



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD
DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR I Y II",
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Carolina Verónica Medina Medina

DIRECTORA:

Lic. Mg. Sc. Sonia Caraguay Gonzaga

Loja - Ecuador

2014





CERTIFICACIÓN

Mg. Sc. Sonia Caraguay G.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración del trabajo investigativo titulado **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO "SALAPA BAJO SECTOR I Y II", SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**, de autoría de la egresada de la Carrera de Enfermería Carolina Verónica Medina Medina, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Julio de 2014

Atentamente:

Mg. Sc. Sonia Caraguay

Directora de Tesis

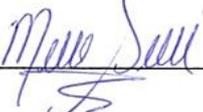


AUTORÍA

Yo, Carolina Verónica Medina Medina con C.I. 1105033128 declaro ser autora del presente trabajo de Investigación, 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 del presente trabajo en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autora: Carolina Verónica Medina

Firma: 

Cédula: 1105033128

Fecha: Loja, Julio de 2014



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

Yo, Carolina Verónica Medina Medina, declaro ser autora de la tesis titulada: **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”, 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 a los cuatro días del mes de Julio de dos mil catorce.

Firma: _____

Carolina Verónica Medina Medina
Autor: Carolina Verónica Medina Medina

Cedula: 1105033128

Dirección: Atahualpa 11-136 y Mercadillo

Correo Electrónico: guckicvm@hotmail.com

Teléfono: 3930403

Celular: 0983709889

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis:

Lic. Mg. Sc. Sonia Caraguay

Tribunal de Grado:

Lic. Mg. Sc. Gina Monteros

Lic. Mg. Sc. Mirian Romero

Dra. Susana González



DEDICATORIA

Los resultados de este trabajo son fruto de un arduo esfuerzo y dedicación; están consagrados a todas aquellas personas que de alguna forma son parte de su culminación. Con mucho cariño principalmente a mis seres queridos Lydia, Ronald y Valeria que a lo largo de mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, a mis estimados amigos/as de manera muy especial Angelito, Ma. Elena y Fabi, por sus palabras y confianza, y a mis profesoras a quienes les debo gran parte de mis conocimientos.

Son muchas más las personas que han sido parte en mi vida a las cuales me encantaría agradecerles por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en todo momento ya sea en un salón de clase, en una reunión, o en el hogar aún en los momentos más difíciles de mi vida. Muchas de ellas continúan compartiendo mi alegría y otras están en mi corazón, sin importar en donde estén quiero decirles que las llevo en mis recuerdos, que gracias a su presencia en mi vida soy quién siempre quiero ser, por todo lo que han brindado que Dios los bendiga siempre.

Carolina Verónica Medina



AGRADECIMIENTO

*“La gratitud es la memoria del corazón”
Jean Baptiste Massieu*

Agradezco a Dios, Padre Celestial, quien me dio vida, sabiduría, fuerza y coraje para hacer este sueño realidad.

A mi Madre, hermanos y más seres queridos, quienes me llevaron por el camino correcto, por su paciencia y apoyo incondicional, sus consejos, amor, comprensión, preocupación y ayudarme a alcanzar esta meta.

Pongo en consideración mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, su personal docente y administrativo por la generosa oportunidad la oportunidad de formarme como profesional para así contribuir con la sociedad.

A mi Directora de Tesis Mg. Sc. Sonia Caraguay Gonzaga, quien con sus sabios conocimientos, paciencia y motivación ha sido mi guía para cristalizar el presente proyecto con éxito.

Sin dejar pasar por alto también hago un cálido agradecimiento a los habitantes de la Comunidad “Salapa Bajo”, quienes aportaron para la realización del presente trabajo.

¡Gracias!

Carolina Verónica Medina



1. TÍTULO
DIAGNÓSTICO
COMUNITARIO DE SALUD
DEL BARRIO “SALAPA
BAJO SECTOR I Y II”,
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE
DE 2013



2. RESUMEN



El presente estudio titulado “DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SALAPA BAJO SECTOR I Y II, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013”, está enmarcado en el macroproyecto: “ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013”, pretende contribuir con el desarrollo social de la localidad, aportando con datos estadísticos; los mismos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud del Hospital Universitario de Motupe, elaborar estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades, desde un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural.

El estudio fue de tipo Descriptivo, hace énfasis en el análisis e interpretación de los hechos; la metodología se apoyó en estrategias establecidas en el Modelo de Atención Integral de Salud, tales como: Visita Domiciliaria para aplicar la Ficha Familiar y guía de entrevista que permitió completar la información para la línea de base, donde se identificaron los problemas prioritarios para tomar decisiones técnicas y políticas adecuadas a la realidad local buscando optimizar las respuestas institucionales y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud. (Guerrero y Slimming, 2009:4).

Entre los datos más relevantes sobresalen indicadores como prevalencia de sexo femenino, nivel de educación básico, los/as jefes de familia se dedican a actividades como: haceres domésticos, agricultura, albañilería, en escolares y adolescentes se aprecia casos de desnutrición, sobrepeso y gran parte de ellos estudia. Para la planificación familiar en mujeres en edad fértil, el método del ritmo es el más utilizado y con respecto al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas sobresale la HTA.

Palabras Clave: Diagnóstico comunitario de salud, Perfil Epidemiológico.



ABSTRACT



The present study titled "DIAGNOSIS OF THE COMMUNITY HEALTH OF THE NEIGHBOURHOOD SALAPA BAJO SECTOR I AND II , SEPTEMBER- DECEMBER 2013 " is framed in the macro - project "NURSING PARTICIPATION IN THE MODEL OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE - MAIS UNIVERSITY HOSPITAL OF MOTUPE SEPTEMBER - DECEMBER 2013" and it is aimed at contributing to the social development of the town. It has also provided statistical data. These data will enable the staff of the University Hospital of Motupe to develop strategies for maintaining and improving the health of people, families and communities, from a bio-psychosocial, multidisciplinary and intercultural approach.

The study was done in a descriptive form. It is emphasized on the analysis and interpretation of the facts. The methodology relied on the strategies established in the comprehensive health care model. Strategies such as Home Visits to implement the Family Record and the interview guide that allowed to complete information for the baseline, where the main problems were identified in order to take the appropriate technical and political decisions adapted for the local reality seeking to optimize institutional responses and encourage community participation in improving health conditions. (Guerrero and Slimming, 2009:4).

Among the most relevant data, certain indicators stand out, such as the prevalence of the female sex, basic education level, the householders engage in activities such as domestic chores, farming, masonry, in school children and adolescents cases of malnutrition were observed, obesity and most of them study. For family planning in women of childbearing age, the rhythm method is the most widely used and in what respects to the epidemiological profile of chronic diseases, hypertension stands out.

Keyword: Community Health Diagnosis, Epidemiological Profile.



3. INTRODUCCIÓN



“La Atención Primaria de Salud, según la Organización Mundial de la Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación; es además el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.¹

Por ende la salud, derecho fundamental garantizado por el Estado y eje estratégico para el desarrollo y logro del Buen Vivir, involucra a todas las instituciones prestadoras y formadoras de talento humano en salud, con la finalidad de afrontar los problemas en esta materia, ya sea a corto o largo plazo.

“Los enfoques del Nuevo Modelo de Salud implementado en nuestro país van orientados hacia resultados de impacto social partiendo desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida e insertando de esta manera al personal de salud a la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria de los Servicios de Salud”. (MAIS 2012)

El sistema actual de educación superior promueve la vinculación con la sociedad como eje transversal en todo proceso educativo y, con mayor énfasis en las Carreras de carácter social, como las ciencias médicas y afines que asumen el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en Salud, el mismo 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.

¹ OMS. (2013). *Atención Primaria De Salud*. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ 03-12-2013



Como base de su participación en salud la academia enmarca sus actividades orientándolas a las Estrategias de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) que es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, en este ámbito su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel, para articular así también las actividades con el segundo y tercer nivel de atención, mediante mecanismos de referencia y contra-referencia que aseguren en forma integral la continuidad de tratamientos de los pacientes. (MAIS 2012).

Luego del análisis sistemático de la problemática encontrada, el estudio pretende contribuir al fortalecimiento del MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL, en el Hospital Universitario de Motupe, aportando con estadísticas y datos que permitirán 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 las familias e individuos del Barrio Salapa Bajo Sector I y II.



4. REVISIÓN DE LITERATURA



DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL 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.

El desafío del Modelo de Atención es resolver los problemas de salud o las necesidades de la población, potenciando la capacidad de la misma de influir positivamente en su entorno.

El diagnóstico de salud implica contar con información y análisis de los determinantes de la salud a nivel biológico, económico, social, cultural, ambiental, que inciden sobre la calidad de vida y sobre los procesos individuales y colectivos de salud. El propósito básico es analizar las causas y consecuencias de los procesos de salud-enfermedad en la comunidad, así como identificar las condiciones y necesidades particulares de la población.²

Objetivos Estratégicos del MAIS

- Ⓢ Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS.
- Ⓢ Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel.

² MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53



- ④ Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de Salud en Red Pública integral y aplicación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme a la nueva estructura desconcertada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención.
- ④ Fortalecer la calidad de atención con talento humano capacitado, garantizando el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión
- ④ Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.
- ④ Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la incorporación de experiencias innovadoras y eficaces.
- ④ Fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de salud.³

MAPEO DE ACTORES

Es el proceso que permite identificar las relaciones de las personas, sociedad civil organizada, delegaciones de gobierno, instituciones educativas, municipalidades, agencias de cooperación técnica; los niveles de poder y la posición en términos de apoyo indiferencia u oposición respecto de un “OBJETIVO CONCRETO” que se construye alrededor de una nueva forma de hacer salud, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural.

Se basa en:

- ④ Levantamiento de información de actores individuales y colectivos con su representatividad y finalidad.

³ ÍDEM., 56-57.



- ④ Clasificar los actores por las acciones y los objetivos de su participación.
- ④ Identificar funciones y roles de cada actor.
- ④ Análisis de actores: relaciones predominantes, jerarquización del poder
- ④ Relaciones sociales de los actores.

MAPA PARLANTE

Los mapas parlantes son instrumentos técnicos y metodológicos que permiten conocer en forma gráfica a los actores sociales, el proceso vivido por los actores locales, los factores de riesgo y de protección: ambiental, estilos de vida, sanitario y biológico.

Para la elaboración de los mapas parlantes se debe utilizar los mapas disponibles en el distrito, o a su vez se los elabora conjuntamente con la población en talleres, asambleas.

La elaboración del mapa base deberá partir dentro de lo posible, de documentos cartográficos existentes y actualizados.

Elaboración del Mapa Parlante

- ✚ Elaboración de croquis: se elabora el gráfico o dibujo a partir de uno o más documentos cartográficos señalados anteriormente, se identifican accidentes geográficos, ríos, quebradas, las vías de comunicación, fuentes acuíferas, áreas de cultivo, áreas de pastoreo, áreas forestales, las viviendas, unidades de salud, unidades educativas, edificios importantes, mercados, entre otros.



Proceso para la sectorización urbana y rural

- ✚ Numeración de manzanas: La numeración de las manzanas se utilizara la existente y asignada por los gobiernos locales, de no existir se realizará en dependencia de la ubicación de la unidad operativa:
 - ❖ Si la unidad se encuentra ubicada en el centro de la zona de cobertura la numeración es en sentido centrifugo (de adentro hacia afuera) y siguiendo la dirección de la manecillas del reloj, se utilizará los números arábigos 1,2,3,4.
 - ❖ Si la unidad se encuentra en la periferia la numeración es centrípeta es decir de fuera hacia adentro siguiendo las manecillas de reloj.

- ✚ Numeración por sectores: La zona de cobertura se subdivide en cuatro sectores, apoyándose en los accidentes naturales (calles, avenidas, quebradas, ríos, etc.) que pudieran existir; cada uno de ellos se identificaran con números romanos y de manera secuencial siguiendo las manecillas del reloj. Esta subdivisión es facultativa pues a nivel de zonas rurales de población dispersa, suele resultar muy difícil esta subdivisión.

Cuando sea posible sobre todo en zonas urbanas, hay que tratar de que cada sector tenga un número similar de manzanas.

- ✚ Numeración de viviendas: Las viviendas se numeraran secuencialmente en cada una de las manzanas, partiendo con la vivienda No. 1 del extremo superior izquierdo de la primera manzana, continuando la numeración ascendente siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, sin romper la secuencia en



la manzana No. 2 y subsiguientes. Los lotes baldíos y las casas en construcción no recibirán numeración.

- ✚ Identificación de familias: A cada familia se le asignará un orden numérico (números y letras mayúsculas); el número será el mismo asignado a la vivienda, acompañado de la letra A. Cuando exista dos o más familias habitando en la vivienda, se mantendrá el mismo número y se añadirá la letra que corresponda, en orden alfabético.

- ✚ Sectorización en áreas dispersas: Generalmente no existen manzanas y es difícil o imposible conformar sectores, en estos casos para la identificación y numeración de las viviendas pueden servir los referentes locales como accidentes geográficos, vías de comunicación etc. o cualquier otra que se adecue más a la realidad local. Lo importante es que exista la máxima claridad en el diseño del mapa del territorio que debe cubrir el equipo de salud.

En los centros rurales a menudo deben realizarse varios croquis. El primero de ellos es global, poco detallado e identifica todas las poblaciones y comunidades de la zona de influencia. Los demás deben elaborarse para cada población y comunidad con el debido detalle.

