



RESUMEN

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Y son resultado de la distribución del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Nuestro propósito fue **conocer los determinantes sociales de la salud de las familias del sector El Cebollar. Cuenca 2010**. Nuestro universo estuvo constituido por 1041 fichas del MSP, realizadas en la población Bellavista, recolectadas durante enero de 2008 a septiembre de 2010.

Objetivo: Establecer las características de la salud-enfermedad y sus determinantes en la población de El Cebollar.

Métodos y técnicas:

La investigación fue de carácter cuantitativo, observacional y transversal. El procesamiento se hizo en el programa SPSS. Y para comprobar la hipótesis, utilizamos: en la parte Descriptiva: número y porcentaje, y Analítica: odds ratio, intervalo de confianza y valor de p.

Resultados Principales

Los factores que más afectan a la población son los socio-económicos, muchos de ellos no modificables (hacinamiento, desempleo, falta de vivienda); a su vez las personas con algún tipo prevención y control; Impactos en la salud- prevención y control; Cuenca-Ecuador enfermedad son 25,91%.

Conclusiones Principales

Existen pocos estudios que permitan corroborar la información encontrada a nivel local. Se sugiere nuevas investigaciones que busquen perfeccionamiento de los sistemas de control y un mejor acceso a la información general.

DeCS: Condiciones sociales-estadísticas y datos numéricos; Factores biológicos-fisiopatología; Perfiles sanitarios- prevención y control; Impactos en la salud-prevención y control; Cuenca-Ecuador.



ABSTRACT

The social determinants of health are the circumstances in which people are born, grow, live, work and age, including the health system. These circumstances are the result of the distribution of money, power and resources at global, national and local, which in turn depends on the policies adopted.

The main purpose of this study is to ***establish the social determinants of health in the families from El Cebollar, Cuenca 2010***. Our universe was composed by 1041 files from the MSP, carried out in the population from Bellavista Parish, collected during the period of January, 2008- September, 2010.

Objective: To establish the characteristics of health-disease process and its determinants in people from El Cebollar.

Methods and techniques:

Quantitative, observational and transversal investigation was realized. The files processing were executed in SPSS program. And for the hypothesis testing, we used the following statistical methods: Descriptive point: by number and percentage; Analytic for Odds ratio, confidence interval and p value.

Main results

The factors most affecting the population are the socio-economic, many of them non-writable (overcrowding, unemployment, homelessness), to turn some people with any kind of disease are 25,91%.

Main conclusions:

Few studies exist to corroborate the information found locally. It suggests new research, which seek improvement of control systems and improved access to general information.

DeCS: Socioeconomic Factors /statistics & numerical data, Biological Factors /physiopathology; Sanitary Profiles/prevention & control; Impacts on Health / prevention & control; Ecuador -Cuenca.



NDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1. JUSTIFICACION	14
III. MARCO TEORICO.....	15
3.1. ANTECEDENTES	15
3.2. FACTORES DE PROTECCION DE LA SALUD.....	21
3.3. FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD	22
IV. HIPOTESIS:.....	53
V. OBJETIVOS:.....	53
5.1. OBJETIVO GENERAL	53
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	53
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	54
6.2. ÁREA DE ESTUDIO	54
6.3. UNIVERSO Y MUESTRA	54
6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	54
6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	54
6.6. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	55
6.7. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO	56
6.8. LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
VII. RESULTADOS.....	58
7.1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN	58
7.2. FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES.....	68
VIII. DISCUSIÓN	75
IX. CONCLUSIONES:	79
X. RECOMENDACIONES	81
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
XII. ANEXOS	96



Universidad de Cuenca



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

“DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS DE EL
CEBOLLAR. CUENCA 2010”

AUTORES:

JENNY ELIZABETH BARROS CAJAMARCA

MARIA GABRIELA BELTRAN ZHINDON

ADRIANA XIMENA BRAVO ANDRADE

JESSICA ANDREA MERCHAN BUENO

DIRECTOR Y ASESOR:

DR. JAIME MORALES SAN MARTIN

CUENCA - ECUADOR

2011



RESPONSABILIDAD

Los conceptos emitidos en este informe son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Jenny Elizabeth Barros

Ma. Gabriela Beltrán

Adriana Ximena Bravo

Jessica Andrea Merchán



AGRADECIMIENTO

*En primer lugar, a Dios, por amarnos tanto.
A nuestros padres, que nos han regalado el derecho de crecer, y que en este
proceso han estado con nosotras.*

*Agradecemos a nuestro director y asesor Dr. Jaime Morales Sanmartín, quien
gracias a su guía y orientación dio lugar a la realización de esta investigación.*

*Agradecemos al personal que labora en el subcentro de El Cebollar, y de
manera especial al Dr. Pablo Tenesaca, por la colaboración prestada en la
obtención de los datos.*

Atentamente:

Las autoras



DEDICATORIA

A Dios mi creador por ser la luz que guía mis sueños y mi camino en todos los momentos de mi vida. Tú mejor que nadie sabes quién soy y cuanto te agradezco por todas las oportunidades que me has brindado en la vida.

A mi madre Carmen Lucía, por traerme al mundo, brindarme su infinito amor, cariño, comprensión y apoyo siendo el pilar fundamental para mi formación y mi fuente de inspiración para seguir adelante.

A mis abuelitos Miguel y Natividad y a toda mi familia que hicieron que mis ánimos por triunfar se alimentaran cada día más, entregándome su confianza y colaboración desinteresada para mi superación estudiantil.

A mis compañeras de tesis con las que juntas pasamos muchos instantes de alegrías y tristezas, entre libros y trabajo para lograr este objetivo.

Y en general a todas las personas que hicieron posible la obtención de este proyecto vaya para ellos este modesto trabajo como símbolo de gratitud y amor.

Jenny



DEDICATORIA

A Dios, mi luz, mi camino y mi compañero de viaje, por no fallarme incluso cuando olvido que está aquí.

A mis padres por sus consejos, sus valores y por la motivación constante, pero sobre todo, su entrega absoluta para formarme.

A mis familiares quienes durante todos estos años confiaron en mí; comprendiendo mis ideales y el tiempo que no estuve con ellos.

A mis hermanos Mateo, Jorge, Tania y sobre todo a mis sobrinitos Martín y Sebastián por ser mi alegría y mi fortaleza cuando más lo necesito.

A mis compañeras de tesis que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y seguir siendo amigas entre risas y sufrimientos. Y a todas esas personas que llamo amigos, porque han contribuido de alguna manera en mi vida y han ayudado a cumplir con este nuevo paso que acabo de dar.

Gabriela



DEDICATORIA

A Dios, por ser mi padre creador, amparo y fortaleza, cuando más lo he necesitado, y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que me rodean.

A mi madre, hermano y amigos, que sin esperar nada a cambio, han sido pilares en mi camino y así, forman parte de este logro.

A mi asesor, personal que labora en el Subcentro de El Cebollar y todos aquellos que hicieron posible la elaboración de este trabajo de investigación.

Adriana



DEDICATORIA

A mis padres Oswaldo y Libia, por haberme dado la existencia, por brindarme su confianza y amor infinito, y por ser quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi amparo y protección en todo momento.

A mis hermanos y hermanas Miguel, Lourdes, Adriana y Christian, y a mi tía María Elena, gracias a ellos por formar parte de mi vida diaria, por compartir conmigo cada etapa del camino, y por su apoyo infalible.

Finalmente a mi hijo José Alejandro, por ser mi motivación y el motor que me impulsa a seguir adelante y a esforzarme por alcanzar mis metas, gracias por tu comprensión, paciencia y amor.

Jéssica



I. INTRODUCCION

El concepto “determinantes sociales de salud” se originó en los años '70, a partir de una serie de publicaciones que destacan las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir. Diversos autores argumentaron que, para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas y pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquella está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas, y la atención médica ayuda a las personas cuando se enferman. ¹

Según datos aportados por el INEC la tasa de mortalidad general del país en el año 2009 es de 42,6 x 10.000 habitantes, encontrando que las principales causas son la Diabetes Mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, accidentes de tránsito terrestre, enfermedades hipertensivas, la influenza, neumonía, enfermedades isquémicas del corazón, agresiones (homicidios), insuficiencia cardiaca, complicaciones y enfermedades mal definidas, cirrosis y otras enfermedades del hígado, neoplasia maligna del estómago.²

Y en cuanto a la morbilidad, las 10 principales causas en el país son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, enfermedades venéreas, hipertensión arterial, diabetes, varicela, dengue clásico, intoxicación alimentaria, víctimas de violencia y maltrato y salmonelosis. ³

Al encontrarnos con esta realidad, vemos que la mayoría de estas patologías son prevenibles si se modificasen algunos factores inherentes al ambiente en el que se desenvuelve el individuo.



La observación de la realidad, la naturaleza tal como existe y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, controlar y modificar el medio es el fundamento de la ciencia.

El estado de salud es un tema de ayer, hoy y siempre; pero, disponer de información confiable, oportuna y pertinente sobre los determinantes sociales de la salud es uno de los mayores desafíos que enfrentan los actuales sistemas estadísticos y administrativos a nivel local y nacional, haciendo hincapié en el componente tanto técnico como político que reviste la información, resulta poco productivo el sistema actual que se aplica en el país que se caracteriza por ser inconstante e indiferente ante la realidad social de la población vulnerable, lo que genera un pobre e irregular desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud, así como, una inadecuada distribución de los recursos existentes con lo que se perpetúan los problemas y las soluciones además de poco técnicas, son escasas.

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como la población “vulnerable” enferma, muere con mayor frecuencia que aquellas personas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales privilegiadas. Esto se hace evidente en los sectores con mayores márgenes de pobreza. Estas inequidades han aumentado a pesar de que en épocas actuales el interés de la sociedad en su conjunto es mayor en los aspectos que atañen a la salud; además, existe mayor desarrollo de los conocimientos y la tecnología; sin embargo, en el campo de la economía no se ha logrado distribuir la riqueza mundial de forma justa.⁴

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del capital, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas de salud adoptadas en cada nivel.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad, desgraciadamente, es un proceso que se repite mucho más en las poblaciones vulnerables. Luego del análisis de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad de nuestro país, podemos considerar que en su mayoría son situaciones “prevenibles”, y existen reportes que vinculan directamente la problemática de salud con los determinantes sociales de la misma.

Los determinantes sociales de la salud no se distribuyen de manera equitativa a todo nivel se pueden observar diferencias injustas y evitables que condicionan las brechas o diferencias entre zonas, ciudades y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medición y análisis del problema. ⁵

Preguntas que guiaron la investigación

¿Cuáles son las características de salud y enfermedad de las familias en esta población?

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud en ellas y como se asocian con la presencia de enfermedad?

¿Que lineamientos ayudarían a mejorar la salud en la población de El Cebollar?



2.1. JUSTIFICACION

Debido a las deficiencias en el manejo de la salud pública en nuestro país, es de gran importancia conocer no solo las patologías prevalentes, sino, como los determinantes sociales, socioeconómicos, culturales y medioambientales, tanto comunitarios como individuales se asocian a la presencia de enfermedad, y que aspectos intervienen de manera negativa en la comunidad de El Cebollar

Los resultados obtenidos, no solo, aportarán por el rigor científico que se aplicó si no también serán de utilidad a la sociedad y al ámbito administrativo, pues, en base de ellos se podrán desarrollar programas para reducir la incidencia de los problemas de salud que predominan en la actualidad. Es evidente que para prevenir, hay que anticiparse, solo entonces se llega antes.

Debido a que no existen trabajos que afronten esta problemática a nivel comunitario, los autores hemos creído importante realizar esta investigación.

Pero, apartándonos del plano personal, la realidad observada en nuestro entorno sanitario, público y privado a nivel primario o secundario el objetivo de realizar prevención primaria es una utopía pues –a todo nivel- se termina realizando como mucho, prevención secundaria. Pero no se actúa antes, educando al que todavía no está expuesto a estos factores para que no sea presa de ellos, sino que en nuestro país se actúa a nivel de la población que ya tiene un riesgo elevado o que ya haya desarrollado un trastorno.⁶

Con los principales determinantes sociales encontrados en las familias de la comunidad se busca aportar información acerca de problemas, deficiencias o sistemas protectores, con el objeto de que éstos, sean útiles a las autoridades competentes y encargadas de desarrollar programas de promoción y prevención de salud, los mismos que serán para beneficio de la población estudiada, y que podrían servir de base para estudios futuros en universos similares con características semejantes a las de esta comunidad.



III. MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales, en las cuales viven las personas, que tienen influencia sobre el proceso salud-enfermedad, estas adquieren configuraciones específicas en cada territorio geográfico-social, siendo a su vez “las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre”.⁷

Es necesario ponerse de acuerdo sobre lo que se entiende por determinantes sociales de la salud y si estos constituyen un concepto diferente de la posición socioeconómica, ya que éste último es un importante factor de predicción de la exposición a muchos de los riesgos que pudieren presentarse en una población.⁸

El proceso salud-enfermedad está determinado por factores sociales, económicos, políticos y culturales, que inciden en el modo de vida de las comunidades, tanto a nivel individual como intrafamiliar, incluyendo su relación con la naturaleza y el territorio social.⁹

Existe un modelo donde los individuos constituyen la base del mismo, con sus características personales de edad, sexo y factores genéticos que, evidentemente, ejercen influencia sobre su potencial, condiciones de salud, comportamientos y estilo de vida.

El nivel de cohesión social es de fundamental importancia para la salud de la sociedad como un todo. El desgaste del llamado ‘capital social’, o sea, de las relaciones de solidaridad y confianza entre personas y grupos, es un importante mecanismo a través del cual las inequidades de renta impactan negativamente sobre la situación de la salud.¹⁰

El principal problema de salud en la mayoría de los países de América Latina, es el desigual acceso a los servicios sociales y de salud.

Entender la lógica de las inequidades contribuye a superarlas, implementando políticas públicas de salud, y contando con la colaboración de toda la sociedad.



La equidad puede ser definida como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en la salud de las poblaciones con criterios sociales, económicos, demográficos o geográficos.¹⁰

Las inequidades de renta influyen en la salud por la escasez de recursos de los individuos y por la ausencia de inversión en infraestructura comunitaria (educación, transporte, saneamiento, vivienda, servicios de salud, etc.), resultantes de procesos económicos y de decisiones políticas. Por lo tanto, en situaciones de extrema desigualdad como las que existen en la mayoría de países de América Latina, son fundamentales las políticas públicas sociales, económicas y de salud ecuanimes.^{10,11}

Las poblaciones más vulnerables están constituidas por niños, adolescentes, ancianos, indígenas, refugiados, esclavizados e inmigrantes, víctimas de violencia, abuso y explotación sexual.¹²

Muchas enfermedades se originan por la exposición a múltiples factores de riesgo, algunos de los cuales comienzan ya en el útero o en la primera infancia. Pero también se ha formulado la hipótesis de que las exposiciones que incrementan el riesgo de enfermedad pueden ir acumulándose a lo largo de la vida e interactuar entre sí hasta que finalmente originan daño en la salud. Según esta idea, conforme aumenta el número y la duración de las exposiciones, se produce un deterioro biológico acumulativo en la salud.

El inadecuado desarrollo fetal o el crecimiento en la infancia, así como las circunstancias socioeconómicas adversas y una gran variedad de factores socioeconómicos y de conducta en la vida adulta se han asociado con mayor prevalencia de enfermedades.¹³ Con este parámetro la justicia social es una cuestión de vida o muerte. Teniendo en cuenta que la esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años si nace en determinados países, o de 45 años si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países.¹⁴



En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. La tasa de mortalidad de menores de cinco años varía entre 316 por 1000 nacidos vivos, en Sierra Leona (la más alta del mundo), y 3 por 1000 nacidos vivos, en Islandia (la más baja).¹⁵

Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. La esperanza de vida al nacer varía entre 34 años en sierra Leona (la más baja del mundo) y 81.9 años en Japón (la más alta).

