 \text{ M}}$	5
$\frac{20}{30}$	<u>E D F C Z P</u>	$\frac{30 \text{ FT}}{9.14 \text{ M}}$	6
$\frac{20}{25}$	F E L O P Z D	$\frac{25 \text{ FT}}{7.62 \text{ M}}$	7
$\frac{20}{20}$	<u>D E F P O T E C</u>	$\frac{20 \text{ FT}}{6.10 \text{ M}}$	8
$\frac{20}{15}$	L E F O D P C T	$\frac{15 \text{ FT}}{4.57 \text{ M}}$	9
$\frac{20}{13}$	F D P L T C E O	$\frac{13 \text{ FT}}{3.96 \text{ M}}$	10
$\frac{20}{10}$	F H E O L C F V D	$\frac{10 \text{ FT}}{3.05 \text{ M}}$	11

 LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVA

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	ENFERMEDAD	EDAD	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN	TELEFONO
1	María Hortencia Samaniego	Hipotiroidismo	54 años	2	Av. 8 de Diciembre en la subida al cementerio	
2	Rosa Francelina Cabrera	HTA, DM	76 años	7	Av. 8 de Diciembre frente al cementerio	
3	Teresa de Jesús Jaramillo González	DM, HTA	58 años	12	Av. 8 de Diciembre en la subida al cementerio	
4	Julio Belisario González Ponce	DM	74 años	14	Av. 8 de Diciembre en la subida al cementerio	
5	Isabel Lastenia Ramón Zúñiga	ICC	48 años	18	Av. 8 de Diciembre frente al cementerio	0988348253
6	José Romero	IRC, HTA	51 años	19	Av. 8 de Diciembre subida al cementerio	
7	Carmen Rosita Narváez Loarte	Hipotiroidismo	48 años	19	Av. 8 de Diciembre en la loma alado del cementerio	
8	María Orfelina Ramón Zúñiga	HTA	49 años	24	Av. 8 de Diciembre en la loma alado del cementerio	
9	Mercedes Amalia Medina	HTA	83 años	26	Av. 8 de Diciembre	
10	Mayuri Lisbeth Fernández	Hiperplasia Suprarrenal	4 meses	27 B	Av. 8 de Diciembre frente al cementerio	
11	Yomaira Elizabeth Marca	ICC	6 años	27 B	Av. 8 de Diciembre en la subida al cementerio	
12	Marlon Augusto Cabrera	Asma	7 años	33 A	Av. 8 de Diciembre alado del cementerio	
13	Luz América Cuenca	HTA	36 años	33 A	Av. 8 de Diciembre en la subida de la loma	
14	María Guillermina González González	HTA	69 Años	46	Av. 8 de Diciembre en la subida al cementerio	
15	Luis Orlando Fernández	Leucemia	22 años	27 A	Av. 8 de Diciembre	

 **LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DE IMPACTO**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	ENFERMEDAD	EDAD	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	Segundo Lauro Cabrera	InfeccionesRespiratoriasFrecuentes	35 años	32	Av. 8 de Diciembre frente al cementerio
2	Angel Bolivar Cabrera	ITS	58 años	47	Av. 8 de Diciembre frente al cementerio
3	DignaAngelitaNaula	ITS	46 años	47	Av. 8 de Diciembre frente al cementerio

 **PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	DISCAPACIDAD	EDAD	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	Sergio AmableCueva	Física del 49%	59 años	2	Av. 8 de Diciembre
2	María Rosario Medina	Física del 25%	75 años	26	Av. 8 de Diciembre
3	Segundo Luis Cabrera	Visual del 57%	72 años	35	Av. 8 de Diciembre

 LISTA DE MUJERES EMBARAZADAS

EMBARAZADAS CON RIESGO							
Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	ENFERMEDAD	EDAD	SECTOR	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN	TELEFONO
1	María Armijos Chuncho	IVU	39 Años	I	4	Av. 8 de Diciembre	0992217827
2	Diana Elizabeth Gualán	IVU	17 Años	I	42	Av. 8 de Diciembre	

 NIÑOS CON ESQUEMA DE VACUNACION INCOMPLETA

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	VACUNA INCOMPLETA	EDAD	Nº DE FICHA	DIRECCIÓN
1	Juan Sebastián Dutan Marca	Varicela	4 Años	27 B	Av. 8 de Diciembre en la subida al cementerio
2	Karen Estefanía Fernández Marca	Varicela, FA	2 Años	27 B	Av. 8 de Diciembre en la subida al cementerio

12. ÍNDICE

APARTADO	PÁGINAS
PORTADA	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TITULO	1
2. RESUMEN	3
3. INTRODUCCIÓN	5
4. REVISION DE LITERATURA	9
5. MATERIALES Y MÉTODOS	54
6. RESULTADOS	58
7. DISCUSIÓN	83
8. CONCLUSIONES	89
9. RECOMENDACIONES	90
10. BIBLIOGRAFÍA	91
11. ANEXOS	95
12. ÍNDICE	115