- ✚ Identificación de sectores y familias de riesgo: Se realiza una convocatoria a los actores de la Red a los cuales se les socializa el proceso de construcción y/o actualización de los mapas parlantes enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de dichos instrumentos, la utilidad en los diagnósticos, auto evaluación



progresiva y la utilidad para permitir una planificación que mejore la salud de la población.

- Al grupo de actores se le presenta el mapa debidamente sectorizado y numerado de las manzanas y viviendas; se solicita entonces que identifique en los sectores cuales son los de mayor riesgo utilizando la siguiente matriz.
- A cada uno de los criterios se le dará una valoración de manera semi-cuantitativa utilizando la escala de Liker: 1 (bajo), 2 (medio), 3 (alto) con votación individual de los integrantes del grupo, luego se sumarán horizontalmente y el resultado se lo ubicará en la columna total.
- El sector de mayor puntuación será entonces la base de trabajo del equipo y la comunidad.

Ejemplo de selección de sectores prioritarios:

SECTORES	DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO A SERVICIOS DE SALUD	POBREZA	AGUA INSEGURA	ELIMINACIÓN INADECUADA DE BASURA	TOTAL	ORDEN DE PRIORIDAD
SECTOR I	3+3+3=9	=3	=5	=4	21	3
SECTOR II	=12	=8	=9	=9	38	2
SECTOR III	=18	=12	=12	=14	56	1
SECTOR IV	=3	=12	=6	=3	14	4

- Luego se solicita a los participantes que identifiquen familias que ellos las consideren de riesgo dentro de su comunidad, estas serán ubicadas en el mapa para su



posterior diagnóstico a través de la ficha familiar y el seguimiento.⁴

MAPEO DEL SECTOR

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

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/a y 1 Técnico de atención primaria de Salud-TAPS por cada 4000 habitantes.

■ **A nivel rural:** 1 médico/a y 1 enfermera/a 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.

⁴ IBIDEM., 188-190



Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades:

- Atención extra mural o comunitaria.
- Atención intramural o en el establecimiento.

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

El primer nivel de atención es definido como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud

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:

- ▣ Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud.
- ▣ Diagnóstico Situacional.
- ▣ Diagnóstico Dinámico.
- ▣ Mapa Parlante.
- ▣ Sala Situacional.

Atención integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno

La provisión de servicios del MAIS se caracteriza porque la organización se basa en el escenario de atención lo que permite implementar acciones de promoción de la salud, identificación y prevención de riesgos y enfermedad, atención, rehabilitación y



cuidados paliativos de acuerdo a normas y protocolos establecidos por las ASN.

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 y de esta manera poder promocionar la salud en la comunidad.

La posibilidad de contraer una enfermedad aumenta 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 la salud de la población se vería afectada.

Según los indicadores de salud, en el año 2010 una de las enfermedades más comunes que causa morbilidad son las Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo las Enfermedades Diarreicas 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 Arterial 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 la provincia de Loja las principales causas de morbilidad son las Infecciones Respiratorias Agudas con 55,424 casos, 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.

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.⁵

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.⁶

Es un país multiétnico y pluricultural, destacando las siguientes:

- Ⓢ Mestizos 65%.
- Ⓢ Indígenas 25%.
- Ⓢ Blancos 7%.
- Ⓢ Afro ecuatorianos 3%.
- Ⓢ Shuar 9,37%.

⁵e-Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} Edición, Septiembre 2012

⁶INEC. *Densidad Demográfica*. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>; (Consultado: 28/11/2013)



La distribución de la población de acuerdo a grupos etáreos y al sexo, según 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).⁷

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; mientras que la población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁸

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 presentado 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,

⁷IndexMundi. (2012). *Ecuador Distribución por edad*. [Base en línea]. Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html (Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00)

⁸Resultados provinciales-Loja. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual/Resultados-provinciales/loja.pdf>; (Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h10)



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 una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.⁹

Analfabetismo

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir, 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.

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

⁹Eumed.net. Situación De La Educación En El Ecuador. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm> (Consultado: 9/12/2013)



“mientras más pequeña es la tasa de analfabetismo es más difícil seguirla reduciendo” (UNESCO 2009).¹⁰

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 que influyen son los pedagógicos y metodológicos.¹¹

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 así 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.¹²

¹⁰ *Alfabetización en el Ecuador*. (2009). [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> (Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00)

¹¹ *La deserción*. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf>; (Consultado: 09/12/2013)

¹² *Educación en la Provincia de Loja*. [Base en línea]. Disponible en : <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109> (Consultado: 28/11/2013)



OCUPACIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, *ocupadas* son aquellas personas de 10 años y más que trabajaron al menos una hora en la semana de referencia, o pese a que no trabajaron, tienen empleo pero se ausentaron por vacaciones, enfermedad, licencia por estudios, etc. También se consideran ocupadas a las personas que realizan actividades dentro del hogar por un ingreso, aunque las actividades desarrolladas no guarden las formas típicas de trabajo asalariado o independiente.¹³

Las cifras revelan 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%.¹⁴

“Según el Censo del 2001, los habitantes de la provincia de Loja están dedicados 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”.¹⁵

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.

¹³INEC. *Glosario de Términos.* [Base en línea]. http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_content&view=article&id=278&Itemid=57&lang=es (Consultado: 28/11/2013)

¹⁴INEC. *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador.* [Base en línea]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf Consultado: 09-12-2013

¹⁵Loja-Ecuador. [Base en línea]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja (Consultado: 09-12-2013)



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

RIESGOS BIOLÓGICOS

- **Personas con vacunación incompleta:** a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con el desconocimiento de las madres hacia la importancia de los beneficios que tiene la vacunación.
- **Personas con mal nutrición:** el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes. 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:** En los países en vías de desarrollo la mortalidad materna, neonatal y de la niñez aún es un problema lacerante para el conjunto de la sociedad. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Estas acciones tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia



materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.¹⁶

- 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 físicas y motoras con un 36,76%, seguida con las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.¹⁷

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 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

¹⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [Base en línea]. México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

¹⁷ Distribución de la población en el Ecuador. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://solnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html>. (Consultado: 10/12/13, 10:15)



habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.¹⁸

- Personas con problemas mentales: (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, revelando que la discapacidad mental en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁹

RIESGOS SANITARIOS

- Consumo de agua insegura: según datos del Censo 2010, el 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no tiene 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.
- 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

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

¹⁹Discapacidad mental. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html>. (Consultado: 10/12/13 9:00)



cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medioambiente y diseminan enfermedades.

- Impacto ecológico por industrias: gran parte del mundo depende de la producción del petróleo las cuales pueden causar daños graves al medio ambiente, la población humana y la vida animal ya sea a sabiendas o involuntariamente.
- Animales intra-domiciliarios: las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes debido a la convivencia con animales, sin embargo existen enfermedades que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud debe informar 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.

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 disminuyó 4,23%, para 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).²⁰

²⁰ANDES. (2013). *Pobreza Rural*. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html> . (Consultado: 10/12/13, 9:25)



- 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 mantenimiento de dicha situación a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones.²¹
- Desempleo o empleo informal del jefe de familia: es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencia de ambos padres. 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 del 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 2012.²²
- 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.

²¹ ANDES. (2013). *El analfabetismo en el Ecuador*. [Base en línea]. Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-684.html> (Consultado: 10/12/13, 9:45)

²² *Adolescencia en el Ecuador*. [Base en línea]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3Adeempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es . (Consultado: 10/12/13, 8:45)



- **Violencia, Alcoholismo y Drogadicción:** actualmente no hay duda de que el alcoholismo constituye el problema de más importante ya que 70% y 80% de la población consumen alcohol; el cual es el responsable principal de violencia, ocasionando 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.
- **Malas condiciones de la vivienda:** el problema de las condiciones de la vivienda constituye 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.
- **Hacinamiento:** es la situación 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 40% de la población del Ecuador viven en hacinamiento el cual es uno de los problemas 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.²³

ENFERMEDADES CRÓNICAS

La OMS define a las Enfermedades Crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de lenta progresión: por término medio

²³ Definición del Hacinamiento. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx> . (Consultado: 10/12/2013)



toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes e 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.²⁴

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:

- ▶ Accidentes Cerebrovasculares
- ▶ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- ▶ Obesidad
- ▶ Diabetes
- ▶ Trastornos Neuropsiquiátricos
- ▶ Afecciones Digestivas
- ▶ Discapacidad Visual y Auditivas
- ▶ Enfermedades Osteoarticulares
- ▶ Afecciones Bucodental
- ▶ Enfermedad Renal

Impacto de las Enfermedades Crónicas

En el 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 Ecuatoriana.

²⁴Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina/Universidad católica de Chile. [Base en línea]. Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php. (Consultado: 09/12/13)



“En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, Cerebro-Vasculares, a Influenza y Neumonía, son responsables del 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”.

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.²⁵

Algunas enfermedades degenerativas son:

- **Espidilo 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

²⁵ Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> (Consultado el 09/12/13)



independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen”.²⁶

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, acceso a agua y alimentos no contaminados. Las muertes por SIDA, Tuberculosis, Malaria, Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.²⁷

- ✘ 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 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) cada día. Más de 340 millones de ITS curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.²⁸

- ✘ Enfermedad Diarreica Aguda: es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y

²⁶ Enfermedades crónicas: disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php, (Consultado: 5/12/13)

²⁷ Enfermedades infecciosas disponibles en:

<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> . (Consultado: 5/12/13)

²⁸ *Control de enfermedades transmisibles*. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos>



frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

- ✘ 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.

- ✘ 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.

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.²⁹

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

²⁹PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones. [Base en línea]. Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. (Consultado: 09-12-2013)



discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³⁰

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.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012 “se realizaron 190.000 tamizajes neonatales y se han detectado 50 casos positivos”,³¹ 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 recién nacido, es la causa más común de retardo mental prevenible.
- **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.

³⁰Con Pie Derecho “La Huella del Futuro. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> (Consultado: 09-12-2013)

³¹Programa de Tamizaje Neonata. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/> (Consultado 27-11-2013)



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 sexos.

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

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS 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.

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.

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.³²

LACTANCIA MATERNA

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

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 exclusivamente 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.

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 24 meses, deben administrar tres comidas y puede ofrecerles otros dos refrigerios nutritivos si lo desean.

³²Cortez, R. (2001). "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1Y1YuZ>.



Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento.³³

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 y 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.

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.³⁴ Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño se valora otro aspecto, las inmunizaciones.

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

³³OMS. (2013). "¿Hasta qué edad es importante alimentar al bebé sólo con leche materna?". [Base en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

³⁴PEDIÁTRICA®. (2013). *Control del niño sano*. [Base en línea]. Disponible en: <http://pediatria.org/?p=> Consultado el 12/12/2013



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.

Valoración del Estado Nutricional por el 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.

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, provocando rigidez muscular y espasmos característicos del tétanos generalizado, ésta 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 uno o varios “test” en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, el más usado es el Test de Snellen, que están formados por filas de letras o imágenes 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.³⁵

ESTUDIO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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

Educación Básica

El Ministerio de Educación, en Ecuador 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

³⁵PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. (2007). *Tamización de agudeza visual en niños menores de cinco años*. [Base en línea]. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado: 10/12/2013



capacidades que los lleven a resolver problemas, tomar decisiones e integrar el arte y la comunicación a sus procesos formativos.³⁶

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.

RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES

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.

Existen factores asociados al fracaso escolar; sin embargo son esos mismos factores los que propician el éxito escolar entre ellos tenemos:

- ❖ Factores sociales y culturales: la clase social (determinada por el ingreso familiar, la escolaridad de la madre, del padre, el tipo y ubicación de la vivienda) ha sido reprobada como una variable relacionada con el hecho de que los alumnos sufran fracasos escolares.

- ❖ Factores escolares: el ambiente escolar también ha sido señalado como un factor que afecta el desempeño escolar de

³⁶Escobar A., Velasco M. (2010). *Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. [Base en línea]. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte2.pdf Citado el 10/12/2013



los alumnos; en este ambiente podemos citar la administración de la institución educativa (sus políticas, estrategias, etc.) y el profesor (capacitación, compromiso, etc.).

- ◆ 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, el contexto familiar del estudiante determina los aspectos económicos, sociales y culturales que llegan a limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo.
- ◆ Factores personales: se ha descrito el éxito y el fracaso escolar recurriendo a las diferencias individuales en inteligencia o en aptitudes intelectuales.³⁷
- ◆ 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

³⁷Torres L., Rodríguez N. (2011) *Rendimiento académico, familia y Equidad de género*. [Base en línea]. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/870/87019755003.pdf> Citado el 10/12/2013



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 Y ADOLECENTES

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.

Los trastornos de conducta han sido asociados con:

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

Los trastornos de conducta a menudo están asociados con el trastorno de déficit de atención, también puede ser un signo inicial de depresión o trastorno bipolar. Los niños/as pueden llegar a desarrollar trastornos de personalidad como adultos, en particular el trastorno de personalidad antisocial.



ATENCIÓN MATERNA

Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2009 - 2013) tienen entre sus metas "Reducir en un 35% la muerte materna y neonatal." Es por ello que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Ministerio de Salud Pública emite la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), como un instrumento efectivo para la aplicación de la Estrategia de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal,³⁸ camino eficaz para alcanzar estas metas. 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, 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 facultativo lo indique.

³⁸ MSP-Ecuador. (2013). *Reducción de muerte materna y neonatal*. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>



CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos 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.³⁹

Los objetivos de los controles médicos son:

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

Según la Organización Mundial de la Salud, se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁴⁰ 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.