La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se haya nacido. En el Japón o en Suecia se puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país, las diferencias con relación a la esperanza de vida son dramáticas y reflejan la situación mundial, en nuestro país expectativa de vida al nacer en la población total del Ecuador es 75,73 años, en hombres: 72,79 años y en mujeres 78,82 años. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y de mortalidad prematura. La probabilidad de que un hombre muera entre los 15 y los 60 años de edad es del 8.3 en Suecia, del 46.4% en Rusia y del 90.2% en Lesotho. Pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre ellas, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio de la OMS.



Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales. Mismas que no se ponen en práctica o se desconocen en países como el nuestro.

La asociación entre el estrato socioeconómico y los factores de riesgo para la salud varía según la época considerada y la localización geográfica. Según fuentes de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). En los países de ingresos medios y bajos -cerca del 80% de la población mundial- esta relación podría diferir de la observada en los países de ingresos altos. Un ejemplo de esta inequidad es el porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado varía entre 100% en Suecia, el 12% en Bangladesh y el 6% en Etiopia.¹⁶

Según el estudio de la SIIC en cuanto a los porcentajes promedio de los riesgos de pobreza para toda la población, se advirtió que si los niños más pobres tuvieran la misma prevalencia de desnutrición que los niños que viven con más de US\$ 2/día, la prevalencia general de desnutrición sería un 37% inferior. Las estimaciones del riesgo atribuible a la polución ambiental en ambientes cerrados fueron de similar magnitud y resultaron mayores para las condiciones sanitarias menos favorables. Los riesgos atribuibles al consumo de tabaco fueron menores y fluctuantes entre las diversas regiones, en tanto que su asociación con la pobreza fue más débil y mucho más variable. Durante el siglo XXI, muchos factores adversos, como el tabaquismo, alcoholismo y obesidad, pueden volverse más prevalentes entre los individuos más pobres de las regiones más pobres. Las enfermedades contagiosas y trastornos nutricionales que pueden persistir resultarían en una doble carga de enfermedad concentrada no sólo en las regiones de mayor pobreza, sino también en los individuos pobres de estas regiones.

Se destaca que la relación entre la pobreza y la salud es bidireccional: la salud proporciona los medios para salir de la pobreza, aunque también los gastos en salud pueden acercar al individuo a la situación de pobreza. Por lo tanto, cabe más interpretar los resultados de este estudio como un intento por señalar los



factores de riesgo ocasionados por la pobreza absoluta que como estimaciones cuantitativas de asociaciones causales. Los datos del INEC muestran que las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud. Además nos muestran que los principales problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el seguimiento significativo de la indigencia. Según datos del ministerio de salud de Irlanda la probabilidad de sufrir un trastorno neurótico es un 60% más alto en las clases sociales más bajas que en las más altas en Irlanda del norte.¹⁷

En cuanto al marco jurídico legal, la Constitución 2008 establece instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características de sistema nacional de Salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE). El subsector público está formado por los servicios del MSP, el IESS SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios. La población cubierta por un seguro de salud ya sea pública o privada ya que solo el 12% tenía un seguro de salud. Este porcentaje era superior en los mayores niveles de ingreso.

Entre las causas para un deterioro del estado de salud están: la elevada incidencia de la pobreza, inequidad en la distribución del ingreso, mala calidad de la vivienda, bajos niveles de educación, desempleo, agua insegura, ambiente inadecuado, saneamiento básico deficiente y la precaria alimentación.¹⁸

Mientras más tiempo viva una persona en circunstancias económicas y sociales estresantes, mayor será su desgaste fisiológico y menor la posibilidad de que disfrute de una vejez sana.¹⁹



Es aquí donde toma impulso el concepto de los determinantes sociales buscando dar una respuesta a esta situación, podemos mencionar los más importantes:

- 1.- Los Sistemas de Salud
- 2.- La desigualdad socioeconómica.
- 3.- La Educación
- 4.- El Género.
- 5.- Los Estilos de Vida Saludables
- 6.- El Trabajo
- 7.- El Ambiente.

En este sentido entendemos que la salud no está determinada solo por el Sistema, ni por la Atención médica de hospitales y consultorios, o por los Equipos que prestan atención a los usuarios de los sistemas de Salud.

Hay que destacar que la proporción en que influyen los equipos de salud (11%) en relación a los otros determinantes de la Salud (44%) es baja; confirmándonos así que la responsabilidad de la Salud es colectiva. Diversos autores argumentaron que para entender y mejorar la Salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal determinante de la salud de las personas, sino que aquella está dada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja.²⁰

Algunos riesgos constituyen las enfermedades transmisibles o no transmisibles, traumatismos, productos de consumo, actos violentos o catástrofes naturales, sabiendo que varios de ellos escapan al control individual, pero otros dependen de cada persona, pudiendo ser controlados a voluntad.²¹



A su vez dentro de los determinantes de la salud debemos considerar factores protectores y factores de riesgo.

3.2. FACTORES DE PROTECCION DE LA SALUD

Son características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya presencia facilita el desarrollo, permite la expresión de potencialidades y bloquea o disminuye el impacto de algunos factores de riesgo en el individuo y en la familia.²²

Varios datos de distintas culturas indica que hay diversos factores psicológicos, sociales y conductuales que protegen la salud en la adolescencia y más adelante, que facilita la resistencia a las enfermedades, reduce al mínimo las discapacidades o retrasa su aparición y promueve una recuperación más rápida de la persona enferma.

Entre los factores psicosociales que se han vinculado a la protección de la salud en el adulto figuran los siguientes: una visión optimista de la vida animada por un sentido de finalidad y dirección, estrategias eficaces para hacer frente a las dificultades, sensación de poder controlar los acontecimientos de la vida y las expresiones emocionales positivas.

Los estudios epidemiológicos han mostrado una reducción de la morbilidad y un retraso de la mortalidad entre las personas socialmente integradas. Se reconoce hoy que la calidad de las relaciones sociales en el hogar y en el lugar de trabajo, influye de manera decisiva en la salud física y mental. Los hábitos positivos para la salud como una alimentación adecuada, ejercicio físico, evitar los cigarrillos, las drogas, el abuso del alcohol y las prácticas sexuales de riesgo se ven influidos por factores psicosociales.

Los factores de protección promueven comportamientos positivos e inhiben los comportamientos de riesgo.²³



3.2.1. Clasificación de los factores protectores

3.2.1.1. Factores protectores estructurales:

1. Amplias redes sociales y familiares de apoyo.
2. Nivel sociocultural adecuado.
3. Nivel de escolaridad adecuado (ambos padres con más de 8 básico)
4. Vivienda adecuada.
5. Integración a subsistemas mayores activamente.
6. Estabilidad y satisfacción laboral.
7. Necesidades vitales y de recreación cubiertas.

3.2.1.2. Factores protectores funcionales:

1. Subsistema familiar abierto: comunicación directa, reglas claras y flexibles, estilo de comunicación niveladora, desarrollo de los miembros de la familia.
2. Expresión de afecto y de reconocimiento mutuo.
3. Sentido de pertenencia.
4. Optimismo.
5. Autoestima alto de los miembros de la familia.
6. Relaciones claras con la familia de origen.
7. Buen sentido del humor.²⁴

Una vez concluido los factores protectores. Debemos mencionar los de riesgo.

3.3. FACTORES DE RIESGO DE LA SALUD

Considerando los que constan en las fichas familiares el modelo del M.S.P., se pueden agrupar en torno a los siguientes riesgos:

- **Riesgos biológicos.**
- **Riesgos sanitarios**
- **Riesgos socio-económicos**



3.3.1. RIESGOS BIOLÓGICOS

En este aspecto la intervención está limitada por aspectos genéticos y de envejecimiento.

Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy relevante en la mortalidad de los niños menores de un año, pues, al estar muy controladas las enfermedades infecciosas, las causas más frecuentes de mortalidad infantil son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero a partir de cierta edad la importancia de estos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma importante.

La determinación de los genes susceptibles de provocar enfermedades y la identificación de las mutaciones somáticas adquiridas que provocan una enfermedad, como el cáncer, podrían facilitar una cantidad importante de nuevas informaciones esenciales para la comprensión de muchas enfermedades comunes.²⁵

Al ser el cáncer uno de los ejemplos más notorios de daño biológico en el cual se pierde el control habitual que el organismo ejerce sobre el crecimiento celular, se produce un crecimiento incontrolado de un grupo de células, hasta que se acumula una gran masa celular que puede dañar el tejido normal. Otro grupo de enfermedades son las denominadas enfermedades autoinmunes, el sistema inmune actúa contra los tejidos normales del organismo, destruyendo su funcionamiento normal.

El estado del sistema inmune y el estado de salud general de las personas influye en el curso de la enfermedad. En muchas enfermedades la causa es poco conocida o totalmente desconocida, aunque se puede identificar el sistema biológico afectado.

Las enfermedades pueden ser también resultado de alteraciones de los receptores celulares. Los receptores son sustancias dispuestas sobre la



superficie de las células que permiten que sustancias químicas presentes en el exterior, como hormonas o nutrientes, penetren en ellas. Ciertos casos de diabetes mellitus se deben a una alteración de los receptores celulares para la insulina, la hormona que favorece la entrada de glucosa en la célula. El trastorno neurológico denominado enfermedad de Parkinson se debe a la presencia de un receptor anómalo para una sustancia química específica que es necesaria para el funcionamiento cerebral.²⁶

Entre los principales riesgos biológicos se pueden señalar:

1. Niños con esquema de vacunación incompleta
2. Personas con malnutrición (Sobrepeso o desnutrición)
3. Personas con enfermedad crónica recurrente
4. Embarazadas con problemas de salud
5. Personas con discapacidad
6. Personas con problemas mentales

3.3.1.1 NIÑOS CON ESQUEMA DE VACUNACION INCOMPLETA

Al no realizarse todo el esquema de vacunas el niño se encuentra expuesto a presentar enfermedades que se podrían prevenir mediante las inmunizaciones. (Anexo 1).

Al vacunar al niño se está tratando de:

- Lograr la erradicación de sarampión en el país.
- Eliminar el tétanos neonatal como problema de salud pública en las provincias y áreas de salud del país.
- Mantener las acciones contempladas en la erradicación de la poliomielitis hasta la certificación mundial de esta enfermedad.
- Eliminar la rubéola y eliminar el síndrome de la rubéola congénita (SRC).
- Reducir el riesgo y controlar los brotes de fiebre amarilla selvática (FAS) y prevenir su urbanización.



- Controlar efectivamente la tos ferina, difteria y las infecciones invasivas, por *Haemophilus influenzae* tipo B.

Las enfermedades prevenibles mediante inmunización son:

- Meningitis tuberculosa
- Poliomielitis (parálisis fláccida aguda)
- Difteria
- Tosferina tétanos neonatal
- Hepatitis B
- Meningitis por *Haemophilus Influenzae* tipo B (HIB)
- Sarampión
- Rubéola
- Síndrome de rubéola congénita (SRC)
- Parotiditis
- Fiebre amarilla ²⁷

3.3.1.2. PERSONAS CON MAL NUTRICION (Sobrepeso o desnutrición)

La malnutrición puede ser el resultado de una disminución de la ingestión (desnutrición) o de un aporte excesivo (hipernutrición). Ambas condiciones son el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y el consumo de nutrientes esenciales.

La desnutrición se desarrolla por etapas. Al principio, los cambios se producen en los valores de nutrientes en la sangre y en los tejidos, luego suceden cambios en los valores enzimáticos, seguidamente aparece una disfunción de órganos y tejidos y, finalmente, se manifiestan los síntomas de enfermedad y se produce la muerte.

El organismo necesita más nutrientes durante ciertas etapas de la vida, particularmente en la infancia, en la niñez temprana y en la adolescencia, durante el embarazo y la lactancia. En la vejez, las necesidades nutricionales son menores, pero la capacidad para absorber los nutrientes está también



reducida. Por tanto, el riesgo de desnutrición es mayor en estas etapas de la vida, y aún más entre los indigentes.²⁸

Está ampliamente reconocido que la alimentación es uno de los principales factores determinantes de la salud. Junto con el tabaco y la falta de actividad física, constituye uno de los principales determinantes para las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.²⁹

Una dieta equilibrada y una actividad física habitual, así como abstenerse de fumar, son factores importantes para fomentar y mantener una buena salud.

La escasez de alimentos y la falta de variedad son causas de malnutrición y enfermedades por deficiencias nutricionales. El consumo excesivo de alimentos es también una forma de malnutrición, puede llevar a la obesidad contribuyendo al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, enfermedades oculares degenerativas, obesidad, caries dental, cáncer, las que, en la actualidad, representan la mayor carga de enfermedades y constituyen la principal causa de mortalidad, en el mundo.^{30,31}

El entorno en que vive la gente propicia mucho la obesidad. En la actualidad la gran cantidad de alimentos con excesivas calorías y pobres en elementos nutritivos, a los cuales se les podría sumar el sedentarismo, son grandes influyentes de la presencia de obesidad.³²

3.3.1.2.1. Obesidad y sobrepeso

Obesidad significa tener un exceso de grasa en el cuerpo. Se diferencia del sobrepeso, que significa pesar demasiado. El peso puede ser resultado de la masa muscular, los huesos, la grasa y/o el agua en el cuerpo. Ambos términos significan que el peso de una persona es mayor de lo que se considera saludable según su estatura.³³

La obesidad se presenta con el transcurso del tiempo, cuando se ingieren más calorías que aquellas que consume. El equilibrio entre la ingestión de calorías y las que se pierden es diferente en cada persona. Entre los factores que



podrían inclinar el equilibrio se incluyen la constitución genética, el exceso de comer, el consumo de alimentos ricos en grasas y la falta de actividad física.

La hipernutrición, un exceso de nutrientes esenciales, puede ser el resultado de una ingestión excesiva, abuso de vitaminas u otros suplementos o de sedentarismo en exceso.³⁴

Ser obeso aumenta el riesgo de padecer derrames cerebrales, artritis y ciertos cánceres. El sobrepeso es perjudicial porque incrementa el esfuerzo a que es sometido el corazón, y se vincula a la enfermedad coronaria por su influencia negativa sobre el colesterol y la diabetes.^{35, 36,37}

El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.³⁸

La industrialización trajo consigo la transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, asociándose con una transición nutricional, cuando la manera de alimentarse cambió y condujo a una mayor obesidad en la población. Al mismo tiempo, la obesidad se hizo más común entre los pobres que entre los ricos. Los pobres sustituyen los alimentos frescos por alimentos procesados más baratos.

El consumo de grandes cantidades de grasas ocurre en todos los grupos sociales. Las personas con bajos ingresos, como las familias jóvenes, los ancianos y los desempleados, son menos capaces de comer bien.

Los objetivos dietéticos para prevenir enfermedades crónicas hacen hincapié en la importancia de comer más verduras frescas, frutas, legumbres y



almidones mínimamente procesados, y menos grasas animales, azúcares refinados y sal.³⁹

3.3.1.2.2. Desnutrición

La desnutrición, una deficiencia de nutrientes esenciales, resulta de una ingestión inadecuada debido a una dieta pobre o a un defecto de absorción en el intestino (malabsorción); a un uso anormalmente alto de nutrientes por parte del cuerpo; o a una pérdida anormal de nutrientes por diarrea, pérdida de sangre (hemorragia), insuficiencia renal o bien, sudor excesivo.