³⁹OMS-Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2003). *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. [Base en línea]. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/es/index.html (Consultado: 11-12-2013)

⁴⁰MPS. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. [Base en línea]. Bogotá, Colombia. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/134919280/guia_tomo1 (Consultado: 11-12-2013)



En el Ecuador el Tétanos Neonatal (TNN) 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”.⁴¹

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”.⁴²

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.⁴³“El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos”. (Demicheli V., Barale A., Rivetti A., 2008)
- ◆ Regulación de la fecundidad: actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad

⁴¹Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 [Base en línea]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf>

⁴²Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2012). *Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza*. [Base en línea]. Atlanta-USA. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/> (Consultado: 05/12/2013)

⁴³Atención Primaria de Salud. [Base en línea]. Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. (Consultado: 05/12/2013)



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.

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).⁴⁴

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 el contagio de ITS.

a) Métodos Naturales:

- ✘ Método del Calendario o del Ritmo.
- ✘ Método del moco cervical.

⁴⁴OMS. (2013). *Planificación Familiar*. Nota descriptiva N°351. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>



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:

- ✗ La Píldora (solo o combinado).
- ✗ Inyectables mensuales y trimestrales.
- ✗ Implantes subdérmicos.
- ✗ Parche Anticonceptivo.

PAPANICOLAOU

La citología cervical o cervicouterina comienza, en 1943, con George N. Papanicolaou, un zoologista de profesión, quién empezó estudiando el comportamiento cíclico del epitelio vaginal, al comienzo en investigaciones con animales y más tarde con seres humanos; desarrollando una técnica con fijación alcohólica de los extendidos citológicos, así como una técnica diferenciada de tinción. En 1942 publicó su técnica de tinción denominada “Técnica de Papanicolaou”; y en 1943 junto al ginecólogo Traut publicó su mundialmente conocida monografía “Diagnóstico del cáncer de cuello uterino mediante el Frotis vaginal”, que significó el reconocimiento internacional definitivo de la citología ginecológica. (*Friedrich Nauth, 2005*).

El test de Papanicolaou tiene como objetivo identificar células anormales en una muestra obtenida de la zona de transformación



(zona T), que es un área del cuello uterino, donde el epitelio escamoso reemplaza al epitelio glandular en un proceso llamado metaplasia escamosa, y en general se inicia cuando el epitelio glandular (cilíndrico) es expuesto a la acidez de la vagina. La zona de transformación es la región donde la displasia y el cáncer suelen generalmente surgir. (Sirovich, Feldman, & Goodman, 2012). En esta región se reportan más del 90% de las lesiones precancerosas y cancerosas de cuello uterino. (Forbes, Jepson, & Hirsch, 2008). Además de la detección de lesiones premalignas y/o malignas, la citología cervicouterina o Papanicolaou, también puede ser útil para otros diagnósticos, como cambios en el estado hormonal de las mujeres e infecciones de transmisión sexual por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia*, etc.

La detección citológica es una de las historias de mayor éxito en la medicina. La prueba de Papanicolaou detecta la mayoría de las neoplasias cérvico-uterinas durante la prolongada fase premaligna y oculta temprana, cuando son mejores los resultados del tratamiento.

“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”.⁴⁵

⁴⁵GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década*. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA



5. MATERIALES Y MÉTODOS



El estudio titulado “Diagnóstico comunitario de salud del barrio Salapa Bajo Sector I y II”, como parte del Proyecto “ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2013”.

Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo- transversal que permitió elaborar la línea de base, que contribuirá a mejorar la oferta de servicios de salud por parte del Hospital Universitario de Motupe y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud.

Área de estudio

El barrio Salapa Bajo, se encuentra ubicado al Norte de la ciudad de Loja, fuera de la expansión urbana, posee un clima templado que oscila entre 15°C y 25°C, se caracteriza por ser un sector agrícola y ganadero debido a las características climáticas y geológicas de la zona; por lo que las principales fuentes de ingreso de su población son: agricultura, ganadería, entre otras actividades complementarias.

Las vías de acceso son de segundo orden y el medio de transporte más utilizado son los buses urbanos. La población del barrio cuenta con una escuela de Educación Básica e Inicial, sin embargo carecen de servicios básicos como agua potable y red de alcantarillado.

Universo y Muestra

El universo está constituido por 26 barrios que forman parte del área de influencia del Hospital Universitario de Motupe.



La muestra se encuentra conformada por 62 familias que habitan el Barrio Salapa Bajo, en sus sectores I y II.

Técnicas e Instrumento

La visita domiciliaria fue el método de acercamiento a esta comunidad, y la técnica fue la entrevista, los instrumentos que permitieron recopilar la información fue la ficha familiar elaborada por el MSP y que es parte de la Historia Clínica del paciente (SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008), se anexa a esta ficha una guía de entrevista que permitió completar la información requerida para la línea de base.

Procesamiento de la Información

Los datos obtenidos luego de la aplicación de la ficha familiar y la entrevista, fueron organizados y tabulados de acuerdo al problema y objetivos planteados en la investigación. La presentación de la información se realizó en tablas simples y gráficos, con su respectivo análisis e interpretación, basado en el marco teórico de esta investigación.

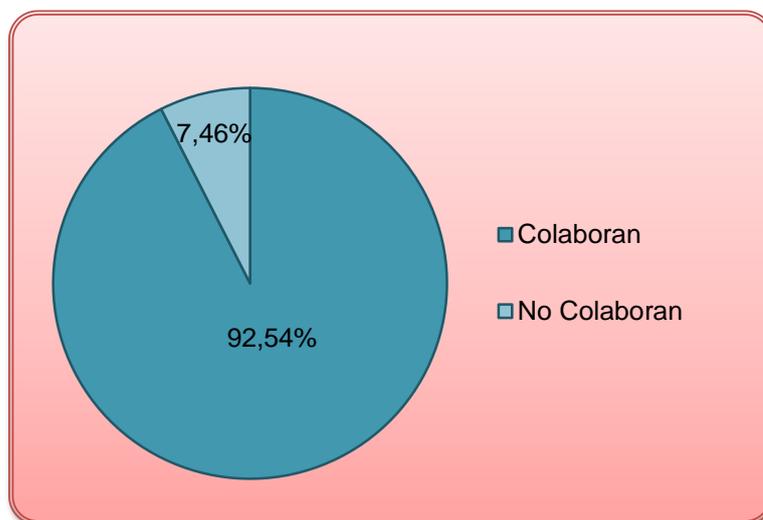
Así mismo para la elaboración del mapa parlante se partió desde un elemento cartográfico existente, se elaboró el croquis y posteriormente el proceso de sectorización e identificación de familias con riesgo. Para su presentación se utilizó el programa AutoCAD 2012.



6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS DEL BARRIO “SALAPA BAJO
SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

El estudio se realizó en el Barrio Salapa Bajo, sectores I y II, se encontraron 67 familias, de las cuales **7,46%** no participan en el estudio. Cabe señalar que tras su respectivo registro en el mapa parlante, el equipo de salud tomará acciones para complementar el trabajo con todas las familias de la comunidad.



TABLA Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL
BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”

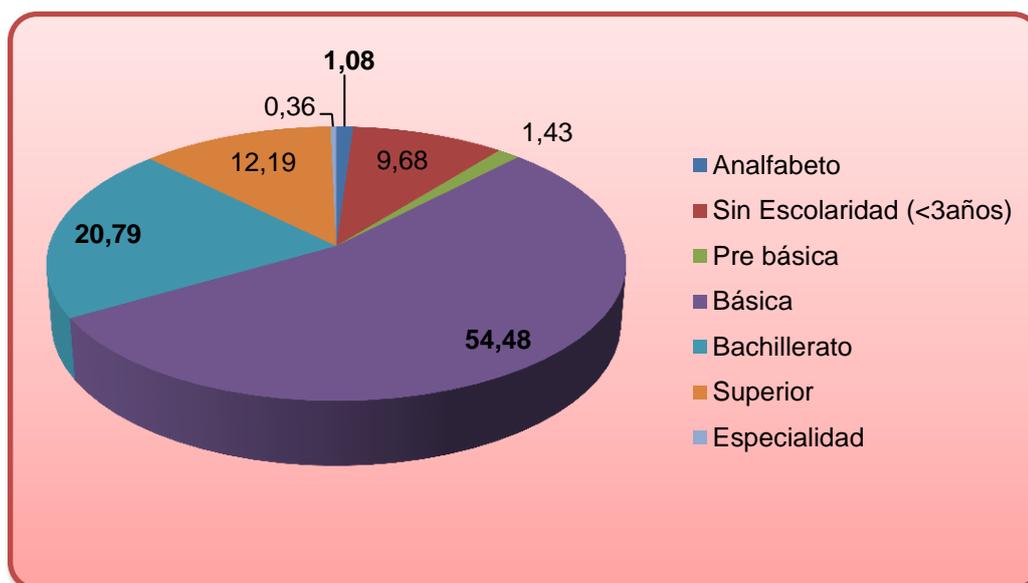
POBLACIÓN	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	3	1,08	1	0,36	4	1,43
1-4 años	10	3,58	17	6,09	27	9,68
5-9 años	8	2,87	8	2,87	16	5,73
10-19 años	31	11,11	23	8,24	54	19,35
20-64 años	90	32,26	61	21,86	151	54,12
65 años y más	12	4,30	15	5,38	27	9,68
Total	154	55,20	125	44,80	279	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

Los datos revelan que la población más sobresaliente en esta comunidad es la del sexo masculino; de manera general en el rango de edad de entre 60-64 años con **32,26%**, mientras que la población de sexo femenino en ese mismo rango de edad es de **21,86%**.

TABLA Nº 3

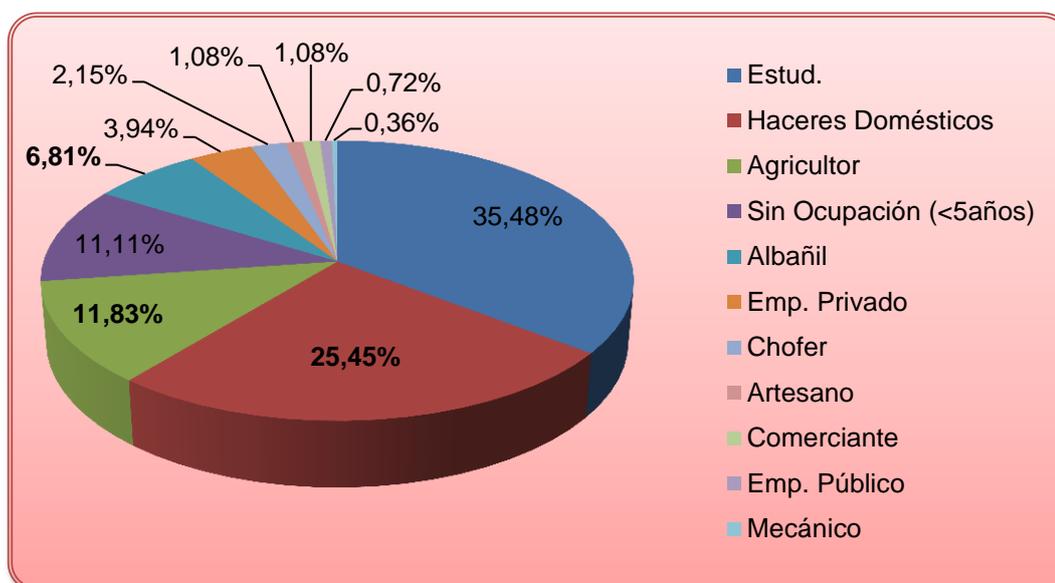
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “SALAPA BAJO
SECTOR I Y II” SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

Según los datos obtenidos el nivel de escolaridad de los habitantes de este sector es el básico **54,48%**; seguido a ello se encuentra el bachillerato con **20,79%**, también se registró que **1,08%** de la población es analfabeta.

TABLA N° 4
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO “SALAPA BAJO
SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II

ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

NOTA: la categoría “Sin Ocupación” corresponde a los/as menores de 5 años

Las labores que generan ingresos económicos para esta población se presentan con una marcada concentración en actividades primarias, dentro de ellas se encuentran: agricultura y ganadería con el **11,83%**, albañilería **6,81%**, actividades de transporte **2,15%**, comercio **1,08%**, entre otras.

Por otro lado, las cifras más altas están representadas por ocupaciones como: estudiantes **35,48%** y Haceres Domésticos **25,45%**.



TABLA Nº 5

RIESGOS BIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO “SALAPA
BAJO SECTOR I Y II”

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con Enfermedad de Impacto	1	0,36	278	99,64	279	100
Personas con Mala Nutrición	13	4,66	266	95,34	279	100
Personas con Discapacidades	2	0,72	277	99,28	279	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II

ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

NOTA: se eliminan las categorías “Embarazadas con Problemas y Personas con Problemas Mentales” por no existir estadísticas.

Dentro de la clasificación de riesgos biológicos en estos sectores, encontramos **4,66%** de personas con trastornos nutricionales; **0,72%** de personas con discapacidad: física e intelectual; y 0,36% con enfermedades de impacto, en este caso Enfermedad Diarreica Aguda. Todas estas características individuales, asociadas a factores de riesgo incrementan la probabilidad de que el individuo presente daños para su salud ya que estos riesgos no se presentan de manera aislada.



TABLA N° 6
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO “SALAPA
BAJO SECTOR I Y II”

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	62	100	-	-	62	100
Mala eliminación de basuras y excretas	61	98,39	1	1,61	62	100
Mala eliminación de desechos líquidos	61	98,39	1	1,61	62	100
Animales intradomiciliarios	53	85,48	9	14,52	62	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II

ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

NOTA: se elimina la categoría “Impacto Ecológico por Industrias” por no existir datos.

Uno de los principales problemas sanitarios de este barrio es la falta de abastecimiento de agua potable, es por ello que el **100%** las familias de este sector consumen agua entubada.

El pozo séptico en esta localidad, donde no existe red de alcantarillado “soluciona” el problema de eliminación de aguas residuales en un **98,39%** de la población. En cuanto a la recolección de basura en este sector el **98,39%** no tienen cobertura de este servicio, por lo que han optado por quemar la basura inorgánica y enterrar la orgánica, como abono para sus sembríos.

En lo referente al indicador de animales intradomiciliarios tenemos que el **85,48%** de familias poseen y conviven con ciertos animales como: perros, gatos, aves de corral, cuyes, etc.



TABLA N° 7

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO
“SALAPA BAJO SECTOR I Y II”

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	44	70,97	18	29,03	62	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	31	50,00	31	50,00	62	100
Analfabetismo del padre o la madre	3	4,84	59	95,16	62	100
Desestructuración familiar	2	3,23	60	96,77	62	100
Violencia, Alcoholismo, Drogadicción	14	22,58	48	77,42	62	100
Malas condiciones de la vivienda	29	46,77	33	53,23	62	100
Hacinamiento	13	20,97	49	79,03	62	100

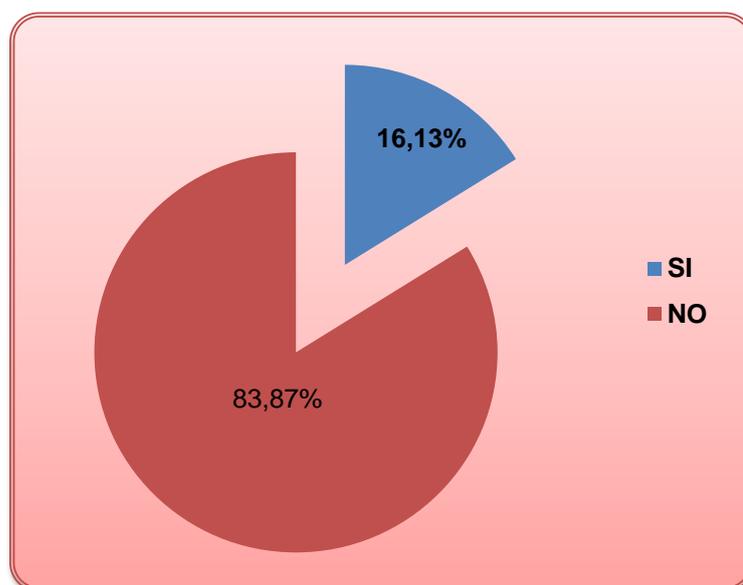
FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

La pobreza es el principal riesgo socioeconómico, en esta población, afecta aproximadamente al **70,97%**; característica propia de los países en desarrollo, a esto se suma el **50%** de jefes de familia que tienen empleo informal y/u ocasional, por último también se evidencia un porcentaje de casas con características físicas inadecuadas correspondiente al **46,77%**.

Otra problemática presente en el **22,58%** de la población es el consumo de bebidas alcohólicas.

TABLA N° 8

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5
AÑOS DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

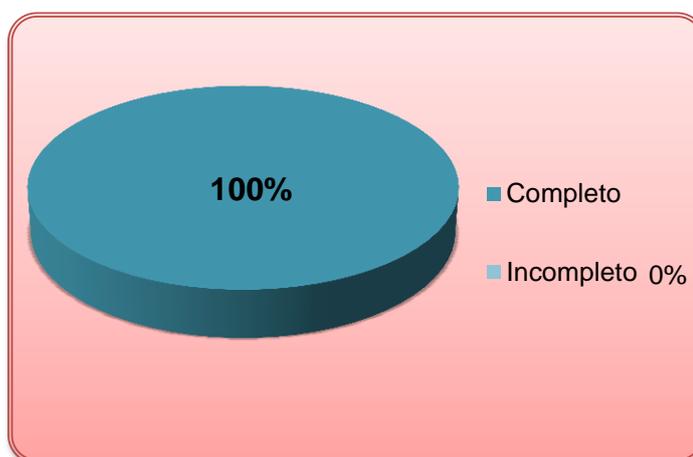
El Tamizaje Neonatal, programa de reciente implementación es una acción de medicina preventiva con el propósito de búsqueda de alguna enfermedad, cuyo diagnóstico y tratamiento precoces disminuyen la morbilidad, mortalidad y evita las discapacidades.⁴⁶

Del total de los niños menores de 5 años al **16,13%** se le realizó el Tamizaje Neonatal, por el contrario un 83,87% no se realizaron la prueba; esto se debe a que el programa se inició en Diciembre 2011.

⁴⁶PROTOCOLO DE TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL, MSP-Vicepresidencia de la República del Ecuador, Quito, 2011

TABLA N° 9

ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora
Nota: el rango “Esquema Incompleto” es eliminado por no existir casos

El Ecuador es el primer país latino-americano que adopta en forma oficial la modalidad del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), cuyo objetivo permanente ha sido contribuir con la población para disminuir el índice de morbi-mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles.⁴⁷

Se estima que los conocimientos que las comunidades tienen en relación a la inmunización de los niños contra las enfermedades inmunoprevenibles es esencial para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en “reducir la mortalidad infantil; con la meta de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de las niñas y los niños menores de 5 años”.⁴⁸

Las vacunas y su aplicación por parte de las Unidades Operativas del MSP son gratuitas; si bien es cierto su acceso es un derecho de todos los/as niños/as, es responsabilidad de los padres o personas responsables de su cuidado llevarlos a vacunar en la fecha indicada.

⁴⁷OPS. *Inmunización*. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/vacunas.htm>. Consultado 05-11-2013

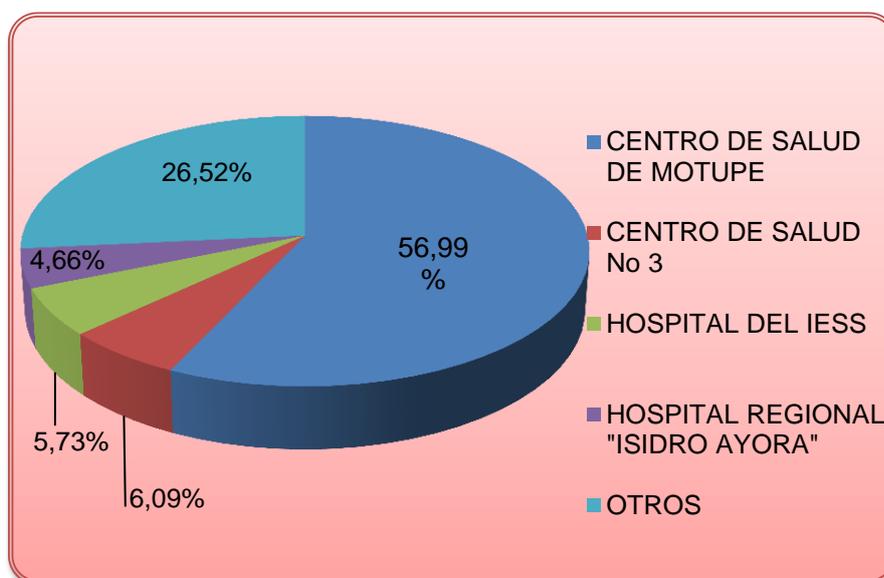
⁴⁸II INFORME NACIONAL DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO – Ecuador, 2007



Con gran satisfacción se observa que en los dos sectores de este barrio el **100%** de los/as niños/as menores de 5 años cumplen el esquema básico de vacunación adecuado para la edad.

TABLA N° 10

LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR II Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II

ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

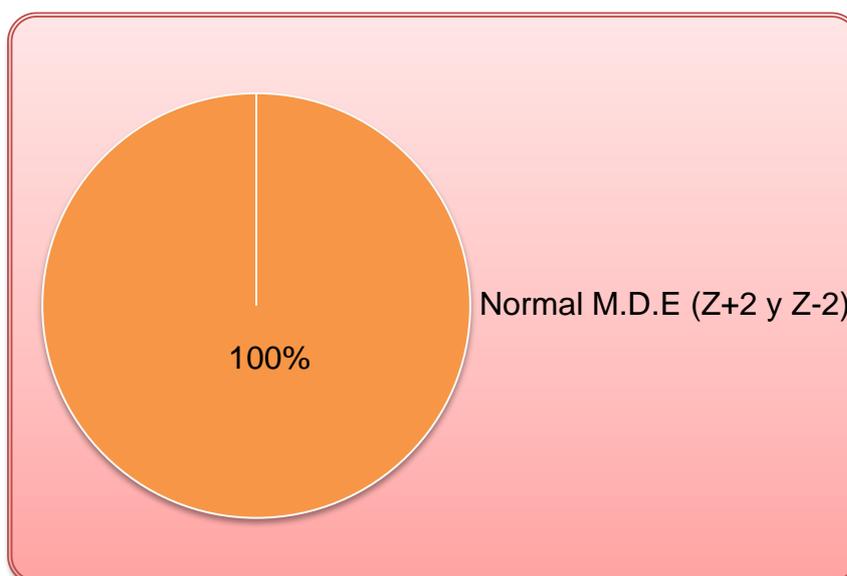
Nota: la categoría "Otros" corresponde a médicos privados, clínicas, Policlínicos, ISSFA e ISSPOL

Los datos presentados en cuanto al ejercicio individual del derecho a la salud y la prestación de servicios por parte de las entidades del Ministerio de Salud Pública, presentan cifras altas, es así que el **56,99%** acuden al Centro de Salud de Motupe, con el sistema de referencia y contrarreferencia un **6,09%** acuden al Centro de Salud N° 3 y el **4,66%** de la población al Hospital Regional "Isidro Ayora". Por otro lado las consultas médicas a nivel particular en clínicas, policlínicos, hospitales del ISSFA, alcanzan el 26,52%.



TABLA N° 11

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR II Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II

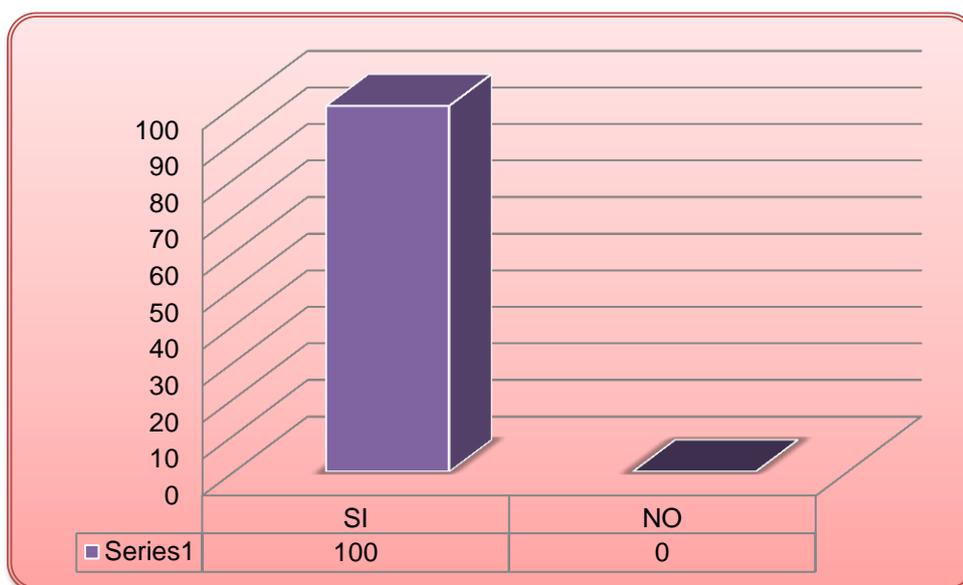
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

Nota: los indicadores Desnutrición Leve, Moderada, Grave, Sobrepeso y Obesidad no son tomados en cuenta por no existir datos estadísticos.

Según los datos obtenidos en cuanto a la valoración del crecimiento y desarrollo tenemos que el **100%** de los niños/as menores de 5 años tienen un buen estado nutricional, es decir se encuentran en el rango normal.