Las deficiencias nutricionales pueden causar varios problemas médicos. Por ejemplo, el sistema nervioso se afecta por deficiencia de la niacina (pelagra), por el beriberi, por la deficiencia o exceso de vitamina B6 (piridoxina) y por la deficiencia de vitamina B12.

El gusto y el olfato son afectados por la deficiencia de zinc. El sistema cardiovascular es afectado por la obesidad, una dieta con gran cantidad de grasas que conduce a la hipercolesterolemia y enfermedad coronaria arterial; y por una dieta rica en sal, que conlleva hipertensión arterial.

La pelagra, la deficiencia de ácido fólico y el alcoholismo influyen en el funcionamiento del aparato digestivo. La boca (labios, lengua, encías y membranas mucosas) es afectada por una deficiencia de vitaminas B y por el escorbuto. La deficiencia de yodo puede producir un aumento de tamaño de la glándula tiroides. Una tendencia a sangrar y síntomas cutáneos como erupciones, sequedad y tumefacción por retención de líquidos (edema) pueden manifestarse en los casos de escorbuto, deficiencia de vitaminas K y A y beriberi. El raquitismo, la osteomalacia, la osteoporosis y el escorbuto afectan huesos y articulaciones. Una gran variedad de aflicciones que van desde atrofia del crecimiento, disminución de la inteligencia y varias habilidades cognitivas, reducción de la sociabilidad, reducción del liderazgo, reducción de la actividad y la energía, reducción del desarrollo muscular y la fuerza.⁴⁰

3.3.1.3. PERSONAS CON ENFERMEDAD CRONICA RECURRENTE



Las enfermedades crónicas son consideradas como uno de los acontecimientos vitales que mayores demandas implican en términos de recursos físicos, psicológicos y sociales. Su larga duración, la intensidad de los cambios corporales que provocan, la modificaciones que acarrearán en áreas de vida significativas, el carácter novedoso de la mayoría de estos cambios, y las demandas que implican en cuanto a modificación de los estilos de vida del individuo, incluso sobre el sentido de sí mismo(a), convierten el vivir con estas enfermedades en un verdadero reto.⁴¹

Estas enfermedades pueden llevar a las personas a la discapacidad e incluso a la muerte para lo cual se debe en lo posible tratar de prevenirlo, detectar a tiempo y llevar un esquema adecuado y controlado de la enfermedad.

3.3.1.3.1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES E HIPERTENSION

Es una causa importante de discapacidad. Existen muchas formas distintas de la enfermedad cardíaca. La causa más común de la enfermedad cardíaca es el estrechamiento o bloqueo de las arterias coronarias, los vasos sanguíneos que suministran sangre al propio corazón. A esto se le llama enfermedad de las arterias coronarias y se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo. Es la causa más importante por la cual las personas sufren infartos.

Otros tipos de problemas cardíacos pueden ocurrir en las válvulas del corazón, o el corazón puede no latir bien a causa de una insuficiencia cardíaca. Ciertas personas nacen con una enfermedad cardíaca.

Algunos de los factores que ponen en un mayor riesgo de sufrir una enfermedad del corazón son:

- Presión arterial alta
- Colesterol elevado
- Fumar
- No hacer suficiente ejercicio⁴²



La hipertensión arterial incrementa el trabajo a que es sometido el corazón, aumenta el riesgo de accidente vascular encefálico, ataque cardíaco, falla renal, etc. Cuando la hipertensión se acompaña de obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia o diabetes el riesgo aumenta notoriamente.⁴³

Las enfermedades cardiovasculares incluyen las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad vascular periférica. Estas enfermedades son las responsables de una gran proporción de las muertes (una de cada tres) en los hombres y mujeres de los países industrializados y su incidencia está también aumentando en los países en vías de desarrollo.⁴⁴

Por otra parte, es sobradamente conocido el efecto deletéreo que ejerce la hipertensión arterial (HTA) sobre la mortalidad cardiovascular tanto en la población general como en la diabética, en la que la HTA comporta un aumento de 4 a 5 veces de la enfermedad aterogénica.⁴⁵

La relación entre la hipertensión (alta presión arterial) y la obesidad está bien documentada, y se calcula que la proporción de hipertensión atribuible a la obesidad es del 30-65% en las poblaciones de Occidente. De hecho, la presión arterial aumenta si se incrementa el IMC (Anexo 2, 3 y 4); La prevalencia de la hipertensión en adultos con sobrepeso es tres veces mayor que en adultos sin sobrepeso, y el riesgo de hipertensión en personas con exceso de peso entre 20-44 años es casi 6 veces mayor que en los adultos con peso normal.⁴⁶

Para confirmar el diagnóstico de Hipertensión Arterial recomendamos disponer de cifras promedio de Tensión Arterial (PA) iguales o mayores a 140 / 90 en adultos (mayores de 18 años), medida en al menos 3 ocasiones. Para ser diagnósticos, los valores de la PA deben estar elevados en cada una de las 3 visitas.⁴⁷

3.3.1.3.2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

El sistema digestivo es una serie de órganos huecos unidos en un tubo largo y retorcido. Comienza en la boca y se extiende hasta el ano, e incluye el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. El hígado, la vesícula y



el páncreas también participan. Estos tres órganos producen jugos que ayudan en el proceso de la digestión.

Existen muchos tipos de trastornos digestivos. Los síntomas varían ampliamente dependiendo del problema. En líneas generales, debe consultar a un médico si observa:

Sangre en las evacuaciones

Cambios en los hábitos intestinales

Dolor abdominal severo

Pérdida de peso no intencional

Acidez que no mejora con antiácidos ⁴⁸

Los problemas de funcionamiento del tracto gastrointestinal tienen una apariencia normal pero no funcionan correctamente. Las causas principales para los problemas de funcionamiento incluyen:

- Comer una dieta baja en fibra
- No hacer el suficiente ejercicio
- Viajar u otros cambios en la rutina
- Comer grandes cantidades de productos lácteos
- Estar estresado
- Reprimir la necesidad de ir a defecar
- Reprimir la necesidad de ir a defecar debido a los dolores causados por las hemorroides
- Uso abusivo de laxativos (reblandecedor de las heces) que, con el paso del tiempo, debilitan los músculos intestinales
- Tomar medicamentos para el ácido que contengan calcio o aluminio
- Tomar ciertos medicamentos (especialmente antidepresivos, pastillas para el hierro, y medicamentos fuertes para el dolor como por ejemplo narcóticos)
- Estar embarazada ⁴⁹



3.3.1.3.3.ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Las enfermedades neurológicas son trastornos del cerebro, la médula espinal y los nervios de todo el cuerpo. Estos órganos controlan todas las funciones del cuerpo. Cuando algo funciona mal en alguna parte del sistema nervioso, es posible que tenga dificultad para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender. También puede haber problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.

Existen más de 600 enfermedades neurológicas. Los tipos más reconocidos incluyen:

- Enfermedades causadas por genes defectuosos, tales como la enfermedad de Huntington y la distrofia muscular.
- Problemas con el desarrollo del sistema nervioso, tales como la espina bífida.
- Enfermedades degenerativas, en las cuales las células nerviosas están dañadas o mueren, tales como las enfermedades de Parkinson y Alzheimer
- Enfermedades de los vasos sanguíneos que abastecen el cerebro, tales como los derrames cerebrales.
- Lesiones en la médula espinal y el cerebro
- Trastornos convulsivos, tales como la epilepsia
- Cáncer, tales como los tumores cerebrales
- Infecciones, tales como la meningitis ⁵⁰

3.3.1.3.4ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias, En el niño estas infecciones se presentan con mayor frecuencia, sobre todo en los primeros años de vida, debido a determinados factores de tipo anatómico; unido a la inmadurez o fallas en los mecanismos de defensa, tanto locales como humorales. Otros factores de riesgo determinantes son los demográficos, ambientales, alimentarios y de comportamiento. ⁵¹



3.3.1.3.5 ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

Las enfermedades del aparato locomotor, o enfermedades reumáticas, se caracterizan por la aparición de cambios, lesiones o alteraciones en uno o varios de los elementos del aparato locomotor (huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos).

Usamos el término de “enfermedades reumáticas” para referirnos a todos aquellos procesos patológicos que, sin derivar directamente de un traumatismo, afectan al aparato locomotor. Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, por lo general crónicas y con múltiples factores etiopatogénicos, cuyo principal nexo de unión es la presencia predominante de síntomas articulares como dolor, inflamación y a veces, rigidez.⁵²

3.3.1.3.6 ENFERMEDADES ENDÓCRINAS

Quedan incluidas dentro de la definición de enfermedades crónicas no transmisibles. Por tanto, comparten dichos desafíos, además de otros relacionados con las manifestaciones particulares de la enfermedad, su impacto sobre el cuerpo y la psiquis de la persona, sus significados sociales, y las interacciones que demandan en los espacios de salud.⁵³

La diabetes tipo 1 se considera que es una enfermedad autoinmune. En las que el sistema inmunológico ataca las células beta y por lo tanto no se produce insulina. Cuando esto ocurre la glucosa en la sangre se eleva porque no puede ingresar a la célula para ser transformada en energía.⁵⁴

La Diabetes incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. Más del 80% de los pacientes diabéticos pueden padecer alguna afección de este tipo.⁵⁵

La diabetes de tipo 2 o la diabetes mellitus no insulino dependiente, la que está más ligada a la obesidad y el exceso de peso. De hecho el riesgo de desarrollar una diabetes de tipo 2 aumenta con un IMC mayor. La probabilidad de que las mujeres obesas desarrollen una diabetes de tipo 2 es 12 veces



mayor que en mujeres con un peso saludable. Especialmente en las personas con antecedentes familiares de diabetes, y disminuye si se pierde peso.

Un estilo de vida sedentario, el exceso de peso y la dieta inadecuada se vinculan con el desarrollo de intolerancia a la glucosa y la diabetes tipo 2. Cualquier persona con un índice de masa corporal de más de 27 se considera en riesgo de desarrollar problemas de salud. Un índice de masa corporal de más de 30 indica obesidad, además de un riesgo mayor de padecer diabetes y otros problemas de salud.

La diabetes tipo 2 o del adulto ocurre en presencia de insulina. Sin embargo, el cuerpo la produce en menor cantidad, o la insulina producida no funciona apropiadamente.⁵⁶

Existen determinados factores asociados al desarrollo de la diabetes, y algunos de ellos como la genética y la historia familiar, por ejemplo, están fuera de nuestro control para prevenir la enfermedad. Sin embargo, podemos cambiar nuestros hábitos alimenticios, los niveles de actividad y el peso corporal para disminuir el riesgo de padecer diabetes. La pérdida de cinco kilos en una persona es suficiente para disminuir significativamente el riesgo de contraer la enfermedad.⁵⁷

Al ser una enfermedad de tanta incidencia la OMS determino criterios diagnósticos para la misma:

Criterios diagnósticos de la diabetes

- Glucemia al azar ≥ 200 mg./dl en presencia de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicada).
- Glucemia en ayunas (al menos durante 8 horas) ≥ 126 mg./dl.
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas tras la sobrecarga oral con 75 grs. de glucosa (SOG).
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6,5\%$.



En las tres últimas opciones es necesario comprobar el diagnóstico con una nueva determinación de glucemia en ayunas, sobrecarga oral de glucosa o hemoglobina glucosilada. La glucemia se determinará en plasma venoso por métodos enzimáticos y la HbA1c siguiendo un método trazable al de la International Federation of Clinical Chemistry.

Cuando los niveles de glucemia de un paciente se encuentran elevados pero no alcanzan las cifras diagnósticas de diabetes, se clasifica como:

- Glucemia basal alterada (GBA): Paciente con niveles de glucemia en ayunas entre 100-125 mg/dl, según la Asociación Americana de diabetes (ADA, 2009); y entre 110-125 mg/dl para la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Intolerancia a la glucosa (ITG): Pacientes con niveles a las 2 horas de la SOG entre 140-199 mg/dl.⁵⁸

3.3.1.4. EMBARAZADAS CON PROBLEMAS

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto en los púberes y adultos cercanos.

En estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático de porcentaje de mujeres adolescentes, que mantienen vida sexual activa. El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas.⁵⁹

En varios estudios se ha encontrado que las madres más jóvenes tienen un control prenatal menos adecuado y que éste podría ser un factor que contribuya a desenlaces maternos y fetales adversos.

En lo que se refiere al recién nacido, se han corroborado como riesgos la prematuridad, bajo peso al nacer, recién nacidos pequeños para la edad gestacional y desarrollo de enfermedad de membrana hialina; estos constituyen



un riesgo aún mayor para el grupo de las madres adolescentes menores de 15 años.⁶⁰

Estadísticamente, hay muchas más mujeres con edad sobre los 35 años que en cualquier otra era. Este fenómeno implica un mayor número de mujeres en riesgo de concebir niños con anomalías cromosómicas como el síndrome de Down. Un número de otras enfermedades, incluyendo defectos del nacimiento, también han sido investigados por el impacto de una mayor edad materna. Los defectos congénitos son la primera causa de muerte en países desarrollados y la segunda en muchos países en vías de desarrollo. Las malformaciones congénitas aisladas son usualmente rasgos complejos. El conocimiento de un factor de riesgo para estos problemas sería un importante logro. Entre estos factores de riesgo, la edad materna es uno de los más estudiados.

Los defectos del tubo neural (DTN) están entre los más comunes de las malformaciones congénitas más serias. Un DTN en el feto es aquél que afecta las estructuras que constituyen el cerebro y la columna vertebral. Estos niños pueden evolucionar con hidrocefalia, tener diversos grados de compromiso motor y sensitivo en sus extremidades inferiores y problemas de continencia urinaria y digestiva. Como secuelas pueden presentar trastornos de aprendizaje y, algunos, retraso mental.

Estos defectos ocurren muy temprano, generalmente en el primer mes de desarrollo embrionario, cuando aún el diagnóstico de embarazo puede ser incierto.

Actualmente la prevalencia de defectos del tubo neural es alrededor de 6 en cada 10.000 nacidos vivos en el mundo. Noventa por ciento de los niños con DTN nacen en familias donde esto nunca ha ocurrido antes. Setenta y cinco por ciento de los embarazos afectados termina en aborto o mortinato y sólo 25% de estos niños nace vivo. Se cree que tanto factores genéticos (heredados) como ambientales contribuyen en la etiología de DTN.⁶¹



3.3.1.5. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por discapacidad a 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. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.⁶²

3.3.1.5.1. CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de enfermedades como: poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

Existen diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre otras.⁶³

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje, y otros tipos de discapacidades relacionadas con disminución de algunos de los sentidos, por ejemplo la hipoagusia que es la disminución en la sensación del gusto. La discapacidad visual es la carencia, deficiencia o disminución de la visión. Para muchas personas la palabra ciego significa carencia total de la visión, sin embargo la discapacidad visual se divide en ceguera total o amaurosis, ceguera legal.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de



enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

Las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conservar intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical, interpersonal e intrapersonal.

Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos Cerebrales.⁶⁴

3.3.1.6. PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES

Los problemas de salud mental son condiciones que incluyen cambios en el pensamiento, estado de ánimo, y/o comportamiento.

Estas incluyen trastornos de ansiedad, trastornos de hiperactividad y atención deficitaria, depresión, trastornos del humor, alimentarios, esquizofrenia u otros. Cuando estas enfermedades afectan a niños menores de 18 años, se les conoce como serias perturbaciones emocionales.⁶⁵

Existen muchas causas de las enfermedades mentales. Los genes y los antecedentes familiares pueden jugar un papel importante. Sus experiencias de vida, tales como el estrés o un historial de abuso, también pueden influir. Los factores biológicos también pueden ser parte de la causa. Una lesión traumática del cerebro puede conducir a un trastorno mental, así como la exposición de la madre durante el embarazo a virus o químicos tóxicos. Otros factores pueden aumentar el riesgo, tales como el uso de drogas ilegales o sufrir una condición médica seria como cáncer.

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente.

Varios estudios han demostrado que las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y abuso o la dependencia



del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.⁶⁶

3.3.1.7 VIOLENCIA

En el año 1996 la OMS reconoce a la violencia como un problema de salud pública, sin embargo su identificación constituye un reto, debido a la inexistencia de instrumentos específicos de medida. Las agresiones físicas pueden ocasionar una amplia variedad de alteraciones corporales y funcionales, en función de las características de la agresión, de la intensidad y de los órganos y tejidos afectados. Pero además, dichas agresiones pueden originar alteraciones psicológicas persistentes y graves, las cuales se pueden manifestar tanto en víctimas directas, como en víctimas indirectas de la agresión. Entre un 30 y 60% de los afectados por violencia grave pueden desarrollar síndrome de estrés postraumático, distimia, depresión, ansiedad y somatizaciones.⁶⁷

3.3.2. RIESGOS SANITARIOS

Los sistemas sanitarios son parte importante en la determinación de la salud de la población, pues gastar eficientemente grandes sumas de dinero en un sistema sanitario no mejora la salud poblacional si no se invierte simultáneamente en educación o sin mejorar las condiciones generales de vida. Sociedades con desigualdades sociales y económicas generan también desigualdades sanitarias.

Este riesgo podemos dividirlo en dos: atención sanitaria curativa, aparece cuando el stock de salud empieza a disminuir y atención sanitaria preventiva que intenta que esto no ocurra.⁶⁸



3.3.2.1. CONSUMO DE AGUA INSEGURA

Muchos efectos perjudiciales para la salud guardan relación con la ingestión de agua insalubre, la falta de agua, la falta de saneamiento, el contacto con agua insalubre y la gestión inadecuada de los recursos hídricos y los sistemas de abastecimiento de agua, inclusive en la agricultura. La diarrea infecciosa es el factor individual que más contribuye a la carga de morbilidad asociada al agua insalubre y el saneamiento y la higiene deficientes. Además, la esquistosomiasis, el tracoma, la ascariasis, la tricuriasis y la anquilostomiasis se atribuyeron en todos los casos al agua insalubre y a las condiciones deficientes de saneamiento e higiene.⁶⁹

3.3.2.2. MALA ELIMINACION DE EXCRETAS

La disposición inadecuada de las excretas es una de las principales causas de enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias, particularmente en la población infantil y en aquellas comunidades de bajos ingresos ubicadas en áreas marginales urbanas y rurales, donde comúnmente no se cuenta con un adecuado abastecimiento de agua, ni con instalaciones para el saneamiento.

Los organismos patógenos que causan enfermedades intestinales viven en los excrementos o materias fecales de los seres humanos y de los animales, y utilizan diferentes formas de contagio.

Las enfermedades transmitidas por la inadecuada disposición de las excretas incluyen las transmitidas por vía fecal-oral (la disentería amebiana, el cólera, la diarrea, las diarreas virales, el virus A de la hepatitis y la fiebre tifoidea); y las infecciones helmínticas del tracto intestinal como la ascariasis (lombriz intestinal) y la tricocefalosis (lombriz latiguiforme), entre otras.⁷⁰

3.3.2.3. MALA ELIMINACION DE DESECHOS SOLIDOS

La importancia de los desechos sólidos como mecanismo de transmisión de enfermedades no está bien determinado, pero se le atribuye la incidencia de la transmisión de algunas enfermedades, al lado de otros factores principales que actúan por vías directas. Estos riesgos van asociados a efectos directos a



la salud y a efectos indirectos para la misma.

Efectos directos: estos se refieren al contacto ocasional directo con la basura, que algunas veces contiene excremento humano, de animales y restos de otros agentes que pueden ser fuente de transmisión de enfermedades, de los cuales los recolectores y personas encargadas del servicio de recolección son los mayormente afectados.

Efectos indirectos: estos están vinculados a la proliferación de vectores de importancia sanitaria y de molestias públicas, entre las que podemos citar, las moscas, las ratas, las cucarachas que se encuentran en los residuos sólidos, por ser estos su medio alimenticio y su hábitat, y transmiten enfermedades como fiebre tifoidea, salmonelosis, disenterías, diarreas, malaria, dengue y rabia, entre otras.

Por otro lado, la alimentación con basura (cerdos, aves y otros), práctica inadecuada, pone en peligro la salud pública. Al ser consumidos estos alimentos, pueden causar enfermedades como la triquinosis, la cisticercosis y otras, en el caso del cerdo. Otro de los efectos indirectos asociados a los desechos sólidos, son los accidentes aéreos y terrestres, causados por la poca visibilidad al producirse incendios, humo y aves en los botaderos de basura mal proyectados, ubicados cerca de aeropuertos y carreteras.

Las basuras o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas y, en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades, produciendo residuos de cáscaras, plásticos, papeles, frascos, huesos, trapos, cartones, etc.

La recolección y disposición inadecuada de las basuras permite el desarrollo de insectos que se alimentan de ella produciendo algunas enfermedades al hombre como por ejemplo la tifoidea, paratifoidea, amibiasis, diarrea infantil y otras enfermedades gastrointestinales.



Cuando las basuras se acumulan en un lugar se forman los basureros que causan molestias a las personas, generando malos olores, convirtiéndose en criaderos de moscas, cucarachas, ratones y contaminando las fuentes de agua, el suelo y el aire en general.⁷¹

Podemos encontrar residuos biodegradables los cuales la naturaleza es capaz de degradar o descomponer como los restos vegetales (verduras, jardines, podas, etcétera). El papel y el cartón son biodegradables, pero su proceso de descomposición es más lento y residuos no biodegradables en los que la naturaleza no es capaz de degradar o descomponer, porque los insectos y microbios no los reconocen y no saben qué hacer con ellos.

Es el caso de los plásticos, los vidrios y los metales, entre otros. La mayoría de estos materiales se degradan después de mucho tiempo, por factores climáticos y otros.

Los desperdicios, desechos o residuos se convierten en contaminantes cuando se arrojan al ambiente.⁷²

3.3.2.4. IMPACTO ECOLOGICO POR INTERVENCION INDUSTRIAL

Las instalaciones industriales incluyen una gran variedad de operaciones de minería, transporte, generación de energía, fabricación y eliminación de desperdicios, que tienen peligros inherentes que requieren un manejo cuidadoso.

Asimismo, las instalaciones industriales, pueden acarrear peligros potenciales que son distintos de aquellos de las sustancias peligrosas. Estos riesgos son generalmente por sustancias y reacciones químicas, son causadas en industrias, comercios o viviendas. Esto ocurre por el uso inadecuado de combustible y fallas de instalaciones eléctricas.

Estas pueden provocar incomodidad, estrés mental, pérdida de eficiencia o bienestar para los trabajadores. Si el estrés es el resultado de la reacción humana a la monotonía, la fatiga, el movimiento o choques repetidos, se aumenta el potencial de los riesgos y accidentes.⁷³



La ciencia ha intentado analizar los efectos negativos sobre la salud humana de la contaminación atmosférica, y éstos dependen de múltiples factores, habiendo sido difícil la definición exacta del efecto concreto de ciertos contaminantes, pero hoy acepta la comunidad científica internacional, que es necesaria la exigencia, de unos "criterios de salubridad del aire", a todas las colectividades, pues se han constatado los efectos, a partir de técnicas en modelos experimentales, en modelos de humanos voluntarios y en estudio retrospectivos y prospectivos epidemiológicos.

Los efectos dañinos de SO_2 , humos y partículas en suspensión, como contaminantes atmosféricos, sobre la salud humana, especialmente con daño sobre el aparato respiratorio de niños, adultos e incluso repercusiones de enfermedad, con incremento de ingresos en hospitales e incremento de la mortalidad, sobre todo en pacientes con patología de base cardio-respiratoria previa.⁷⁴

Muchos estudios han demostrado enlaces entre la contaminación y los efectos para la salud. Los aumentos en la contaminación del aire se han ligado al quebranto en la función pulmonar y aumentos en los ataques cardíacos. Niveles altos de contaminación atmosférica perjudican directamente a personas que padecen asma y otros tipos de enfermedad pulmonar o cardíaca. La calidad general del aire ha mejorado en los últimos 20 años pero las zonas urbanas son aún motivo de preocupación. Los ancianos y los niños son especialmente vulnerables a los efectos de la contaminación del aire.⁷⁵

3.3.2.5. ANIMALES INTRADOMICILIARES

Existen más de 100 enfermedades relacionadas con animales domésticos, aunque sólo 20 son más frecuentes. Un cálculo reciente sugirió que las enfermedades causadas por animales domésticos pueden costar al hombre tantos recursos del sector salud como las enfermedades de transmisión sexual. Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas; sin embargo, existen otras infecciones (parasitarias, bacterianas, virales y micóticas) que pueden ser transmitidas por



mascotas. Otras infecciones son transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas, sus excretas o a través de artrópodos. Los niños pequeños son los que tienen mayor riesgo de padecer enfermedades por mascotas. Las mordeduras por perro representan el accidente más habitual, en cambio las de gatos son menos frecuentes, pero pueden tener mayor infección asociada. De igual manera, perros y gatos son portadores de enfermedades por el contagio de roedores silvestres o por alimentos contaminados.⁷⁶

Se debe tener especial cuidado con la estrecha relación que se da entre los niños y los animales, para que empleen y sobre todo comprendan la importancia de practicar las medidas de prevención adecuadas. Casi ninguna de las enfermedades transmitidas por animales es mortal, muchas se pueden prevenir y curar; pero para eso hay que saber definitivamente más sobre ellas. Existen muchos padecimientos que pueden ser transmitidos por animales, aunque los más peligrosos son la rabia y la peste bubónica.⁷⁷

Cada año un gran número de personas contraen alguna enfermedad infecciosa o parasitaria por el contacto que sostienen con animales.

Otros ejemplos de enfermedad con las de animales que pueden ser portadores de cryptosporidiosis ("crypto"), toxoplasmosis ("toxo"), el complejo Mycobacterium avium ("MAC") y otras. Estas enfermedades pueden causar problemas como diarrea severa, infecciones cerebrales y lesiones en la piel.⁷⁸

3.3.3 RIESGOS SOCIOECONOMICOS

Los nuevos estudios sugieren que las personas de estrato bajo tienen más prevalencia de estrés por su condición, la cual proporciona una peligrosa influencia en la salud, no es un simple fenómeno estadístico; cuando se comparan los estados socioeconómicos altos y bajos (ingresos, ocupación, educación y condiciones de la vivienda), el riesgo de algunas enfermedades es 10 veces mayor. Las personas de estrato socioeconómico bajo tienen mayor riesgo de enfermar y más corta expectativa de vida que las personas de estrato socioeconómico alto.



Las explicaciones convencionales de no tener el mismo acceso al cuidado de la salud o de baja calidad y una mayor incidencia de estilos de vida peligrosos como el hábito de fumar y la obesidad, no explican las discrepancias. La pobreza afecta la salud y predice un patrón de función cardiovascular, función metabólica, incidencia de obesidad y nivel de hormonas de estrés. La inequidad en los ingresos.⁷⁹

La vinculación entre las condiciones socioeconómicas y la salud ha sido ampliamente tratada por la literatura económica, en el cual asume que cada individuo tiene un stock de salud inicial que se deprecia con el tiempo y que se incrementa con la inversión, con lo cual la salud depende fuertemente de las condiciones socioeconómicas.⁸⁰

En las familias con migrantes se ha observado una mayor incidencia de problemas psicológicos en relación a otras familias que no los tienen. La ansiedad, la depresión, la violencia intrafamiliar, los trastornos de conducta y el alcoholismo fueron los problemas más comunes. Una correlación entre el rol del migrante y los problemas de conducta infantil ha sido encontrada.

En la categoría de otros efectos de la emigración sobre la familia, se ha detectado que además de las reacciones emocionales ya mencionadas, también se presentaban enfermedades sistémicas y psicosomáticas luego de la emigración familiar.⁸¹

3.3.3.1. DESEMPLEO DEL JEFE DE FAMILIA

La seguridad laboral aumenta la salud, el bienestar y la satisfacción con el trabajo.

El desempleo es un riesgo para la salud, y está fuertemente vinculado a las consecuencias psicológicas y los problemas financieros, especialmente las deudas; su repercusión en la salud es mayor en regiones con mayores índices de desempleo del jefe de familia.

La inseguridad laboral incrementa los efectos en la salud mental (particularmente ansiedad y depresión) y aumenta las enfermedades físicas y los factores de riesgo para las enfermedades cardíacas. La calidad del trabajo



también es importante, puesto que no es igual un empleo que brinde a sus trabajadores todos los instrumentos y medidas de seguridad necesarias, que uno que no aporte con dichas características.⁸²

3.3.3.1.1 CALIDAD DE TRABAJO

El entorno físico del lugar de trabajo también va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son los puestos de trabajo, las características ambientales como el frío, calor, ruido e iluminación, entre otros. El entorno laboral saludable debe promover la participación de los empleadores, trabajadores y otros actores sociales interesados en la realización de acciones conjuntas para controlar, mejorar y mantener la salud y el bienestar de los trabajadores.

- Si, las condiciones de trabajo son malas, pueden influir en la salud y la seguridad del trabajador.
- Las condiciones de trabajo insanas o inseguras no se dan únicamente en las fábricas o plantas industriales - se pueden hallar en cualquier lugar, tanto si se trabaja en un recinto cerrado como al aire libre. Para muchos trabajadores, por ejemplo los jornaleros agrícolas o los mineros, el lugar de trabajo está "al aire libre" y puede acarrear muchos riesgos para su salud y su seguridad.
- Las malas condiciones de trabajo también pueden afectar al entorno en que viven los trabajadores, pues muchos empleados trabajan y viven en un mismo entorno. Es decir, que los riesgos laborales pueden tener consecuencias nocivas en ellos, sus familias y otras personas de la comunidad, además de en el entorno físico que rodea al lugar de trabajo. Un ejemplo clásico es el empleo de plaguicidas en el trabajo agrícola, puesto que los productos químicos se absorben a través de la piel; a más de ello, pueden ser ingeridos de manera indirecta, al no ejercer el lavado de manos antes de comer, beber o fumar, así mismo, dichos productos pueden encontrarse en el agua potable cuando ésta ha sido contaminada. Las familias de los trabajadores también pueden verse expuestas de distintas maneras: inhalar los plaguicidas que



persistan en la atmósfera; beber agua contaminada o estar expuestas a residuos que contenga la ropa del trabajador. Otras personas de la comunidad inmediata pueden estar también expuestas, si no se han tomado las medidas necesarias por parte de los empleadores para el control de la contaminación atmosférica, así como para la eliminación adecuada de sus productos de desecho. Cuando los productos químicos son absorbidos por el suelo o se difunden a las capas de agua en la superficie de la tierra, o subterránea, las consecuencias negativas en el entorno natural pueden ser permanentes.

El trabajo desempeña una función esencial en las vidas de las personas, pues la mayoría de los trabajadores pasan por lo menos ocho horas al día en el lugar de trabajo, ya sea una plantación, una oficina, un taller industrial, etc. Así pues, los entornos laborales deben ser seguros y sanos, cosa que no sucede en el caso de muchos trabajadores. Todos los días del año hay trabajadores en todo el mundo sometidos a una multitud de riesgos para la salud, como:

- polvos
- gases
- ruidos
- vibraciones
- temperaturas extremas.