TABLA N° 12

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR II Y II”

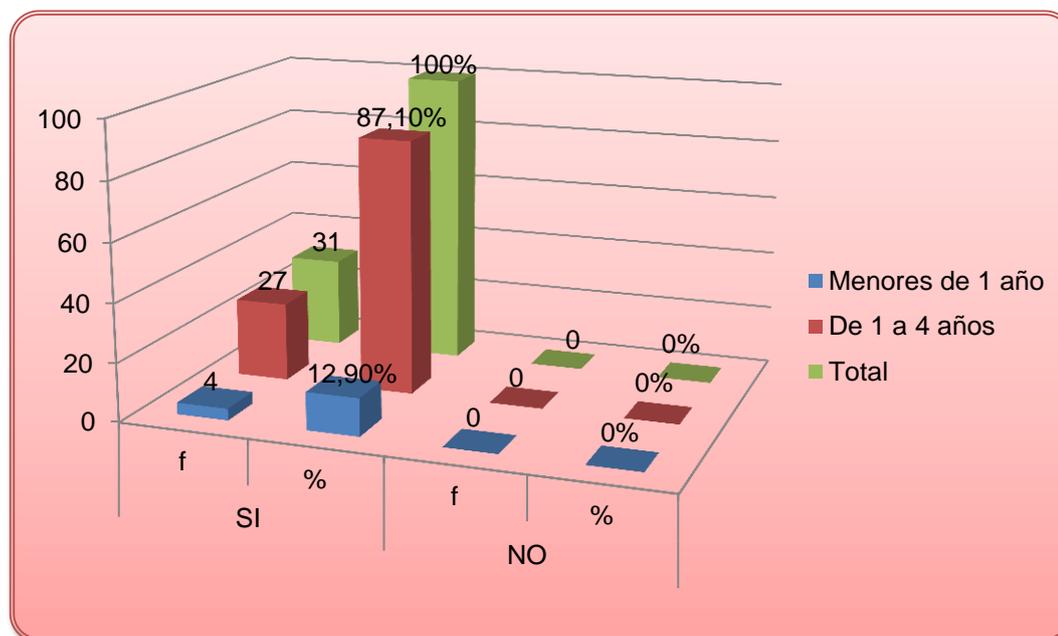


FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

Para la OMS la leche materna es la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños, se sabe que mediante la lactancia la madre aporta al niño una óptima alimentación; se observa que en esta población el **100%** de niños/as fueron amamantados en su gran mayoría hasta el año y seis meses de edad, e inclusive hasta los dos años,

TABLA N° 13

**CONTROLES MÉDICOS PREVENTIVOS EN LOS/AS NIÑOS/AS
MENORES DE 5 AÑOS DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR II Y II”**



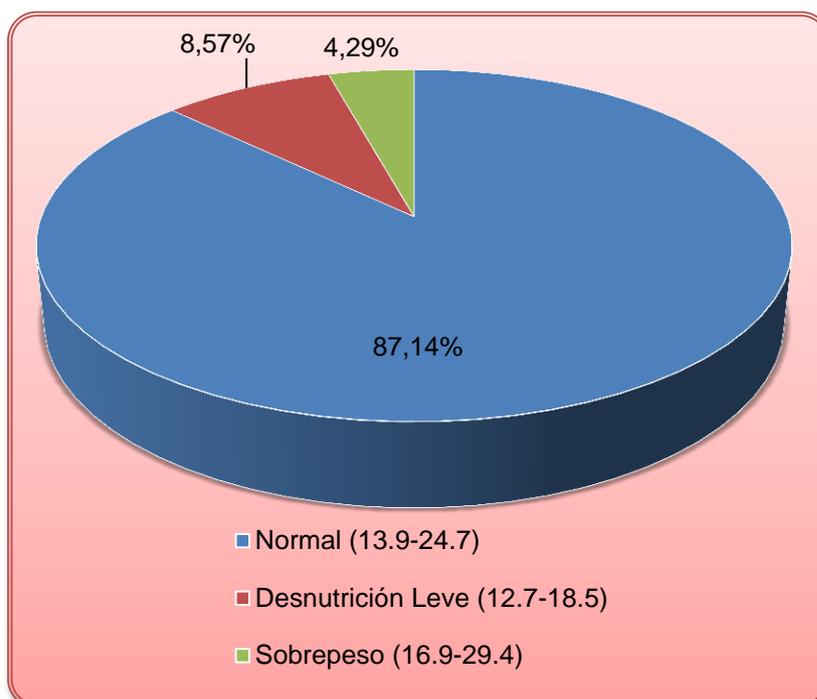
FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

La UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) recomienda que los niños/as tengan un control médico cada mes, durante los primeros 12 meses de vida; y partir del segundo año uno cada dos meses.

De los datos encontrados en la presente investigación se determina que el **80,65%** de niños/as tienen un promedio ideal de controles, paulatinamente las cifras disminuyen; influye en este ámbito la poca costumbre que tienen las madres para realizar la visita médica preventiva y de control, por lo general llevan a sus hijos al médico cuando estos presentan patologías como diarreas, infecciones de las vías respiratorias, etc.

TABLA N° 14

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR II Y II”
EVALUADO MEDIANTE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II

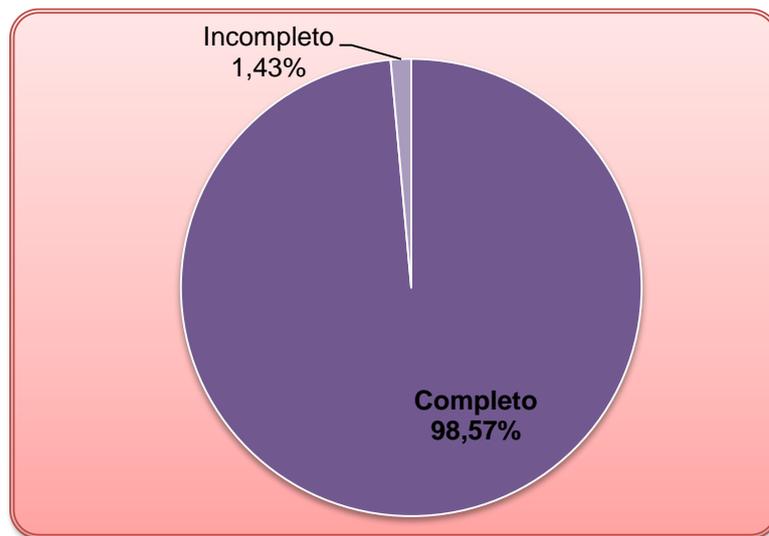
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

Nota: los indicadores Desnutrición Moderada y Grave; así como Obesidad no presentados por no existir datos referenciales.

Luego de la determinación del IMC (Índice de masa corporal) en los escolares y adolescentes de este barrio, encontramos trastornos nutricionales, tales como desnutrición leve en el 8,57% de escolares y adolescentes, y sobrepeso en el 4,29% de este grupo.



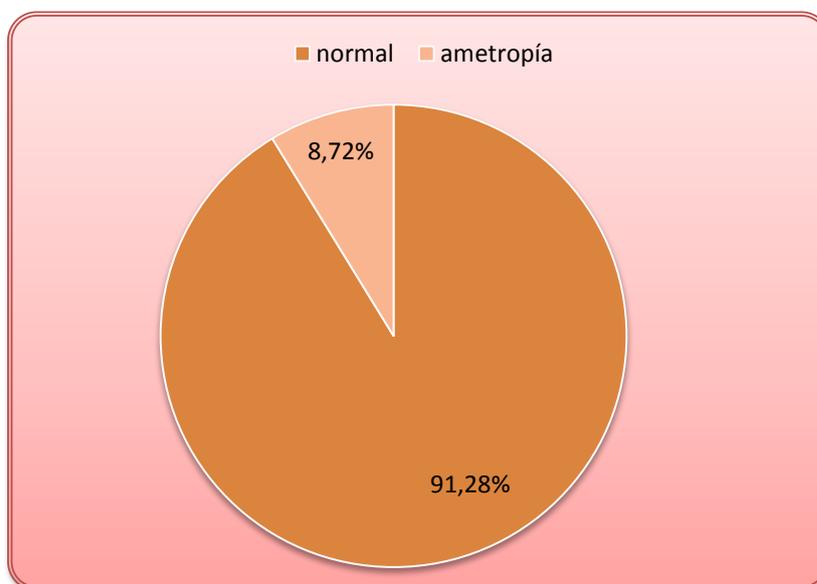
TABLA N° 15
ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO “
SALAPA BAJO SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

En cuanto a cobertura de DT en escolares y adolescente observamos que el **98,57%** tienen el esquema completo para la edad; esto garantiza que la población adquiera inmunidad a largo plazo frente a enfermedades como difteria y tétanos.

TABLA N° 16
AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO
“SALAPA BAJO SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

La visión es un sentido muy importante para ser humano tanto en el aspecto físico, como en el psicosocial. La visión es un instrumento no solo de supervivencia, sino un auxiliar del pensamiento y un medio para enriquecer la existencia; si un individuo tiene fallas en su agudeza visual, se verá afectado en las múltiples actividades cotidianas que le corresponda desempeñar.⁴⁹

Mediante la aplicación del Test de Snellen, se identificó en esta comunidad que el **8,26%** de la población escolar y adolescente presentan trastornos de la agudeza visual.

⁴⁹Revista indexada en LATINDEX: 2009 Agudeza visual. Parámetro olvidado de la atención primaria. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal en los apartados de Medicina y Enfermería

TABLA N° 17
ACCESO A LA EDUCACION EN LA POBLACION ESCOLAR Y
ADOLESCENTE DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”

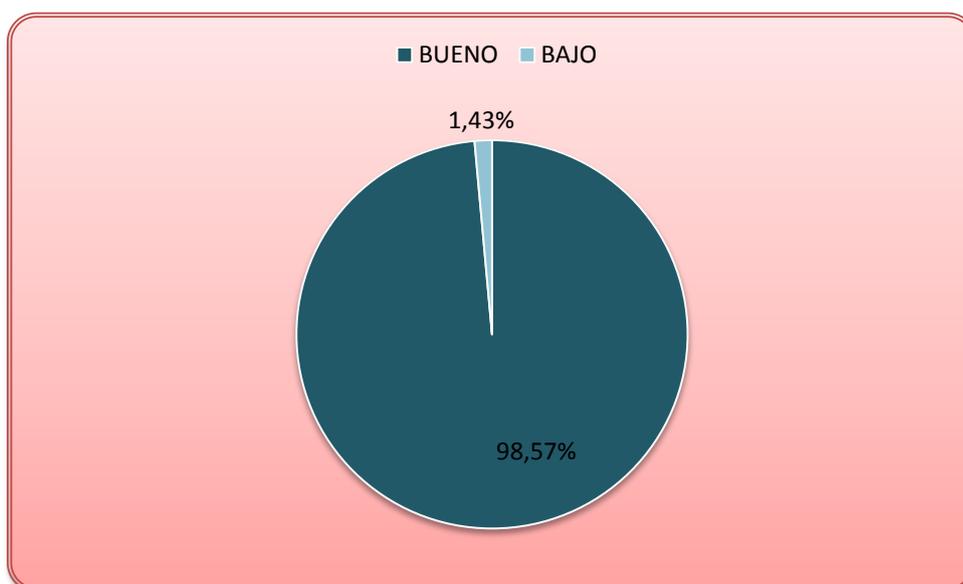


FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

La educación es un derecho humano fundamental, y es inherente a todos los niños y niñas. Es crucial para nuestro desarrollo como individuos y de la sociedad, y contribuye a sentar los cimientos para un futuro fructífero y productivo.

En esta área el 1,43% de niños/as y/o adolescentes no estudian ya sea por falta de recursos económicos, o limitaciones familiares; esta situación se convierte en un factor de riesgo, ya que al abandonar el estudio los/as adolescentes se convierten en mano de obra ya sea dentro o fuera del hogar; esto pone en riesgo su desarrollo y vulnera su derecho a la educación y recreación; esta falta de educación conlleva a la pobreza existente, puesto que condiciona el acceso a niveles más bajos del mercado laboral.

TABLA N° 18
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II” SEGÚN FAMILIAR
INFORMANTE

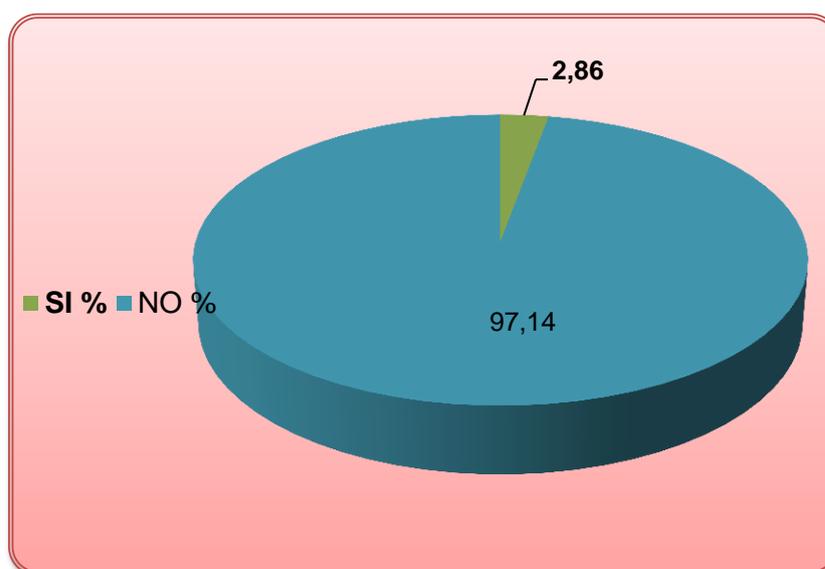


FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

En cuanto al rendimiento académico (percibido por una nota que obtiene el estudiante como resultado del proceso de enseñanza-aprendizaje) de los escolares y adolescentes, la valoración de los familiares, estima que el **98,57%** es bueno; y en el 1,43% bajo.