En casi todos los lugares de trabajo se puede hallar un número ilimitado de riesgos. En primer lugar están las condiciones de trabajo inseguras patentes, como las máquinas no protegidas, los suelos deslizantes o las insuficientes precauciones contra incendios, pero también hay distintas categorías de riesgos insidiosos (es decir, los riesgos que son peligrosos pero que no son evidentes), entre otras:

- los riesgos químicos a que dan lugar líquidos, sólidos, polvos, humos, vapores y gases;
- los riesgos físicos, como los ruidos, las vibraciones, la insuficiente iluminación, las radiaciones y las temperaturas extremas;



- los riesgos biológicos, como las bacterias, los virus, los desechos infecciosos y las infestaciones;
- los riesgos psicológicos provocados por la tensión y la presión;
- los riesgos que produce la no aplicación de los principios de la ergonomía, por ejemplo, el mal diseño de las máquinas, los instrumentos y las herramientas que utilizan los trabajadores; el diseño erróneo de los asientos y el lugar de trabajo o unas malas prácticas laborales.⁸³

3.3.3.1.2 CONTAMINACIÓN AUDITIVA

Otro de los contaminantes promovido por las industrias es la de tipo auditiva, la cual muchas veces es ignorada, pero que de hecho repercute de manera negativa en la salud de los trabajadores expuestos. No existe un control adecuado de los niveles de contaminación auditiva a nivel de las industrias, los cuales no cumplen con las recomendaciones existentes, ni con criterios higiénicos industriales; las consecuencias de dicha exposición dependerán del tiempo que estuvo en contacto con el ruido, de la edad y de infecciones previas del oído.⁸⁴

3.3.3.2. ANALFABETISMO DEL PADRE O MADRE

La educación guarda una relación muy estrecha con la mortalidad, constituyendo el nivel educativo de la población una señal confiable del riesgo a morir.

La escolaridad es un factor de eficiencia dentro de la función de producción de salud, así como también pueden serlo otras variables socioeconómicas.

Un mayor nivel de educación conduce a un mejor status de salud, a través de los siguientes mecanismos: mayor educación de los hijos, mayores posibilidades de tomar decisiones eficientes de consumo, mejor planificación familiar, mejor inserción en la comunidad y mejor producción de salud de ellos y sus hijos.⁸⁵

Se ha observado en estudios previos que cuando el jefe de hogar tiene una educación superior, el hogar tiene la mitad de la vulnerabilidad de sufrir efectos



adversos en la salud, que aquellos cuyos jefes de familia tienen una educación media o básica.⁸⁶

3.3.3.3. ESTRUCTURA FAMILIAR DESINTEGRADA

El seno familiar es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción.⁸⁷

En América Latina, Hispanoamérica y en el mundo entero, la desintegración familiar por la separación de las parejas alcanza un nivel alarmante, de tres parejas una se separa materialmente, una más vive juntos aparentemente y una se conserva unida, lo que pone de relieve la creciente fragilidad de la familia que se enfrenta a las fuerzas del relativismo ético y moral, la pobreza, el secularismo y materialismo en donde se aprecian las actitudes individualistas reveladoras de la falta de solidaridad y conciencia del grupo familiar y social.

Entendiendo a la desintegración familiar como la supresión voluntaria o forzada de algún miembro de la familia de su entorno regular; la unión familiar es un elemento necesario para que la célula social se reproduzca sana y equilibradamente, valorando a los miembros de la familia como personas por su propia dignidad, se establece el vínculo afectivo y se favorece el desarrollo y la maduración personal de los hijos a través de su presencia e influencia de los modelos distintos y complementarios del padre y la madre.

La salud de una población depende de una red multicausal de factores psicobiológicos y sociales. Lo anterior significa que las familias física y anímicamente enferman, afectadas por alguno de los males que le aquejan no pueden verse en un ámbito estrictamente privado por los efectos y secuelas que producen en la sociedad y permanecer solo con una indiferencia expectante con declaraciones estruendosas y triunfalistas que a nadie convencen porque la realidad desmiente.

Muchos de los problemas de familia son causados por los estilos de vida que trascienden al ámbito social y por lo tanto rebasan la visión de ser problemas solamente individuales, esto es, privados, aunque muchos se opongan a la



tendencia social de la familia y la correspondencia cada vez mayor del espacio público en el ámbito de la familia.

Aunque la familia como institución, ha sobrevivido y sobrevivirá, se adapta, evoluciona y está poco valorada y en la actualidad se constata una mayor conflictividad familiar. La familia está amenazada desde dentro por el comportamiento de sus miembros y desde fuera porque los valores familiares están siendo atacados por programas gubernamentales, por los medios de comunicación que menosprecian a la familia y por el propio sistema económico, de inspiración capitalista, que consagra el beneficio económico como valor supremo y que justifica en su nombre actitudes individualistas y materialistas de notable insolidaridad social.⁸⁸

3.3.3.4. POBREZA CRÍTICA

Estudios sugieren que el estrés de ser pobre tiene una peligrosa influencia en la salud, no es un simple fenómeno estadístico; cuando se comparan los estratos socioeconómicos altos y bajos (ingresos, ocupación, educación y condiciones de la vivienda), el riesgo de algunas enfermedades es 10 veces mayor. Las personas de estrato socioeconómico bajo tienen dramáticamente más riesgo de enfermar y más corta expectativa de vida que las personas de estrato socioeconómico alto. Las explicaciones convencionales de no tener el mismo acceso al cuidado de la salud o de baja calidad y una mayor incidencia de estilos de vida peligrosos como el hábito de fumar y la obesidad, no explican las discrepancias.

El «sentirse» pobre afecta la salud y predice un patrón de función cardiovascular, función metabólica, incidencia de obesidad y nivel de hormonas de estrés. La inequidad en los ingresos parece exacerbar el estrés de la pobreza. Cuando las diferencias entre ricos y pobres crecen, el soporte típicamente está menos disponible y las frustraciones de la pobreza se intensifican.⁸⁹

El estatus socioeconómico es un importante factor determinante del estado sanitario. La gente más pobre, con menos formación o con un nivel laboral más



bajo tiende a tener peor salud. Mejorar la salud y tratar de eliminar las desigualdades sanitarias son de por sí un objetivo, pero constituyen también un importante requisito para un mayor desarrollo económico.⁹⁰

La pobreza en los padres de familia inicia una cadena de riesgos sociales que podría llevar a la exclusión social, la cual crea miseria e incluso cuesta la vida de las personas expuestas a este fenómeno. La pobreza por sí misma es una condición generadora de dolor y estrés, considerada por algunos autores tan perniciosa como el vivir con padres que presentan patologías mentales severas o alteraciones psicopatológicas.

Los niños y niñas que viven en la pobreza están sometidos a diferentes riesgos tanto en el plano físico, como en el mental y el social, ya que están expuestos con mayor frecuencia a situaciones tales como enfermedades físicas, estrés familiar, apoyo social insuficiente y depresión parental, especialmente en el caso de la madre.

A partir de estos riesgos dichos niños están expuestos a consecuencias más serias comparados con sus pares de grupos sociales más aventajados desde un punto de vista social y económico.⁹¹

La estigmatización proveniente de enfermedades mentales, discapacidades físicas o enfermedades como el Sida empeoran las cosas. Las personas que viven en las calles, pueden padecer al mismo tiempo varios problemas de este tipo, teniendo los índices más altos de muerte prematura.⁹²

La pobreza y la marginación impiden a una gran cantidad de personas acceder a los avances continuos que en materia sanitaria vienen incorporándose, no sólo por dificultad de acceso a los servicios, sino principalmente por no alcanzar requisitos mínimos en cuanto a calidad de vida que les permita llevar una vida saludable. Estas poblaciones con malas condiciones de vida y bajo desempeño sanitario pueden caer en una trampa de pobreza, un mecanismo autorreforzado que causa la perennización de la pobreza.⁹³

3.3.3.5 HACINAMIENTO

La presencia de hacinamiento, inducida por la falta de un espacio adecuado, puede provocar situaciones de estrés psicológico, favorece la propagación de



enfermedades infecciosas e incrementa la frecuencia de accidentes dentro del hogar. Los principales afectados por esta situación son los niños, debido a su estado de crecimiento y desarrollo. Cuando existen casos de hacinamiento crítico, la tensión psicológica y emocional es cada vez mayor, acumulándose y produciendo cambios en el organismo.⁹⁴

Hace referencia a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles.

Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para otras personas. En general, esto se refiere a la ubicación, la infraestructura, equipamientos y servicios colectivos y de vivienda. La idea del hacinamiento depende de un juicio normativo acerca de los niveles apropiados de ocupación, densidad y privacidad. Las normas que se aplican varían considerablemente entre sociedades diferentes.

El número de personas por habitación es por lo general utilizado en las estadísticas nacionales como un indicador básico simple de proximidad forzada, estableciendo un límite de 1,5 o 2 personas por habitación. Pero en países desarrollados, esta medida ha sido complementada con estándares adicionales. Las Naciones Unidas toman en cuenta la superficie de las habitaciones para sus indicadores de desarrollo sustentable, mientras que su división de estadística utiliza la medida de personas por habitación.⁹⁵



IV. HIPOTESIS:

Las características de salud y enfermedad tienen relación con los factores determinantes, condiciones tanto biológicas, sanitarias y socioeconómicas de la población.

V. OBJETIVOS:

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer las características de salud-enfermedad y sus determinantes, en la población El Cebollar.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer las características del proceso salud-enfermedad de las familias.
- Identificar los determinantes sociales de la salud.
- Sugerir lineamientos para mejorar la salud.



VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es cuantitativo, observacional y transversal; porque se toma a la población en un tiempo establecido y se analizan las características de salud-enfermedad si existieren y los factores que las determinan.

6.2. ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en la Dirección Provincial de Salud del Azuay, área N°2 Miraflores, Unidad de salud familiar comunitaria integral El Cebollar; ubicada al norte de la ciudad de Cuenca, a unos tres kilómetros por carretera asfaltada, altitud 2800 metros sobre el nivel del mar. Límites: Av. Ab. J. Andrade, Pampas del Cebollar y Mutualista Azuay (noreste). Av. Ab. J. Andrade, Emilio López Ortega, la Verbena (noroeste). Av. de las Américas, Av. Ab. J. Andrade, Yaupi, Benjamín Franklin, entrada a Sinincay (sureste). Av. de las Américas, Av. del Chofer, dalle del Molino (suroeste). Quebrada del Cebollar (este). Los Tanques (oeste).(Anexo 5)

6.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Este estudio se realizó con un Universo de 1041 familias que viven en el sector de El Cebollar, en el año 2010. Se trabajó con todo el universo.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se utilizó la información de las fichas existentes en el subcentro de El Cebollar del cantón Cuenca de la provincia del Azuay, recolectadas durante el periodo de enero del 2008 a septiembre del 2010.

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fichas incompletas, mal llenadas o que no se hayan recolectado en el periodo indicado.



6.6. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- Sectorización (Anexo 6) Las zonas en las que se dividió al sector para facilitar la recolección de los datos son: Inmaculada, Pumayunga, Progreso, Mutualista, Pampas del Cebollar, San Miguel, Av. Abelardo J Andrade, Cullca y Parque del Cebollar.
- Capacitación: nuestro equipo fue capacitado para el manejo y selección de las fichas (completas y bien llenadas) con el Dr. Pablo Tenesaca, Médico tratante del Subcentro El Cebollar.
- Reunión con líder de la comunidad y el cura párroco del sector, para dar a conocer las actividades a realizarse.
- Procesamiento de los datos en SPSS.
- Comprobación de la hipótesis, la parte descriptiva por el número, y porcentaje, y la analítica por razón de prevalencia, intervalo de confianza y valor de p.

*Entre las **técnicas** que realizamos:*

- Tabular las fichas familiares del Ministerio de Salud.

*Entre los **instrumentos** que utilizamos:*

- Ficha familiar del Ministerio de Salud Pública.(Anexo 7)

Supervisión: Director y Asesor estadístico, el Dr. Jaime Morales San Martín.



6.7. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO

A excepción de la edad (cuantitativa continua), las demás variables fueron manejadas como dicotómicas (si o no).

La información recopilada se tabuló en una base de datos del software estadístico SPSS versión 15 en español para Windows.

El procesamiento de datos consideró únicamente variables dependientes por lo tanto el tratamiento estadístico fue univariante. Los resultados se midieron y se muestran en número de casos, porcentajes, razones, medias, modas y desviaciones estándar por medio de tablas. Las tasas de prevalencia se calcularon sobre la población total.

En la calificación de las familias consideramos la suma total obtenida del riesgo biológico, higiénico-sanitario y socioeconómico; presentes en la ficha familiar del MSP.

Para valorar el tipo de riesgo, cada uno de ellos se calificó sobre la totalidad de las familias, existiendo casos en los que una familia presenta más de uno de ellos, por lo que no se puede realizar la sumatoria (valor absoluto), si no interpretar los porcentajes (valor relativo)

La clasificación de las enfermedades, con la que se tabuló los datos, es la obtenida del CIE-10, aquí analizamos únicamente la población enferma.



6.8. LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el proceso investigativo nos tropezamos con limitaciones tanto propias como ajenas, en cuanto a la obtención de datos las investigadoras nos encontramos con fichas incompletas, o llenadas de manera inadecuada; además los datos fueron recolectados por diferentes personas y las respuestas en las diversas preguntas tienen componentes subjetivos, dependiendo del criterio y conocimiento de la persona que evalúa los diferentes parámetros que contiene la ficha familiar.

De tal manera que llegamos a la conclusión de que probablemente se trata de inconsistencias en el instrumento; ya que los datos que reflejan ciertas tablas no concuerdan con la realidad.

(Anexo 9, 10, 11)



VII. RESULTADOS

7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA N° 1

Características la población de El Cebollar, según sexo y edad. Cuenca, Septiembre 2010.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Femenino	2367	53,40
Masculino	2067	46,60
Total	4434	100,00
EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
< 1 año	105	2,37
1-4 años	360	8,12
5-9 años	470	10,60
10-19 años	928	20,93
20-64 años	2375	50,56
>65 años	196	4,42
Total	4434	100,00

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras

El 53,4% de la población son mujeres y el 46,6% son hombres. Un 50,56% de la población pertenece al grupo etario de 20-64 años, el 20,93 % pertenece al grupo de 10-19años; en cambio los menores porcentajes pertenecen al grupo de <1año (2,37%) y >65 años (4,42%) Observando que la edad media de la población es de 30 años.



TABLA N° 2
Distribución de la población de El Cebollar, según escolaridad y ocupación. Cuenca, Septiembre 2010.

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Sin escolaridad	96	2,17
Preescolares	465	10,49
Básico	1974	44,51
Bachillerato	1243	28,03
Superior	646	14,57
Especialidad	10	0,23
Total	4434	100,00
OCUPACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Sin Ocupación (0-4 años)	465	10,49
Sin Ocupación	67	1,51
Estudiantes	1529	34,50
QQ.DD	706	15,90
Profesionales	333	7,50
Comerciante	273	6,20
Obreros	221	5,00
Agricultura	22	0,50
Otros	818	18,40
Total	4434	100,00

Fuente:Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 44,51% de personas han llegado al nivel básico de escolaridad. Mientras que 96 personas (2,17%) no recibieron escolaridad, y apenas un 0,23% individuos con Especialidad. El 34,5% de la población son estudiantes, el 15,9% tienen como ocupación QQ.DD y un 1,51% no tiene ocupación.



TABLA N° 3

Distribución de las familias de El Cebollar, según presencia de riesgos.

Cuenca, Septiembre 2010.

RIESGO	NÚMERO	PORCENTAJE
Con Riesgo	660	63,40
Sin Riesgo	381	36,60
Total	1041	100,00

Fuente:Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 63,40% de las familias de El Cebollar presentan algún tipo de riesgo.

TABLA N° 4

Distribución de las familias de El Cebollar, según tipo de riesgos. Cuenca,

Septiembre 2010.

TIPO DE RIESGOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Socioeconómicos	551	42,94
Higiénico – Sanitario	394	30,69
Biológicos	338	36,37

Fuente:Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

Los riesgos socioeconómicos son los más prevalentes representando un 42,94%, en relación a los higiénico sanitarios (30,69%) y biológicos (36,37%).



TABLA N° 5
Distribución de las familias de El Cebollar, según calificación del riesgo.
Cuenca, Septiembre 2010.

CALIFICACION DEL RIESGO	NÚMERO	PORCENTAJE
Sin riesgo	381	36,60
Bajo	625	60,03
Medio	31	2,98
Alto	4	0,39
Total	1041	100,00

Fuente:Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

La mayoría de la población de El Cebollar (60,03%), posee un riesgo familiar bajo; el 2,98% un riesgo medio y el 0,39% un riesgo alto.



TABLA N° 6
Presencia de riesgos socioeconómicos en las familias de El Cebollar.
Cuenca, Septiembre 2010

RIESGOS SOCIOECONÓMICOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Desempleo del jefe de familia	83	7,97
Analfabetismo del jefe de familia	83	7,97
Familia desintegrada	88	8,45
Pobreza	84	8,07
Hacinamiento	158	15,18
Presencia de Violencia	54	5,18

Fuente:Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El hacinamiento es el factor socio-económico de mayor prevalencia representando el 14,22%, seguido de la desintegración familiar y pobreza crítica.



TABLA N° 7

Distribución de la población de El Cebollar, según la presencia de riesgos higiénico-sanitarios. Cuenca, Septiembre 2010

RIESGOS HIGIÉNICO-SANITARIOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Agua insegura	9	0,86
Mala eliminación de excretas	13	1,24
Mala eliminación de desechos sólidos	25	2,40
Impacto industrial	76	7,30
Presencia de animales intradomiciliarios	271	26,03

Fuente:Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

La presencia de animales intradomiciliarios es el riesgo higiénico-sanitario más frecuente (26%), en las familias de El Cebollar y en menor proporción el impacto de las industrias (7,3%).



TABLA N° 8

Distribución de las familias de El Cebollar, según existencia de riesgos biológicos. Cuenca, Septiembre 2010.

RIESGOS BIOLÓGICOS	NÚMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Vacunas incompletas	17	1,63
Malnutrición	76	7,30
Enfermedad de riesgo	171	16,42
Embarazo con problemas	20	1,92
Presencia de discapacidad	41	3,93
Problemas mentales	13	1,24

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El riesgo biológico que se presenta con mayor frecuencia es el padecimiento de enfermedades de riesgo en uno o más miembros de las familias de El Cebollar (16,42%); siendo la malnutrición el segundo en incidencia (7,3%) en ellas.

TABLA N° 9

Distribución de la población de El Cebollar, según presencia de enfermedad. Cuenca, Septiembre 2010.

ENFERMEDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	1149	25,91
No	3285	74,09
Total	4434	100,00

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

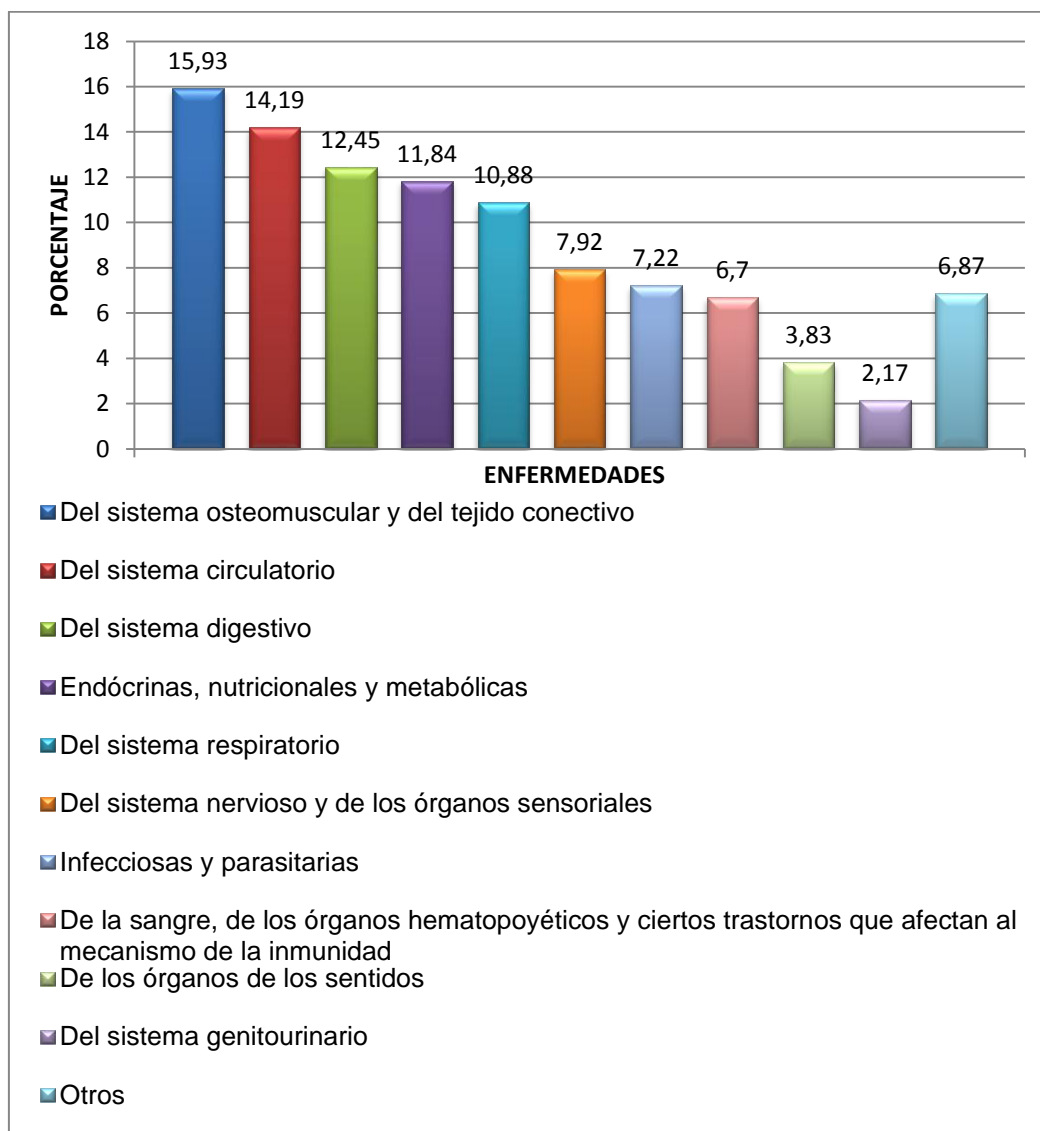
Elaborado por: Las autoras.

Un 25,91% de la población padece enfermedades; es decir, uno de cada cuatro está enfermo.



GRÁFICO N° 1

**Clasificación de la población de El Cebollar, según tipo de enfermedad.
Cuenca, Septiembre 2010.**



Fuente: Tabla N° 19 (Anexo 8)

Elaborado por: Las autoras.

Las enfermedades del aparato locomotor son las que más se presentan en la población (15,93%), seguidas de las del sistema cardiovascular (14,19%) y las del sistema digestivo (12,45%).



TABLA N° 10

Distribución de las familias de El Cebollar, según el lugar al que acuden cuando enferman. Cuenca, Septiembre 2010

LUGAR AL QUE ACUDE CUANDO ENFERMA	NÚMERO	PORCENTAJE
Hospital Publico	413	39,69
Subcentro de Salud	316	30,35
IESS	31	2,98
Médico Particular	277	26,60
Agente no formal	2	0,19
No acude	2	0,19
Total	1041	100,00

Fuente:Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 70,08% de las familias acude a centros de salud públicos (hospital o subcentro de salud) cuando enferma; mientras que el 26,57% opta por medicina particular. Existe un 3,02% afiliado al IESS.



TABLA N° 11

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo y la ocupación.

Cuenca, Septiembre 2010.

OCUPACIÓN	ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES Y DEL TEJIDO CONECTIVO				TOTAL		Valor de P
	SI		NO		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Sin ocupación	15	2,83	52	97,17	67	100,00	
Sin ocupación(0-4)	0	0,00	465	100,00	465	100,00	0,000000
Profesionales	11	3,30	322	96,70	333	100,00	0,000000
Estudiantes	31	2,03	1498	97,97	1529	100,00	0,000000
Obreros	15	6,79	206	93,21	221	100,00	0,0002504
QQDD	40	5,67	666	94,33	706	100,00	0,0000004
Agricultura	0	0,00	22	100,00	22	100,00	0,0149381
Comerciante	19	6,96	254	93,04	273	100,00	0,0001619
Otros	52	6,36	766	93,64	818	100,00	0,0000019
Total	183	4,13	4251	95,87	4434	100,00	

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

Al comparar la presencia de enfermedades del aparato locomotor con la ocupación, encontramos que los comerciantes (6,96%) y los obreros (6,79%) son las ocupaciones que más coexisten con las enfermedades del aparato locomotor y los que menos la padecen son los preescolares y agricultores (0%) y los estudiantes (2,03%).



7.2. FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES

TABLA N°12

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades digestivas y riesgos Socioeconómicos. Cuenca, Septiembre 2010

RIESGOS SOCIO-ECONOMICOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de p
	Si		No						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	74	3,15	2272	96,85	2346	100,00	0,59	0,69 a 1,32	0,77
No	69	3,3	2019	96,7	2088	100,00			
Total	143	3,23	4291	96,77	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 2,37% de la población que presenta riesgos socioeconómicos, también desarrolló enfermedades digestivas, en tanto que el 4% de personas sin estos factores de riesgo también presentó estas enfermedades; no existiendo una significancia estadística porque presenta OR: 0,59, IC al 95% entre 0,42 y 0,83 y valor de p: 0,0019.



TABLA N° 13

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades del Sistema Digestivo y riesgos Higiénico-Sanitarios.
Cuenca, Septiembre 2010.

RIESGOS HIGIÉNICO - SANITARIOS	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de p
	Si		No						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	56	3,34	1621	96,65	1677	100,00	1,06	0,76 a 1,47	0,73
No	87	3,15	2670	96,84	2757	100,00			
Total	143	3,22	4291	96,77	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 3,34% de la población que presenta riesgos higiénicos sanitarios, también desarrolló algún tipo de enfermedad del sistema digestivo, en tanto que el 3,15% de personas sin estos factores de riesgo también las presentó; sin embargo no existe significancia estadística porque presenta OR: 1,06, IC al 95% entre 0,76 y 1,7 y un valor de p: 0,73.



TABLA N° 14

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades infecciosas y parasitarias y pobreza. Cuenca, Septiembre 2010.

POBREZA	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de p
	Si		No		Nº	%			
	Nº	%	Nº	%					
Si	3	0,83	355	99,16	358	100,00	0,43	0,14 a 1,35	0,13
No	80	1,96	3996	98,03	4076	100,00			
Total	83	1,87	4321	97,45	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 0,83% de la población que presenta pobreza, también desarrolló enfermedades infecciosas y parasitarias, en tanto que el 1,96 % sin ser pobre también la presentó. Sin embargo no existe significancia estadística porque presenta un OR 0.43, IC al 95% entre 0,14 y 1,35 y valor de p de 0,13.



TABLA N° 15

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades infecciosas y parasitarias y hacinamiento. Cuenca, Septiembre 2010.

HACINAMIENTO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de p
	Si		No						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	14	2,07	661	97,92	675	100,00	1,13	0,64 a 2	0,67
No	69	1,83	3690	98,16	3759	100,00			
Total	83	1,87	4351	98,12	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 2,07% de la población que vive en hacinamiento, desarrolló enfermedades infecciosas y parasitarias, en tanto que el 1,83% que no tiene esta característica también presentó la patología. Sin embargo no existe significancia estadística porque presenta un OR de 1.13, IC al 95% entre 0,64 y 2,00 y valor de p de 0,67.



TABLA N° 16

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades circulatorias y la malnutrición. Cuenca, Septiembre 2010.

MALNUTRICIÓN	ENFERMEDADES CIRCULATORIAS				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de p
	Si		No						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	10	3,11	312	96,89	322	100,00	0,83	0,44 a 1,57	0,57
No	153	3,72	3959	96,28	4112	100,00			
Total	163	6,83	4271	93,17	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 3,11% de la población que presentó malnutrición, ha desarrollado algún tipo de enfermedad circulatoria, mientras que el 3,72% de personas sin malnutrición, también desarrolló la enfermedad; no existiendo una significancia estadística porque presenta OR: 0,83, IC al 95% entre 0,44 y 1,57 y valor de p: 0,57.



TABLA N° 17

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades endócrinas y la malnutrición. Cuenca, Septiembre 2010.

	ENFERMEDADES ENDÓCRINAS				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de p
	Si		No						
MALNUTRICIÓN	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1,24	0,69 a 2,21	0,47
Si	12	3,73	310	96,27	322	100,00			
No	124	3,02	3988	96,98	4112	100,00			
Total	136	6,75	4298	93,25	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 3,73% de la población que presenta malnutrición, también desarrolló enfermedad endócrina nutricional y metabólica, en tanto que el 3,17% de personas sin malnutrición también la presentó; sin embargo no existe una significancia estadística porque presenta OR: 1,24, IC al 95% entre 0,69 y 2,21 y valor de p: 0,47.



TABLA N° 18

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades digestivas y la malnutrición. Cuenca, Septiembre 2010.

MALNUTRICIÓN	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de p
	Si		No						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	11	3,42	311	96,58	322	100,00	1,06	0,58 a 1,95	0,84
No	132	3,21	3980	96,79	4112	100,00			
Total	143	3,23	4291	96,77	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.

El 3,42% de la población que presentó malnutrición desarrolló enfermedades digestivas, mientras que el 3,21% de personas sin este factor de riesgo también la desarrolló. No existiendo una significancia estadística porque presenta OR: 1,06, IC al 95% entre 0,58 y 1,95 y valor de p: 0,84.



VIII. DISCUSIÓN

A la hora de realizar el análisis y comparación de los resultados obtenidos, es importante recalcar, la falta de investigaciones; y, por tanto de valores estadísticos que avalen, respalden o refuten nuestros resultados.

Según datos del INEC del 2010 el analfabetismo en nuestro país es de 38,3% y en nuestra investigación los datos reflejan un 9,1% la diferencia se debe posiblemente a que en la cifra global se toman en cuenta las tres regiones, y en el estudio la población se concentra en la zona urbana.

En el aspecto desempleo, la población de El Cebollar la presenta en un 1,51%, que en comparación a nivel local (Cuenca) es de 4,7% para el 2009 y el dato a nivel nacional es de 7,0% cifras que varían por el tamaño de la población de estudio y las características que rigen sobre nuestra población al tratarse de grupos familiares y no únicamente datos individuales.

La pobreza es otro de los puntos analizados, los datos hallados muestran un 8,07% de pobreza en nuestra población de estudio que comparándolo con el 38,3% a nivel de Ecuador, reflejan una diferencia muy marcada la cual la atribuimos a la diversidad de condiciones a las que se hayan expuestas las estructuras familiares de la investigación y los individuos Ecuatorianos como tal.