TABLA N° 19

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II” SEGÚN EL
INFORMANTE

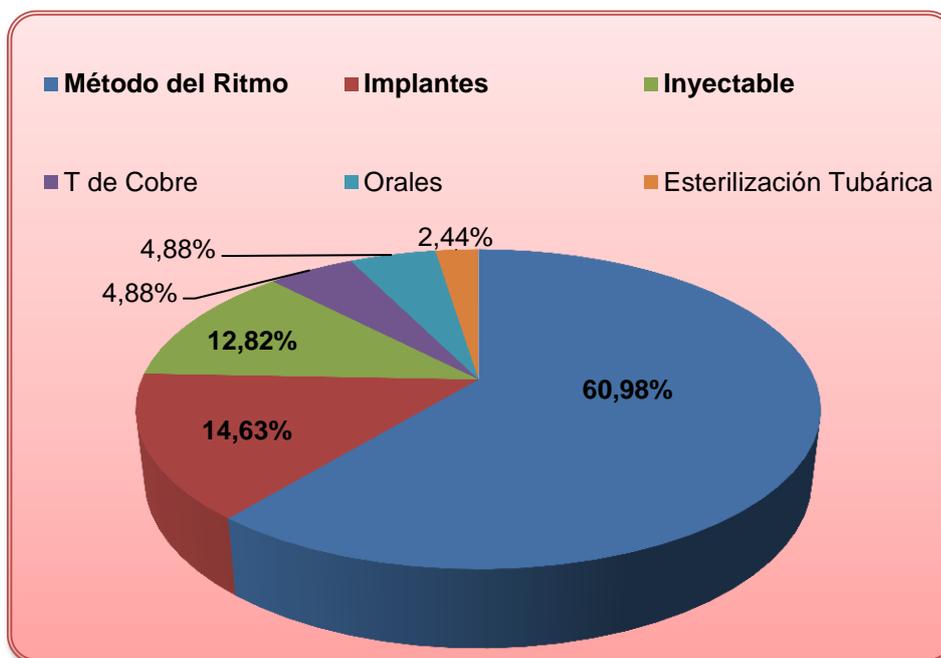


FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

El comportamiento de los escolares y adolescentes es el resultado de una serie de determinantes biopsicosociales y culturales, de donde el factor familiar es el más importante, ya que tiene más influencia a la hora de transmitir valores e inculcar principios. Los factores de riesgo provenientes de la desestructuración familiar son cruciales en el apareamiento de conductas violentas, esto se relaciona con maltrato y abandono infantil, la falta de interacción emocional entre padres y niños, el consumo de alcohol y drogas de un miembro del hogar, la falta de comunicación entre cónyuges, los conflictos maritales (*Jumbo F, pág. 13, 2010*).

En el presente estudio se encontró que el 2,86% de escolares y adolescentes presentan ciertos problemas de conducta, que se manifiestan con desinterés académico, inadecuadas relaciones con su entorno, etc.

TABLA N° 20
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL
DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

Para la OMS la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Esto resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.⁵⁰

Los datos obtenidos revelan que en esta comunidad el 60,98% de mujeres en edad fértil utilizan como método de regulación de la fecundidad el método del *ritmo o calendario*, en segundo lugar de preferencia y/o aceptación están los métodos hormonales: implantes subdérmicos e inyectables con 14,10% y 12,82% respectivamente.

⁵⁰OMS. (2013, MAYO). *Planificación Familiar*. Nota descriptiva N°351. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>



TABLA N° 21
DOSIS DE VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS
EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL
DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”

DOSIS DE DT	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Primera	68	100	0	0,00	68	100
Segunda	50	73,53	18	26,47	68	100
Tercera	39	57,35	29	42,65	68	100
Cuarta	13	19,12	55	80,88	68	100
Quinta	3	4,41	65	95,59	68	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

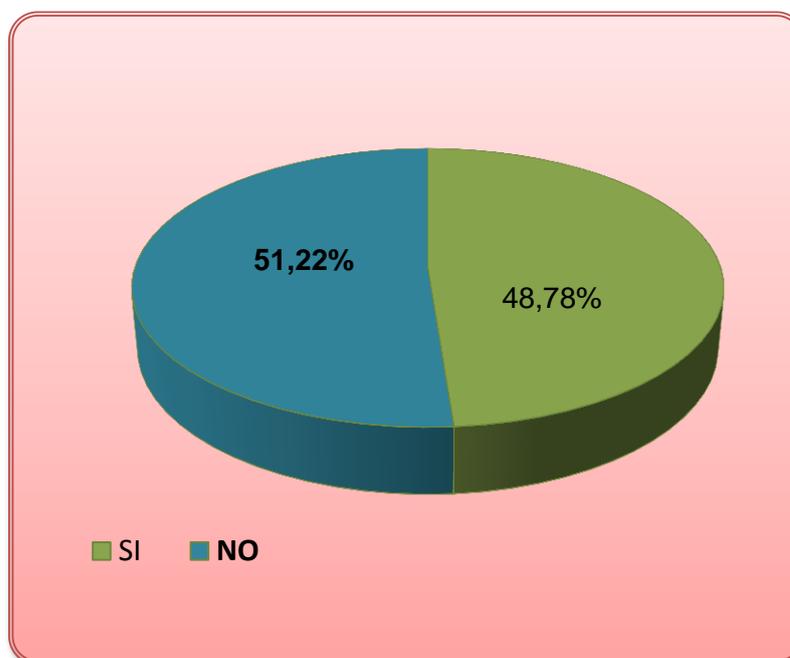
El reto de la OMS es erradicar la incidencia general de tétanos, con mayor énfasis el neonatal; para ello es necesario el cumplimiento estricto de los esquemas propuestos; el estudio realizado evidencia que la cobertura de vacunación con DT en mujeres de edad fértil de este sector, es bajo, ya que solo el **57,35%** han alcanzado a la tercera dosis, en relación a los refuerzos, las cifras van disminuyendo de manera significativa.

Es importante señalar que la protección es incompleta tras la aplicación de la primera dosis, luego de la aplicación de la segunda dosis se alcanzan concentraciones protectoras de antitoxina en la mayoría de los vacunados, y la tercera dosis induce inmunidad en casi el 100%.⁵¹

⁵¹OMS. *Vacuna Antitetánica*, DOCUMENTO DE POSICION DE LA OMS. [Base en línea]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/Tetanus_vaccine_SP.pdf 06/11/13 22:55

TABLA N° 22

REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN LAS MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”



FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de fallecimiento por cáncer en las mujeres del mundo. La causa subyacente primaria es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), un virus muy frecuente que se trasmite por vía sexual. Un elemento básico para luchar contra el cáncer luego de la prevención primaria es la detección precoz, mediante una mayor sensibilización y programas de cribado que pueden mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.⁵²

Los datos manifiestan que en la población estudiada (mujeres con vida sexual activa), en un periodo referencial de 3 años no se han realizado el test de Papanicolaou el **51,22%**, en cuanto a la cobertura alcanzada es del 48,78%.

⁵²OMS. (2007- Suiza). *CONTROL INTEGRAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: guía de prácticas esenciales*,



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEGENERATIVAS, DE IMPACTO Y DISCAPACIDADES



TABLA N° 23

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”

Patología	Rangos de Edad												Total	
	Menor de 1 año		1-4		5-9		10-19		20-64		65 y más			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HTA	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,72	9	3,23	11	3,94
DMT2	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,43	1	0,36	5	1,79
Artritis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	1	0,36	2	0,72
Artrosis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	-	-	1	0,36
Ninguna	4	1,43	27	9,68	16	5,73	54	19,35	143	51,25	16	5,73	260	93,19
Total	4	1,43	27	9,68	16	5,73	54	19,35	151	54,12	27	9,68	279	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

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. La problemática de las Enfermedades Crónicas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipotiroidismo y artritis reumatoide) afecta al 6,81% de la población de este sector y se presenta en grupos de entre 20-64 años y mayores de 65 años. La mayoría de ellos carecen de conocimientos e información precisa y por lo general no acuden a los profesionales sanitarios para su respectivo control y seguimiento.



TABLA N° 24

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DE IMPACTO
DEL BARRIO “SALAPA BAJO SECTOR I Y II”

Patología	Rangos de Edad												Total	
	Menor de 1 año		1-4		5-9 a		10-19		20-64		65 y más			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
EDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	1	0,36
Ninguno	4	1,43	27	9,68	16	5,73	54	19,35	151	54,12	26	9,32	278	99,64
Total	4	1,43	27	9,68	16	5,73	54	19,35	151	54,12	27	9,68	279	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II

ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

Las enfermedades de Impacto clasificadas en el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud son todas aquellas transmisibles (TB, ETS, IRA, EDA, VIH/SIDA, entre otras). En definitiva son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos. En esta población encontramos que se presentan en el 0,36% de la población, que de manera concreta corresponde a un caso de EDA.



TABLA N° 25

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS DISCAPACIDADES DEL BARRIO
“SALAPA BAJO SECTOR I Y II”

Patología	Rangos de Edad												Total	
	Menor de 1 año		1-4		5-9		10-19		20-64		65 y más			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Física	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	0	-	1	0,36
Intelectual	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,36	0	-	1	0,36
Ninguno	4	1,43	27	9,68	16	5,73	54	19,35	149	53,41	27	9,68	277	99,28
Total	4	1,43	27	9,68	16	5,73	54	19,35	151	54,12	27	9,68	279	100

FUENTE: fichas familiares del Barrio Salapa Bajo, Sector I y II
ELABORADO POR: Carolina Medina, Investigadora

En la población investigada el 72% presentan discapacidades, entendiéndose estas como deficiencias y/o problemas que afectan una estructura o función corporal, las mismas que restringen la ejecución de tareas y acciones; tenemos en este caso se encuentra 0,36% que corresponde a discapacidad física y otro 0,36% de discapacidad intelectual.



APARTADO



Para cumplir con el tercer objetivo del proyecto “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 desarrollaron las siguientes actividades:

- ✦ Toma de medidas antropométricas.
- ✦ Determinación del estado nutricional a través de Índice de Masa Corporal (IMC).
- ✦ Control de presión arterial, a la población mayor de 40 años.
- ✦ Medición de la agudeza visual a escolares y adolescentes mediante carta de Snellen.
- ✦ Orientación a las madres de familia sobre los beneficios de la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida y la importancia de los controles médicos, vacunación y adecuada alimentación a los niños/as menores de 5 años, escolares y adolescentes.
- ✦ Información a mujeres con vida sexual activa sobre la importancia de la realización del Papanicolaou.



7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS



El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia *resultados de impacto social*, desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, es la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.⁵³

Por ello, el presente estudio analiza desde un punto de vista cuantitativo y descriptivo, la situación de salud de las familias e individuos, que habitan en el Barrio Salapa Bajo, en los Sectores I y II, desde una perspectiva holística, considerando a la salud como el resultado de la interacción de procesos continuos a lo largo de la vida.

Iniciamos con la población del área de estudio, en donde no es relativamente proporcional, pues el **55,20%** corresponde al sexo masculino y el **44,80%** al femenino. Estas variables nos proporcionan datos contrastados con la realidad local, puesto que de acuerdo, al último censo de Población (INEC, 2010), en la provincia de Loja habitan más mujeres (50,8%), que hombres (49,2%).⁵⁴ En cuanto a la población adulta mayor, esta se presenta con el **9,68%**, Loja es la segunda provincia que posee la mayor cantidad de adultos mayores, con el 9,2% de su población total.

El **54,12%** de la población tiene entre 20-64 años, estas cifras se relacionan con los resultados del INEC del año 2010, en el que la edad promedio de un ecuatoriano/a es de 29 años; este dato corrobora los estudios que indican que nuestro país está ingresando en lo que se conoce como *“bono demográfico”*, debido a que cuenta con una mayor

⁵³MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo II.

⁵⁴INEC. *Resultados provinciales Censo 2010*. [Base en línea]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/loja.pdf 10/11/13



proporción de población en edad de trabajar, ahorrar, invertir, producir; y un menor número de personas dependientes que requieren inversiones en salud y educación;⁵⁵ esta población estuvo conformada por la población económicamente activa (PEA) y la población económicamente inactiva (PEI).

Actualmente en nuestro país la educación es uno de los deberes primordiales del Estado, y un derecho⁵⁶ de las personas a lo largo de su vida, además la educación forma parte de los objetivos del Plan Nacional para el Buen Vivir.⁵⁷ En el Ecuador en el año 2010 (INEC), según el grado de escolaridad de la población de 24 años y más disminuyó a medida que la edad aumenta. La mayor escolaridad presentó el grupo de 24 a 34 años con 11.1 grados, los adultos mayores presentaron el menor grado de escolaridad con un promedio de 5,4, es decir, alcanzan el quinto año de EGB.⁵⁸

El escenario que se vive en esta población, no es nada distinto al panorama nacional, pues el nivel de instrucción en **50,48%** de la población es la educación básica, además se encontró **1,08%** de analfabetismo (se considera una persona analfabeta a aquella que no sabe leer ni escribir o que solo lee o solo escribe y se encuentra entre la población de 15 años y más); de acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010, el total nacional de la tasa de analfabetismo es del 6,75%.⁵⁹

En el barrio estudiado la población ocupada, masculina se ubica en las actividades primarias como agricultura y ganadería **11,83%**, albañilería **6,81%**, y choferes **2,15%**, estos ocupados con Nivel de Instrucción Primaria pertenecen al Quintil uno de ingresos laborales. La población

⁵⁵VILLACÍS B., CARRILLO D., *LA NUEVA CARA SOCIODEMOGRÁFICA DEL ECUADOR*, Edición Especial, Revista Analítica, (Instituto Nacional de Estadística y Censos) INEC, Quito-Ecuador, 2012, pág. 18

⁵⁶Constitución de la República del Ecuador 2008, sección quinta, Educación

⁵⁷SEMPLEDES, Plan Nacional del Buen Vivir, 2009, 2013

⁵⁸e-Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} edición, Ecuador, Septiembre 2012, pág. 10-11

⁵⁹ÍDEM., 4-5



femenina se dedica a los haceres del hogar **25,45%**, actividad no remunerada.