En cuanto al nivel de violencia en el Ecuador existen datos en las mujeres que viven en áreas urbanas reportan tasas ligeramente más elevadas que las que viven en zonas rurales. Las mujeres indígenas y aquellas con menores niveles de instrucción reportan más violencia. La incidencia de violencia entre las mujeres sin instrucción es 15% mayor respecto de aquellas mujeres con instrucción superior o de postgrado. Datos comparables a los obtenidos en el estudio 5,18% a nivel general. Teniendo en cuenta las limitaciones ya mencionadas, los hallazgos se corresponden con los resultados de estudios que demuestran la asociación entre los determinantes y múltiples factores de riesgo para la salud.



Otro de ellos es el uso de agua insegura con un dato de 0,86% en las familias del Cebollar. Referencia que a pesar de no ser alta, permite localizar el problema en el área urbana a pesar de los datos existentes que dicen que en el año 2006, un 48% de las viviendas tuvo acceso a agua entubada por red pública, mientras que la mayoría de las viviendas sin acceso, se encontraron en la Costa y la Amazonía. En la zona urbana, la cobertura fue del 66% y en la zona rural solo del 14%. Las viviendas indígenas y afroecuatorianas tuvieron una cobertura mucho más baja en relación las viviendas de personas mestizas. Sin embargo, alrededor del 90% de los hogares tuvieron acceso a los sistemas de eliminación de excrementos a través de medios sanitarios y solo el 59% corresponde a sistema de alcantarillado mientras que el 73% hogares tuvo acceso a servicios de recolección de basura.

Cabe mencionar el tema de los embarazos con problemas. Más de 500.000 mujeres y niñas mueren en todo el mundo cada año a causa de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Más del 99% de estas defunciones ocurren en países en desarrollo como el Ecuador, donde se indica que aproximadamente entre unas 500 y 700 mujeres y niñas mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo. En la población estudiada esta realidad no se encuentra tan distante pues un 1,92% de las mujeres presentaron esta complicación.

Además, cada año, de unas 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto

La Discapacidad también es otro de los aspectos que analizamos en nuestro trabajo; el 3,93% de las familias de El Cebollar cuenta con un familiar o integrante discapacitado, según datos del CONADIS del total de la población del Ecuador, el 13,2 % son personas con algún tipo de discapacidad (1`600.000 personas), y podemos señalar que en el país existen aproximadamente:

- 592.000 personas con discapacidad por deficiencias físicas



- 432.000 personas con discapacidad por deficiencias mentales y psicológicas
- 363.000 personas con discapacidad por deficiencias visuales; y,
- 213.000 personas con discapacidad por deficiencias auditivas y del lenguaje.

Sin embargo creemos necesario catalogar el tipo y grado de deficiencia de las personas que presentan esta característica así como su acceso a los servicios de salud nacional. Así también las personas con problemas mentales que en la investigación reveló un 1,24% pues el presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para el año 2006 fue de 647.000.000 dólares, de los cuales se asignaron para las distintas acciones de salud mental 7.795864 dólares que corresponde al 1,2%. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos. De los pacientes ingresados a los hospitales psiquiátricos apenas el 35% son menores de 17 años. Con relación a los diagnósticos a nivel de los hospitales psiquiátricos el de mayor prevalencia es el de esquizofrenia 38% y a nivel de los servicios ambulatorios: trastornos de ansiedad 17%.

En nuestra investigación el proceso salud enfermedad en las familias de El Cebollar se desarrolla en un ámbito de riesgos tanto individuales como colectivos, muchos de los cuales son modificables mediante propuestas aplicables en el entorno del individuo.

Las enfermedades son quizá el aspecto más importante que se detalla en el estudio, su presencia a nivel nacional es de 46,96%, en la zona urbana 46,52% y en la región Sierra 45,15% que al ser comparadas con nuestros datos 25,91% muestran una menor proporción de patologías en la población, sin embargo el dato aun es alto.

En cuanto a su atención encontramos que solo 2,98% acude al hospital del Seguro Social, mostrándose una cifra baja en esta población en comparación con el número de afiliados a nivel nacional que es de 14,22 %, en la región sierra 16,73%, y en el sector urbano 11,95% posiblemente debido a la gran afluencia a los centros públicos de salud por parte de la población de estudio.



La hipótesis que nos planteamos hablaba de la relación existente entre los factores determinantes, condiciones tanto biológicas, sanitarias y socioeconómicas de la población con la aparición o no de enfermedad. Encontrando que el riesgo socioeconómico es el que mayormente influencia en la presencia de enfermedades como las del aparato locomotor, digestivo, endocrino, cardíaco y respiratorio. Con menor influencia los riesgos biológicos sobre las enfermedades digestivas y cardíacas. Y los higiénicos sanitarios sobre las enfermedades respiratorias. Pudiendo corroborar los datos con la bibliografía nacional antes citada. Sin embargo creemos se debe tomar las recomendaciones dadas por la OMS respecto a la conveniencia de un "perfeccionamiento de los sistemas de control y un mejor acceso a la información general". Pues los datos aún son escasos o no aplicables a políticas y conductas que favorezcan la disminución de estos determinantes sobre la aparición de enfermedad en la población.



IX. CONCLUSIONES:

A menudo la falta de datos significa que no se reconoce el problema. Para entender la magnitud del problema, evaluar los efectos de las intervenciones y hacer un seguimiento de los progresos realizados, hacen falta datos fidedignos sobre el estado de salud de la población, la distribución de los problemas de salud y los determinantes sociales de la salud.

Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud - el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan - es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad, causante de índices de mortalidad prematura, terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política.

Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud deben contar con la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales. Las políticas y los programas deben englobar todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente el sector sanitario.

Una vez concluida esta investigación, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. El estudio realizado ha sido de valor para poder determinar el porcentaje de familias con riesgos. Los factores de riesgo que afectan más a la población son los socioeconómicos (42,94%), seguidos de los riesgos biológicos (36,37%) y en menor proporción los sanitarios (30,69%).



2. Entre los socioeconómicos el hacinamiento y la desintegración familiar son los que más se presentan en las familias de estudio, de los higiénicos sanitarios la presencia de animales intradomiciliarios y el impacto de las industrias y en los biológicos el padecimiento de enfermedades de riesgo y la malnutrición.
3. Al ubicarnos en las enfermedades sujetas a estos factores de riesgo, en nuestro estudio, las digestivas son las que más están determinadas por la presencia o no de ellos. Sin embargo sin representar significancia estadística.
4. A su vez los datos reflejan una perspectiva más amplia el estado de la población de El Cebollar, la realidad observada en este entorno nos muestra que se actúa ya en la población con trastornos y no en la prevención de ellos. El porcentaje de personas con enfermedad es de 25.91%. Siendo las del sistema osteoarticular y tejido conectivo junto con las del sistema cardiovascular, digestivo, nutricionales y metabólicas las de mayor presentación en esta población.
5. El subcentro de salud de la comunidad de El Cebollar, es una unidad de salud básica perteneciente al área 2 del MSP. Tiene una cobertura de 6150 habitantes y cuenta con 3 médicos, uno de planta y 2 rotatorios, atendiendo diariamente alrededor de 60 a 70 pacientes. Sin embargo aún la población acude directamente a hospitales públicos 39.69% cuando presentan alguna patología.



X. RECOMENDACIONES

Es necesario poner en marcha ciertos lineamientos, para mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones a futuro.

Empezar por fundar los sistemas de salud en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud y dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud así como sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Además fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Se debería incrementar los fondos internacionales destinados a promover la equidad sanitaria y coordinar los fondos suplementarios con arreglo a un marco de acción basado en los determinantes sociales de la salud.

1. Al ser los factores socio-económicos los que más influyen en las enfermedades de la población y dado que éstas están determinadas por factores que no se pueden modificar a corto plazo, no dependen de la población en sí, es necesario que el Estado busque estrategias de cambio importantes, para que las leyes que han sido establecidas se apliquen. Garantizar la educación gratuita a toda la población, una vivienda digna, crear plazas de empleo, así como fomentar la unidad familiar como núcleo de esta sociedad, viendo su desintegración como un problema de salud.
2. En vista de que las enfermedades digestivas están sujetas a todos los factores de riesgo, se debe modificar los mismos, sensibilizando a la población en buscar mejores condiciones higiénicas sanitarias como consumo de agua segura, crear equipos de vigilancia para la eliminación de excretas y desechos de manera adecuada, y concientizar en disminuir la presencia de animales dentro de casa viéndolos como fuentes directas



de varias enfermedades prevenibles, a su vez generar conocimiento de una adecuada nutrición de los integrantes de sus familias, con juntas dirigidas por nutricionistas que permitan dar opciones de alimentos que cubran las necesidades básicas de sustento con ingresos mínimos.

3. Nuestro estudio aporta información sobre las familias, acerca de problemas, deficiencias o sistemas protectores, con el objeto de que éstos, sean útiles a las autoridades competentes y encargadas de desarrollar programas de promoción y prevención de salud, los mismos que serán para beneficio y que podrían servir de base para estudios futuros, en universos similares con características semejantes a las de esta comunidad. Siendo evidente que para prevenir, hay que anticiparse, solo entonces se llegará antes.
4. Se debe dar a conocer mediante campañas, las ventajas que brindan los centros de salud e incentivar a la población a que acuda a ellos, pues se ayudaría a prevenir el congestionamiento de niveles superiores con patologías que se podrían solucionar a nivel primario.

Se trata de un trabajo a largo plazo que requiere inversiones desde ya, y que entraña grandes cambios en las políticas sociales, los programas económicos y la acción política. Las intervenciones han de centrarse en dotar de autonomía al individuo, a las comunidades y a los países que en la actualidad no gozan de la situación que les corresponde.



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. London Health Observatory Review of the London Health Strategy High-level Indicators. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. 2005. [citada el 10 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-deformadores/modulo1/DSS_Vega-Solar.pdf
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Principales causas de mortalidad general año 2009. Anuario de Estadísticas Vitales. [citada el 4 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
3. Aguilar E. Morbilidad Ecuador. Diez Principales causas de Morbilidad Ecuador. 2007. [citada el 10 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://juansiguenzamorbidadecuador.blogspot.com/>
4. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2005. [citada el 10 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
5. OMS. Determinantes sociales de la Salud. 2008 [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/index.html
6. MA Martínez-González, J De Irala - MedClin (Barc), - unav.es; Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde. 2005. [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en: www.unav.es/preventiva/.../PUBLICACIONES/MedClin_Fracaso_Clamoroso.pdf
7. Buss P. M. Determinantes sociales de la salud y municipios saludables. 2010. [citada el 10 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/28605686/Determinantes-sociales-de-la-salud-y-municipios-saludables>
8. Revista Panamericana de Salud Pública. Los determinantes sociales de la salud, la posición socioeconómica y la inequidad en salud. Washington Oct. 2006. Vol 20. No. 4 [citada el 14 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000900011&script=sci_arttext



9. Piñeros J. G. Determinantes Sociales de la salud, enfoque para comprender integralmente la malaria. 2010, [citada el 14 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/28601425/Determinantes-sociales-de-la-salud-enfoque-para-comprender>
10. Buss P. M. Determinantes sociales de la salud y municipios saludables. 2010. [citada el 10 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/28605686/Determinantes-sociales-de-la-salud-y-municipios-saludables>
11. OMS. Determinantes sociales de la salud. 2010. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/index.html
12. Buss P. M. Determinantes sociales de la salud y municipios saludables. 2010. [citada el 10 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/28605686/Determinantes-sociales-de-la-salud-y-municipios-saludables>
13. Revista Española de Salud Pública. Influencia a lo largo de la vida de las circunstancias socioeconómicas, de la inactividad física y de la obesidad sobre la presencia de síndrome metabólico. Madrid Jan./Feb. 2007. Vol 81. No 1. [citada el 14 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000100004&lang=pt
14. OMS. Blog de medicina general y familiar. Determinantes sociales de la salud-OMS. Agosto, 2008. [citada el 7 de junio de 2010]. Disponible en: <http://medicina-general-familiar.blogspot.com/2008/08/la-justicia-social-es-una-cuestin-de.html>
15. CEPAL. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Determinantes sociales de la salud: datos y cifras. Marzo 2005. [citada el 8 de junio de 2010]. Disponible en: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:UOIYNGs15fUJ:www.eclac.org/prensa/noticias/comunicados/0/20960/cifrascomisionsaludOMS180305.pdf+comision+determinantes+sociales+de+la+salud+DATOS&hl=es&pid=bl&srcid=ADGEEShUH6wbQ9uaFIOX5uF6j1w9Sk_dIPqIGnEli3tAAkG0LfqFJmZzIQgoYZeMBB04H0792fGmwh8CZ3FxrRdCONZasTly7I4pAZEXpMXjWRZQ9h



99k-

_bWE01NxBPVv5MJc6FtK8Q&sig=AHIEtbT3o466TosxGcqID533fymS4qdD
uQ

16. Informe sobre la salud del mundo 2003: forjemos el futuro. OMS, Ginebra. [citada el 8 de junio de 2010]. Disponible en: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:UOIYNGs15fUJ:www.eclac.org/prensa/noticias/comunicados/0/20960/cifrascomisionsaludOMS180305.pdf+comision+determinantes+sociales+de+la+salud+DATOS&hl=es&pid=bl&srcid=ADGEEShUH6wbQ9uaFIOX5uF6j1w9Sk_dIPqIGnEli3tAAkG0LfqFJmZzIQgoYZeMBB04H0792fGmwh8CZ3FxrRdCONZasTly7I4pAZEXpMXjWRZQ9h

99k-

_bWE01NxBPVv5MJc6FtK8Q&sig=AHIEtbT3o466TosxGcqID533fymS4qdD
uQ

17. Ministry for health, social services, and public safety. Investing for Health. Belfast Northern Ireland Assembly, 2002. [citada el 9 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.dhsspsni.gov.uk/publications/2002/investforhealth.asp>.