El reporte trimestral del Banco Central del Ecuador en cuando a la ocupación en el sector formal e informal revela que al comparar los meses de marzo 2012 y 2013, se observa que el porcentaje de ocupados (componente de la PEA) en el sector formal aumentó de 40.8% a 42.3%, mientras que el porcentaje de ocupados en el sector informal disminuyó en 1.8 puntos porcentuales para ubicarse en 47.3%.⁶⁰

Analizando los determinantes de la salud, no se puede dejar pasar por alto la situación de nuestro país, en donde, en el sector rural se concentra el 50% de pobreza; y nuestra provincia reúne entre el 56% y el 80% de pobreza rural⁶¹ y presenta el 12,5% de hogares que viven en condiciones físicas inadecuadas.⁶² Si bien es cierto la pobreza, a nivel nacional, medida por ingresos en la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo de los hogares, evidencia una caída de 37,6% en diciembre 2006 a 28,6% en diciembre de 2011,⁶³ en esta área no evidencia reducción, puesto que el **70,97%** son pobres, con empleo informal **50%**, a esto se suma las malas condiciones de las viviendas **46,77%**.

En el barrio estudiado, las condiciones socioeconómicas anteriormente mencionadas y las sanitarias, mismas que en conjunto se traducen en riesgos para la familia y su entorno, se presentan de la siguiente manera: el **100%** de la población consumen agua insegura (entubada), el **98,39%** de las viviendas no cuentan con red de alcantarillado, y el **98,39%** elimina la basura de forma incorrecta.

⁶⁰ BANCO CENTRAL DEL ECUADOR, DIRECCION DE ESTADÍSTICA ECONÓMICA (MARZO 2013). *Reporte Trimestral del Mercado Laboral*. [Base en línea]. Disponible en:

<http://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/Empleo/imle201303.pdf>

⁶¹ Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/13/1/1356/sector-rural-concentra-5046-pobreza.html>

⁶² INEC, Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Loja, pág. 5 disponible en pdf

⁶³ VILLACÍS B., CARRILLO D., OP.CIT.,pág. 30



El Ecuador es uno de los países de América Latina que está inmerso en un marco de gran pobreza, lo que implica que gran parte de sus habitantes no puedan tener acceso a una mejor calidad de vida y bienestar en general. En el medio social influyen factores de distinta índole como es el económico que permite tener acceso a recursos necesarios que satisfacen las necesidades fundamentales alcanzando niveles aceptables de bienestar en la salud, educación, alimentación, seguridad y la integración social, entre ellos, el acceso a Métodos de Planificación Familiar. Del total de mujeres en edad fértil del área de estudio el **60,98%** utilizan el Método del ritmo; para los métodos hormonales las cifras bajan de manera notoria **14,63%** para los implantes y **12,82%** para los inyectables mensuales.

En la actualidad se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos, gracias a la implementación de políticas concernientes en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, por ello “el promedio de hijos de las mujeres en edad fértil tiene una tendencia decreciente, al pasar de 4,0 en 1982 a 1,8 hijos por mujer en el año 2010. La Tasa de Fecundidad General se reduce de 134 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en 1982 a 76 nacimientos en el año 2010”⁶⁴.

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de fallecimiento por cáncer en las mujeres del mundo. La causa subyacente primaria es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), un virus muy frecuente que se trasmite por vía sexual. Un elemento básico para luchar contra el cáncer luego de la prevención primaria es la detección precoz, mediante una mayor sensibilización y programas de cribado que pueden mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.⁶⁵

⁶⁴ e-Análisis. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 2^{da} edición, Ecuador, Mayo 2012, pág. 7

⁶⁵OMS. (2007- Suiza). *CONTROL INTEGRAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: guía de prácticas esenciales*,



En este estudio se determina que el **51,22%** de las mujeres no se han realizado el test de Papanicolaou, ellas justifican su decisión por “*miedo a la enfermedad, falta de preocupación, no disponibilidad de tiempo o insatisfacción con el manejo o seguimiento*”, el **48,78%** restante, si se han realizado el cribado. Las cifras antes mencionadas revelan la situación de nuestro país, en donde para 2008, las estadísticas indicaban que “el cáncer de cuello uterino, ocupaba el segundo lugar en cuanto a la incidencia por cáncer en las mujeres, y en la Provincia de Loja representa 23,1% del total de diagnósticos oncológicos en mujeres, la tasa de mortalidad en nuestra ciudad es de 9,6 x cada 100.000 habitantes”. (Garrido H, Yunga E, 2010).

Por último, al analizar nuevamente los determinantes de salud encontramos una estrecha relación entre las realidad social, cultural, económica, ambiental y sanitaria, con la presentación de diversas enfermedades en la población; es así que el **6,81%** de la población presentan enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, etc.; estos problemas coinciden en gran medida con el mosaico epidemiológico del país, ya que la persistencia de enfermedades crónicas está creciendo cada vez más de forma sostenida, en toda la población. Para la OMS “el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres”.⁶⁶

Para finalizar cabe señalar que el estudio pretende convertirse en la herramienta para motivar la realización de este tipo de análisis y más proyectos por parte de los Equipos de Atención Integral en Salud.

⁶⁶OMS. *Enfermedades crónicas*. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/ 17-12-13/04:45



8. CONCLUSIONES



Al culminar el presente trabajo de investigación, luego de relacionar los hallazgos más sobresalientes con el tema y los objetivos propuestos, se puede concluir lo siguiente:

- El barrio Salapa Bajo se encuentra ubicado en el norte de la ciudad, cuenta con 62 familias, un total de 279 personas, de las cuales el 55,20% corresponden al sexo masculino y 44,80% al sexo femenino. El 55,48% de la población tienen un nivel de instrucción básico.
- La ocupación de los habitantes radica en actividades primarias con predominio de la Agricultura en el 11,83% para el género masculino y para el femenino 25,45% en Haceres Domésticos.
- Los riesgos sanitarios encontrados en las familias son: consumo de agua insegura, mala eliminación de basuras y excretas, presencia de animales intradomiciliarios. Los riesgos socioeconómicos presentan los siguientes indicadores: Pobreza, desempleo o empleo informal del jefe de familia, malas condiciones de la vivienda y hacinamiento.
- En los niños/as menores de 5 años el esquema de vacunas está completo de acuerdo a la edad y disponibilidad del biológico; todos han recibido lactancia materna, tienen buen estado nutricional y los controles médicos pertinentes.
- El 98,57% de los escolares y adolescentes estudian, tienen buen rendimiento académico, 2,86% tienen problemas de conducta, 8,26% presentan trastornos de la agudeza visual y 8,57% evidencian desnutrición leve.
- En lo relacionado a métodos de planificación familiar, el 60,98% de mujeres en edad fértil usan el método del ritmo; así mismo el



42,65% no tienen completo el esquema de vacuna DT; y 51,22% de éstas mujeres no se han realizado el Papanicolaou.

- Los problemas de salud que afectan al 6,81% de personas son principalmente hipertensión arterial, diabetes mellitus T₂, entre otras; las discapacidades se presentan en 0,72% de la población.



9. RECOMENDACIONES



Las conclusiones anteriormente planteadas, permiten dar las siguientes recomendaciones:

- Que los Equipos de atención integral de salud, del Hospital Universitario de Motupe, luego de haber definido el análisis de la situación de salud de la comunidad hagan efectivas operaciones encaminadas a la construcción social de la salud individual y colectiva; con acciones como:
 - a) Proyectos educativos relacionados con la eliminación de basura y excretas, correcto manejo del agua, etc.
 - b) Charlas y talleres acerca de hábitos de higiene, hábitos alimenticios, ejercicio, controles médicos, etc.
 - c) Información a las mujeres en edad fértil sobre métodos de planificación familiar y detección oportuna de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

- Que los Equipos de atención integral de salud, del Hospital Universitario de Motupe, actualicen de forma periódica el mapa parlante y perfil epidemiológico, con el fin de trabajar de manera conjunta con la población en actividades de Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación.

- A la Carrera de Enfermería que continúe fortaleciendo proyectos de vinculación con la colectividad para contribuir al fortalecimiento del nuevo modelo de atención de salud en las comunidades.



10. BIBLIOGRAFÍA



- Ⓢ e-Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^{ta} edición, Ecuador, Septiembre 2012
- Ⓢ Escobar, A., Velasco M. (2010). *Los y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf (Citado: 10/12/2013).
- Ⓢ FATHALLA, M. (2008). *Guía práctica de investigación en salud*. [Base en línea]. Washington. OPS. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/724/OPS.%20Gui%CC%81a%20pra%CC%81ctica%20de%20investigacio%CC%81n%20en%20salud.pdf>
- Ⓢ GARRIDO, H., YUNGA E. (2010). *Incidencia del Cáncer en Loja: Estudio de una Década*. Loja Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-SOLCA.
- Ⓢ Hassan EO y El-Gibaly OM. *Anticonceptivos combinados inyectables para la anticoncepción: Comentario de la BSR* (última revisión: 1 de octubre de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ⓢ HERNÁNDEZ, M., AGUAYO J., GÓMEZ A., (2008). *Manual de Lactancia Materna - de la teoría a la práctica*. España. Editorial Médica Panamericana.
- Ⓢ HERNÁNDEZ, R., & Otros. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5^a ed. México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
- Ⓢ JUMBO, F. (2011). *Análisis y Porcentajes de los Problemas Psicológicos*. [Base en línea]. Ecuador. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jumbofabian/la-psicologia-educativa-en-quito-ecuador-informe-del-ao-escolar-2010-2011> (Citado: 10-11-13).
- Ⓢ LEÓN, W., YÉPEZ G., NIETO, M. (2008). *Componente Normativo Materno*. Ecuador. MSP-SNS.



- ☉ MENDIETA, M. (2012). *Dinámica poblacional en Ecuador, Informe de Coyuntura Económica*. No 9. Ecuador. Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- ☉ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2013). *MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI*. Ecuador.
- ☉ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Suiza.
- ☉ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Suiza.
- ☉ OMS. (2013, MAYO). *Planificación Familiar*. Nota descriptiva N°351. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- ☉ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). *Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*. Washington. [Base en línea]. Disponible en: http://www.paho.org/tierra/images/pdf/agua_y_saneamiento_web.pdf
- ☉ PINEDA, E., & Otros. (2008). *Metodología de la Investigación*. 3ª ed. Washington. Publicación de la OPS.
- ☉ SALAS, M., PEÑALOSA J. (2006). *Pediatría, Bases Fisiopatológicas Clínicas y Terapéuticas*. 3ª ed. México. Editorial Masson.
- ☉ VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2012). *País Atrevido: La Nueva Cara Sociodemográfica del Ecuador*. Edición Especial. Quito-Ecuador. Revista Analítica - Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). [Base en línea]. Disponible en:



http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademografica deecuador.pdf

- © VILLACÍS, B., CARRILLO D. (2011). *Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuesta*. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito-Ecuador. [Base en línea]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>

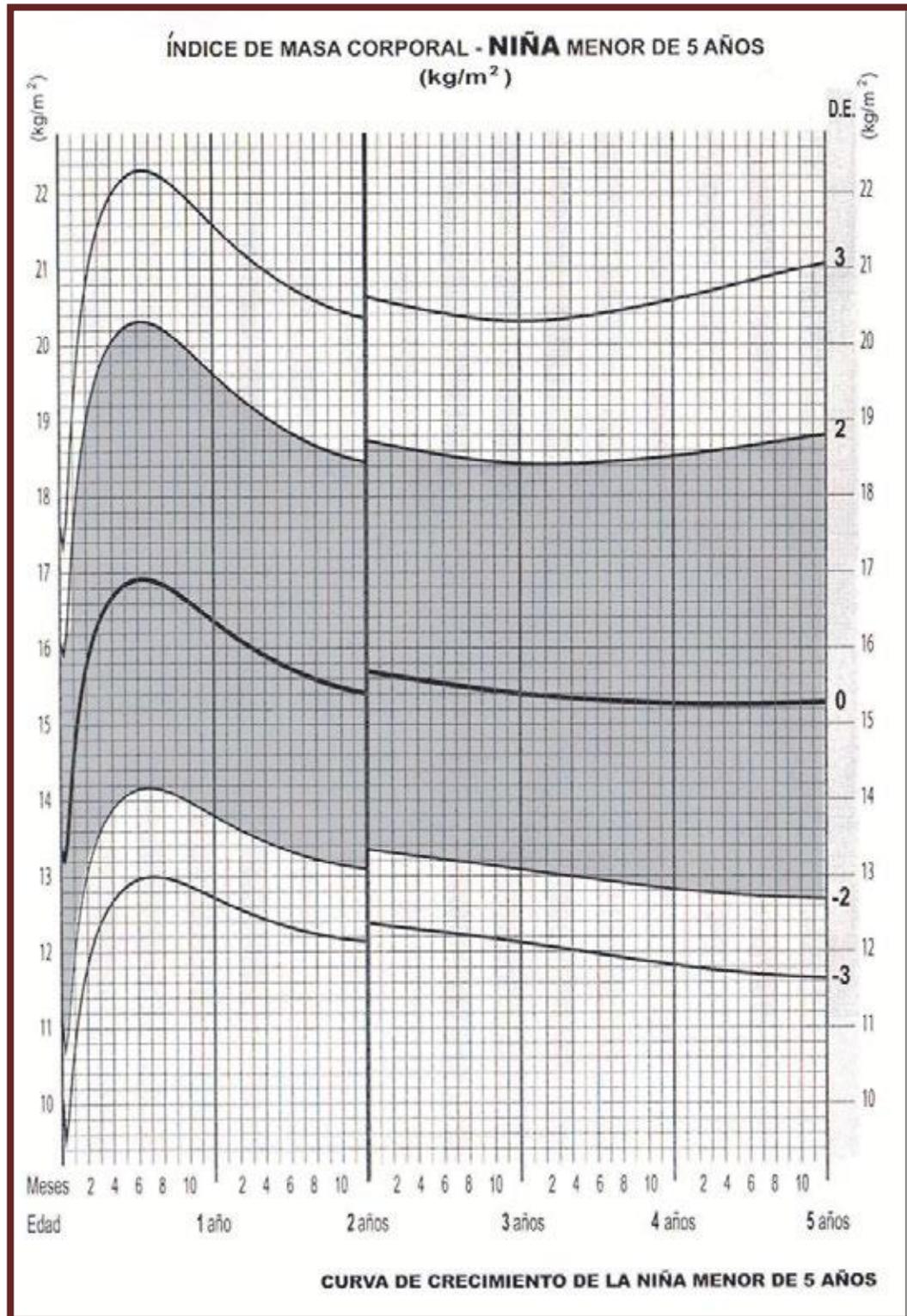
Loja, 21 de Diciembre 2013

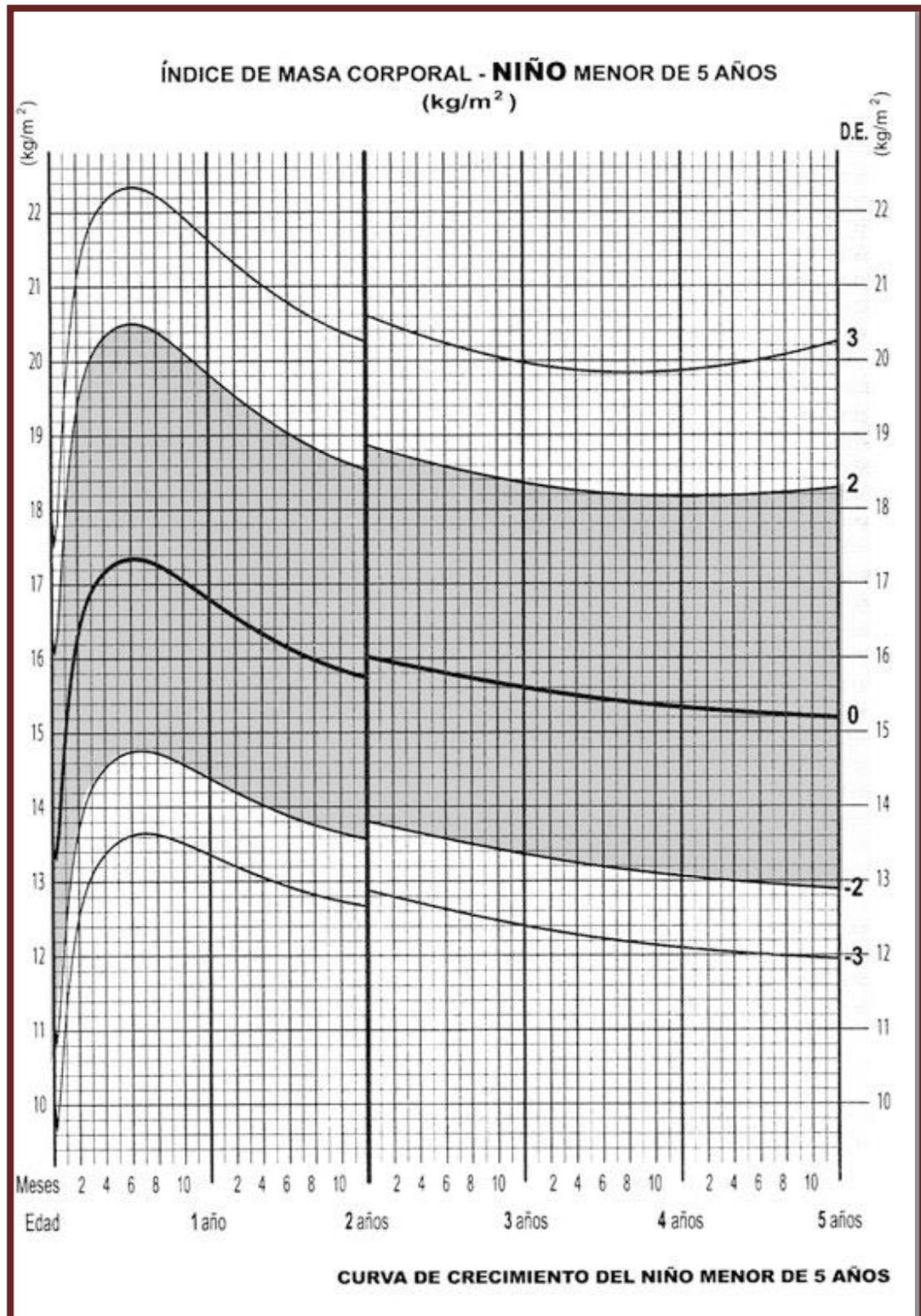


11. ANEXOS



ÍNDICE DE MASA CORPORAL – NIÑA Y NIÑO MENOR DE 5 AÑOS







**ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
(MUJERES)**

Edad (años:meses)	Obesidad $\geq +2$ SD (IMC)	Sobrepeso $\geq +1$ a $< +2$ SD (IMC)	Normal ≥ -1 a $< +1$ SD (IMC)	Desnutrición leve ≥ -2 a < -1 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 a < -2 SD (IMC)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)
5:1	≥ 18.9	16.9-18.8	13.9-16.8	12.7-13.8	11.8-12.6	< 11.8
5:6	≥ 19.0	16.9-18.9	13.9-16.8	12.7-13.8	11.7-12.6	< 11.7
6:0	≥ 19.2	17.0-19.1	13.9-16.9	12.7-13.8	11.7-12.6	< 11.7
6:6	≥ 19.5	17.1-19.4	13.9-17.0	12.7-13.8	11.7-12.6	< 11.7
7:0	≥ 19.8	17.3-19.7	13.9-17.2	12.7-13.8	11.8-12.6	< 11.8
7:6	≥ 20.1	17.5-20.0	14.0-17.4	12.8-13.9	11.8-12.7	< 11.8
8:0	≥ 20.6	17.7-20.5	14.1-17.6	12.9-14.0	11.9-12.8	< 11.9
8:6	≥ 21.0	18.0-20.9	14.3-17.9	13.0-14.2	12.0-12.9	< 12.0
9:0	≥ 21.5	18.3-21.4	14.4-18.2	13.1-14.3	12.1-13.0	< 12.1
9:6	≥ 22.0	18.7-21.9	14.6-18.6	13.3-14.5	12.2-13.2	< 12.2
10:0	≥ 22.6	19.0-22.5	14.8-18.9	13.5-14.7	12.4-13.4	< 12.4
10:6	≥ 23.1	19.4-23.0	15.1-19.3	13.7-15.0	12.5-13.6	< 12.5
11:0	≥ 23.7	19.9-23.6	15.3-19.8	13.9-15.2	12.7-13.8	< 12.7
11:6	≥ 24.3	20.3-24.2	15.6-20.2	14.1-15.5	12.9-14.0	< 12.9
12:0	≥ 25.0	20.8-24.9	16.0-20.7	14.4-15.9	13.2-14.3	< 13.2
12:6	≥ 25.6	21.3-25.5	16.3-21.2	14.7-16.2	13.4-14.6	< 13.4
13:0	≥ 26.2	21.8-26.1	16.6-21.7	14.9-16.5	13.6-14.8	< 13.6
13:6	≥ 26.8	22.3-26.7	16.9-22.2	15.2-16.8	13.8-15.1	< 13.8
14:0	≥ 27.3	22.7-27.2	17.2-22.6	15.4-17.1	14.0-15.3	< 14.0
14:6	≥ 27.8	23.1-27.7	17.5-23.0	15.7-17.4	14.2-15.6	< 14.2
15:0	≥ 28.2	23.5-28.1	17.8-23.4	15.9-17.7	14.4-15.8	< 14.4
15:6	≥ 28.6	23.8-28.5	18.0-23.7	16.0-17.9	14.5-15.9	< 14.5
16:0	≥ 28.9	24.1-28.8	18.2-24.0	16.2-18.1	14.6-16.1	< 14.6
16:6	≥ 29.1	24.3-29.0	18.3-24.2	16.3-18.2	14.7-16.2	< 14.7
17:0	≥ 29.3	24.5-29.2	18.4-24.4	16.4-18.3	14.7-16.3	< 14.7
17:6	≥ 29.4	24.6-29.3	18.5-24.5	16.4-18.4	14.7-16.3	< 14.7
18:0	≥ 29.5	24.8-29.4	18.6-24.7	16.4-18.5	14.7-16.3	< 14.7



**ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
(HOMBRES)**

Edad (años:meses)	Obesidad $\geq + 2$ SD (IMC)	Sobrepeso $\geq + 1$ a $+ 2$ SD (IMC)	Normal ≥ -1 a $+ 1$ SD (IMC)	Desnutrición leve ≥ -2 a < -1 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 a < -2 SD (IMC)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)
5:1	≥ 18.3	16.6–18.2	14.1–16.5	13.0–14.0	12.1–12.9	< 12.1
5:6	≥ 18.4	16.7–18.3	14.1–16.6	13.0–14.0	12.1–12.9	< 12.1
6:0	≥ 18.5	16.8–18.4	14.1–16.7	13.0–14.0	12.1–12.9	< 12.1
6:6	≥ 18.7	16.9–18.6	14.1–16.8	13.1–14.0	12.2–13.0	< 12.2
7:0	≥ 19.0	17.0–18.9	14.2–16.9	13.1–14.1	12.3–13.0	< 12.3
7:6	≥ 19.3	17.2–19.2	14.3–17.1	13.2–14.2	12.3–13.1	< 12.3
8:0	≥ 19.7	17.4–19.6	14.4–17.3	13.3–14.3	12.4–13.2	< 12.4
8:6	≥ 20.1	17.7–20.0	14.5–17.6	13.4–14.4	12.5–13.3	< 12.5
9:0	≥ 20.5	17.9–20.4	14.6–17.8	13.5–14.5	12.6–13.4	< 12.6
9:6	≥ 20.9	18.2–20.8	14.8–19.1	13.6–14.7	12.7–13.5	< 12.7
10:0	≥ 21.4	18.5–21.3	14.9–18.4	13.7–14.8	12.8–13.6	< 12.8
10:6	≥ 21.9	18.8–21.8	15.1–18.7	13.9–15.0	12.9–13.8	< 12.9
11:0	≥ 22.5	19.2–22.4	15.3–19.1	14.1–15.2	13.1–14.0	< 13.1
11:6	≥ 23.0	19.5–22.9	15.5–19.4	14.2–15.4	13.2–14.1	< 13.2
12:0	≥ 23.6	19.9–23.5	15.8–19.8	14.5–15.7	13.4–14.4	< 13.4
12:6	≥ 24.2	20.4–24.1	16.1–20.3	14.7–16.0	13.6–14.6	< 13.6
13:0	≥ 24.8	20.8–24.7	16.4–20.7	14.9–16.3	13.8–14.8	< 13.8
13:6	≥ 25.3	21.3–25.2	16.7–21.2	15.2–16.6	14.0–15.1	< 14.0
14:0	≥ 25.9	21.8–25.8	17.0–21.7	15.5–16.9	14.3–15.4	< 14.3
14:6	≥ 26.5	22.2–26.4	17.3–22.1	15.7–17.2	14.5–15.6	< 14.5
15:0	≥ 27.0	22.7–26.9	17.6–22.6	16.0–17.5	14.7–15.9	< 14.7
15:6	≥ 27.4	23.1–27.3	18.0–23.0	16.3–17.9	14.9–16.2	< 14.9
16:0	≥ 27.9	23.5–27.8	18.2–23.4	16.5–18.1	15.1–16.4	< 15.1
16:6	≥ 28.3	23.9–28.2	18.5–28.1	16.7–18.4	15.3–16.6	< 15.3
17:0	≥ 28.6	24.3–28.5	18.8–24.2	16.9–18.7	15.4–16.8	< 15.4
17:6	≥ 29.0	24.6–28.9	19.0–24.5	17.1–18.9	15.6–17.0	< 15.6
18:0	≥ 29.2	24.9–29.1	19.2–24.8	17.3–19.1	15.7–17.2	< 15.7

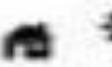


TABLA DE SNELLEN

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D F C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	



KIPMER

1		=	1
2	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	2
3	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	3
4	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	4
5	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	5
6	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	6
7	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	7
8	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	8
9	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	9
10	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	10
11	<div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div> <div style="text-align: center;"></div>	=	11

FOTOS



Foto 1: Elaboración de Croquis del Barrio Salapa Bajo



Foto 2: Vista panorámica del Barrio Salapa Bajo



Foto 3: Actividades Realizadas



Foto 4: Actividades Realizadas



12. ÍNDICE



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

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	7
2. RESUMEN	8
ABSTRACT	10
3. INTRODUCCIÓN	12
4. REVISIÓN DE LITERATURA	15
5. MATERIALES Y MÉTODOS	55
6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
7. DISCUSIÓN	88
8. CONCLUSIONES	94
9. RECOMENDACIONES	97
10. BIBLIOGRAFÍA	99
11. ANEXOS	103
12. ÍNDICE	116