18. Heredia N. Equidad y determinantes sociales de salud. 2005. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/bolivia.pdf

19. Wilkinson R., Marmot M. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. 2006. [citada el 14 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>

20. Dastres M. Determinantes sociales de la salud. Noviembre, 2006. [citada el 7 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.atinachile.cl/content/view/18783/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.htm>

21. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. 2010. [citada el 3 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf

22. Contreras J., Metropolitana, Chile. Evaluación de Riesgo Familiar. Diciembre de 2007. [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en:



<http://cambiodemodelo.blogspot.com/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>

23. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. 2010. [citada el 3 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf

24. Contreras J., Metropolitana, Chile. Evaluacion de Riesgo Familiar. Diciembre de 2007. [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://cambiodemodelo.blogspot.com/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>

25. Factores determinantes de la salud. 2007. [citada el 10 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://martagsalud.blogspot.com/2007/12/factores-determinantes-de-la-salud.html>

26. Educación y actividad física. La salud y la calidad de vida. Diciembre, 2009. [citada el 3 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.fisaude.com/actividad-fisica-y-deporte/actividad-fisica-y-salud/la-salud-y-la-calidad-de-vida/Factores-determinantes-de-la-salud.html>

27. Pardo Reyes A., Cardoso E., Díaz S., Díaz L., Montañéz A. Evaluación de la adherencia al esquema de vacunación PAI. Febrero, 2007. [citada el 7 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1692-72732007000100003&script=sci_arttext&tlng=es

28. Mata C. Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. Rev. Méd. Rosario 74: 17 – 20. En línea. 2008. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:1ybgEaslaTwJ:www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/mata.pdf+desnutricion+oms&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESh22ozCDkjgLIVvuqt2GDlpHxhfwrwDWpgz9pZzqwxmjM2UdFQAdnuUFcjHMUqXlcDX1WyyGB2fFB4cHT2DfqFo2hY03u9Oa11k1Vj8D2MM6_doUS88VDpOW2GSYXSKJU040KZI&sig=AHIEtbQ6NxM0nBXR1qXOwtVzq2tJC2Lt7Q

29. Fisiomedic. Escuela de Salud. Determinantes de la salud. En línea. Diciembre, 2009. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:



[http://www.fisiomedicvalencia.com/recursos-](http://www.fisiomedicvalencia.com/recursos-academicos/enfermeria/determinantes-de-la-salud)

[academicos/enfermeria/determinantes-de-la-salud](http://www.fisiomedicvalencia.com/recursos-academicos/enfermeria/determinantes-de-la-salud)

30. Masud J., Barrios A., Duarte A. Prevalencia de Desnutrición, Sobrepeso y Obesidad en Niños del CENDI. *Pediatría de México* Vol. 11 Núm. 2, 62-66. 2009. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2009/pm092e.pdf>

31. Comisión de las Comunidades Europeas. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. Vol. 1. 1-25. 2005. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_es.pdf

32. Gonzalezs M. Educación para la salud. Alimentación. Diciembre, 2007. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

<http://martagsalud.blogspot.com/2007/12/alimentacin.html>

33. Medline Plus. Obesidad. Noviembre, 2010. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/obesity.html>

34. Mata C. Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. *Rev. Méd. Rosario* 74: 17 – 20. En línea. 2008. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:1ybgEaslaTwJ:www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/mata.pdf+desnutricion+oms&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESh22ozCDkjgLVvuqt2GDIpHxhfwrwDWpgz9pZzqwxmjM2UdFQAdnuUFcjHMUqXlCDX1WyyGB2fFB4cHT2DfqFo2hY03u9Oa11k1Vj8D2MM6_doUS88VDpOW2GSYXSKJU040KZI&sig=AHIEtbQ6NxM0nBXR1qXOwtVzq2tJC2Lt7Q

35. Medline Plus. Obesidad. Noviembre, 2010. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/obesity.html>

36. OMS. Obesidad y sobrepeso. Septiembre, 2006. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>



37. Comisión de las Comunidades Europeas. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. Vol. 1. 1-25. 2005. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_es.pdf

38. OMS. Obesidad y sobrepeso. Septiembre, 2006. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

39. Heredia N. Equidad y determinantes sociales de salud. OMS. 2005. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/bolivia.pdf

40. Mata C. Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. Rev. Méd. Rosario 74: 17 – 20. En línea. 2008. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:1ybgEaslaTjWJ:www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/mata.pdf+desnutricion+oms&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESh22ozCDkjgLIVvuqt2GDlpHxhfwrwDWpgz9pZzqwxmjM2UdFQAdnuUFcjHMuqXlcDX1WyyGB2fFB4cHT2DfqFo2hY03u9Oa11k1Vj8D2MM6_doUS88VDpOW2GSYXSKJU040KZI&sig=AHIEtbQ6NxM0nBXR1qXOwtVzq2tJC2Lt7Q

41. Ledón L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev Cubana Endocrinol v.19 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532008000200008&script=sci_arttext

42. Medline Plus. Enfermedades del Corazón. 2010. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/heartdiseases.html>

43. American Heart Association. Risk Factors and Coronary Heart Disease. 2010. [citada el 14 de junio del 2010]. Disponible en:

<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726>



- 44.** EUFIC. Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación. Obesidad y exceso de peso. Bruselas, Bélgica: Junio, 2006. [citada el 25 de junio de 2010]. Disponible en:
<http://www.eufic.org/article/es/page/BARCHIVE/expid/basics-obesidad-exceso-peso/>
- 45.** American Heart Association. Risk Factors and Coronary Heart Disease. 2010. [citada el 14 de junio del 2010]. Disponible en:
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726>
- 46.** EUFIC. Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación. Obesidad y exceso de peso. Bruselas, Bélgica: Junio, 2006. [citada el 25 de junio de 2010]. Disponible en:
<http://www.eufic.org/article/es/page/BARCHIVE/expid/basics-obesidad-exceso-peso/>
- 47.** MOLINER, J; DOMÍNGUEZ M. GONZÁLEZ M; ALFARO A. Fistera. Guías Clínicas. Hipertensión arterial. 2002; 2 (12). [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en:
<http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/HtaFistera.pdf>
- 48.** Medline plus. Enfermedades del Sistema Digestivo. 2009. [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/digestivediseases.html>
- 49.** The Cleveland Clinic Foundation. Trastornos gastrointestinales. 2008. [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en:
http://my.clevelandclinic.org/es/_/disorders/gastrointestinal_tract_disorders/hic_gastrointestinal_disorders.aspx
- 50.** Medline Plus. Enfermedades Neurológicas. 2010. [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html>
- 51.** Lopez Y. Incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2010. [citada el 22 de mayo de 2010]. Disponible en:
http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos_academicos/infeccion_respiratoria.pdf



- 52.** Gayoso R., Miragaya P. Manual del Residente de C.O.T. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Procesos Reumáticos. [citada el 22 de mayo de 2010].. Disponible en: <http://www.manualresidentecot.es/es/bloque-iv-enfermedades-ostearticulares/33-procesos-reumaticos>
- 53.** Ledón L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev. Cubana Endocrinol v.19 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008. [citada el 18 de mayo de 2010]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532008000200008&script=sci_arttext
- 54.** Cuidado Salud. Factores de Riesgo de la Diabetes Mellitus. [citada el 20 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.cuidadosalud.com/articulos/que-es-la-diabetes/factores-de-riesgo-de-la-diabetes-mellitus>
- 55.** American Heart Association. [Internet] Dallas. Risk Factors and Coronary Heart Disease. [citada el 14 de Junio del 2010] Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726>
- 56.** EUFIC: Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación. Obesidad y exceso de peso. Bruselas, Bélgica: Junio, 2006. [citada el 25 de Junio del 2010] Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/page/BARCHIVE/expid/basics-obesidad-exceso-peso/>
- 57.** Cuidado Salud. Factores de Riesgo de la Diabetes Mellitus. [citada el 20 de Mayo del 2010] Disponible en: <http://www.cuidadosalud.com/articulos/que-es-la-diabetes/factores-de-riesgo-de-la-diabetes-mellitus>
- 58.** García Soidán, F.; Meleiro Rodríguez, L.; Malo García, F.; Modroño Freire, M.; López Álvarez, J.; Novo Rodríguez, J.; et. alt. Guías Clínicas. Diabetes mellitus 2. Fisterra. Marzo 24, 2011. [citada el 6 de Mayo del 2011] Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp
- 59.** Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., Monzón L. Riesgo en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153- Pág. 13-17. Enero 2006. [citada el 13 de Mayo del 2011] Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm



- 60.** Amaya J., Borrero C., Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56 No. 3. Año 2005. Pág. 216-224. [citada el 18 de Febrero de 2010] Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n3/v56n3a04.pdf
- 61.** Vieira A., Castillo Taucher S. Edad materna y defectos del tubo neural: evidencia para un efecto mayor en espina bífida que anencefalia. RevMéd Chile 2005; Vol 133: Pág. 62-70. [citada el 24 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000100008&script=sci_arttext
- 62.** OMS. Ginebra. Discapacidades. [citada el 28 de Marzo de 2010] Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- 63.** La Discapacidad. [Internet] Colombia. Tipos de discapacidad. [citada el 28 de Marzo de 2010] Disponible en: <http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidad.php>
- 64.** Definición ABC. Definición de Discapacidad. Junio 19, 2009. [citada el 29 de Marzo de 2010] Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/discapacidad.php>
- 65.** SAMHSA's Resource Center to Promote Acceptance, Dignity and Social Inclusion Associated with Mental Health. Maryland. Problemas Mentales. [citada el 02 de Abril de 2010] Disponible en: http://www.promoteacceptance.samhsa.gov/publications/thefacts_spanish.aspx
- 66.** Kohn R., Levav I., Caldas J., Vicente B., Andrade L., Caraveo J., et al., Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. RevPanam Salud Publica. 2005. Vol 18, Pág 229–240. [citada el 02 de Abril de 2010] Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1137001760.pdf>
- 67.** Larizgoitia Itziar. La violencia también es un problema de salud pública. GacSanit. 2006. Vol 20. Pág. 63-70. [citada el 04 de Abril de 2010] Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2006/p2-3.pdf>
- 68.** Aguado López, E., Rogel Salazar, R.; Redalyc: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Un balance a



tres años de camino. 2006. [citada el 3 de junio de 2010] Disponible en:<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/babini/Aguado%20Lopez%20Salazar.pdf>

69. OMS. Ginebra. Informe sobre la salud en el mundo. 2010. [citada el 04 de Febrero de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf

70. Organización Panamericana de la Salud. Colombia. Manejo y Disposición de Residuos Sólidos y Líquidos. [citada el 22 de Septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/saneamiento01/2/13dispex.htm>

71. Organización Panamericana de la Salud. Colombia. Disposición sanitaria de la basura. [citada el 22 de Septiembre de 2010] Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/saneamiento01/2/20dispsanbasuras.htm>

72. Enciclopedia Virtual Wikipedia. Riesgo en la Industria. [citada el 22 de junio de 2010]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Riesgos_en_la_industria

73. Centro de Información Ambiental del Ayuntamiento del Distrito Nacional y la Secretaría de Estado de Educación. Guía de educación ambiental de residuos sólidos. Santo Domingo, 2007. [citada el 12 de Septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.educando.edu.do/Userfiles/P0001/File/guia%20educacion%20ambiental%202a.pdf>

74. Junta de Andalucía. Salud y medioambiente. Contaminación atmosférica y salud humana. [citada el 14 de junio de 2010] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/contatm.htm>

75. Enciclopedia Virtual Wikipedia: Contaminación ambiental. [citada el 21 de Junio de 2010] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Contaminaci%C3%B3n_atmosf%C3%A9rica

76. Barreda, P. Alergenos Ambientales. Chile 2007. [citada el 14 de Mayo de 2010]. Disponible en: http://www.pediatraldia.cl/01BODEGA2/alergen_ambientales.htm



77. Alcántara Thelma: Mascotas y enfermedades infecciosas. [citada el 05 de Mayo de 2010]. Disponible en: <http://sepiensa.org.mx/contenidos/mascotas/mascota1.html>

78. CDC: Centros para el control y la prevención de Enfermedades; Departamento de salud y Servicios Humanos. Atlanta. Prevención de infecciones causadas por animales domésticos. [citada el 15 de Abril de 2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/brochures/pets.htm>

79. Cortes A. Riesgo socioeconómico. Inequidad, pobreza y salud. Facultad de Salud, Universidad del Valle. Colomb. Med. vol.37 no.3. Cali. Septiembre, 2006. [citada el 29 de Mayo del 2010]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S165795342006000300009&script=sci_arttext&tlng=en

80. Aguado E.; Rogel S., R. Redalyc: Red de Bibliotecas virtuales de Ciencias Sociales de América Latina, el Caribe, de la Red de centros Miembros de Clacso. Un balance a tres años de camino. 2006. [citada el 03 de Junio del 2010] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/babini/Aguado%20Lopez%20Salazar.pdf>

81. Aguilar-Morales J. Vargas J. Peralta E. Romero-Garcia E., Migración, salud mental y disfunción familiar III: los migrantes y los Sentenciados. El efecto sobre sus familias. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 2, Número 1, 2008 Pág. 67-70. [citada el 14 de Mayo del 2010] Disponible en: http://www.conductitlan.net/33_migracion_salud_mental_disfuncion_familiar.pdf

82. Heredia N. Equidad y determinantes sociales de salud. 2005. 59º Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. [citada el 18 de mayo del 2010] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/bolivia.pdf

83. Organización Internacional del Trabajo. La Salud y la seguridad en el trabajo. Introducción a la salud y a la seguridad laborales. [citada el 20 de Mayo del 2010]. Disponible en: http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/intro/introduc.htm



- 84.** Moreno R., Martínez A, Rivero D. Pesquisa auditiva en trabajadores expuestos al ruido industrial. Rev Cubana Med Gen Integ 2006;22(3) [citada el 14 de Noviembre del 2010] Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi03306.htm
- 85.** Aguado E; Rogel R. Redalyc: Red de Bibliotecas virtuales de Ciencias Sociales de América Latina, el Caribe, de la Red de centros Miembros de Clacso. Un balance a tres años de camino. 2006. [citada el 03 de Junio del 2010]. Disponible en:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/babini/Aguado%20Lopez%20Salazar.pdf>
- 86.** Henoch P. Vulnerabilidad social. Más allá de la pobreza. Serie Informe Social. Agosto 2010. [citada el 10 de Noviembre del 2010]. Disponible en:
http://www.lyd.com/wp-content/files_mf/SISO-128-Vulnerabilidad-social-mas-alla-de-la-pobreza-PHenoch-Agosto2010.pdf
- 87.** Organización Internacional del Trabajo. La Salud y la seguridad en el trabajo. Introducción a la salud y a la seguridad laborales. [citada el 20 de Mayo del 2010] Disponible en:
http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/intro/introduc.htm
- 88.** Saavedra S. Instituto Nacional Mexicano De Estudios En Ciencias De La Familia A.C. Desintegración familiar problema de salud pública. México, Septiembre De 2007. [Citada El 16 De Noviembre Del 2010] Disponible en:
http://www.familis.org/conferences/septimaconferencia2007mexico/saavedra_desintegracion_familiar_salud_publica.pdf
- 89.** Cortes A. Riesgo socioeconómico. Inequidad, pobreza y salud. Facultad de Salud, Universidad del Valle. Colomb. Med. vol.37 no.3. Cali. Septiembre, 2006. [citada el 29 de Mayo del 2010] Disponible en:
http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S165795342006000300009&script=sci_arttext&lng=en
- 90.** FISAUDE. La salud y la calidad de vida. Factores determinantes de la salud. 18 Diciembre, 2009. [citada el 14 de Noviembre del 2010] Disponible en:
<http://www.fisaude.com/actividad-fisica-y-deporte/actividad-fisica-y-salud/la-salud-y-la-calidad-de-vida/Factores-determinantes-de-la-salud.html>



- 91.** SCIELO. Características de personalidad infantil asociadas al riesgo ambiental por situación de pobreza. Interdisciplinaria v.26 n.1 Buenos Aires ene./jul. 2009. [citada el 23 de Mayo del 2010] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v26n1/v26n1a01.pdf>
- 92.** Wilkinson R., Marmot M. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. Organización Mundial de la Salud. Pag 6- 27. 2006 [citada el 14 de Mayo del 2010] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
- 93.** Aguado López, E; Rogel Salazar, R. REDALYC: Red de Bibliotecas virtuales de Ciencias Sociales de América Latina, el Caribe, de la Red de centros Miembros de Clacso. Un balance a tres años de camino. 2006. [citada el 03 de Junio del 2010] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/babini/Aguado%20Lopez%20Salazar.pdf>
- 94.** Lentini M. Palero D. El Hacinamiento: dimensión no visible del déficit habitacional. Boletín INVI N°31 Chile. Volumen 12; 23 a 32 Marzo, 2010. [citada el 14 de Noviembre del 2010] Disponible en: <http://revistainvi.uchile.cl/ojs3/index.php/INVI/article/view/220/195>
- 95.** Spicker P., Alvarez S., Gordon D.: Colección CLACSO-CROP: Pobreza Un glosario internacional: Hacinamiento, páginas 152-154, [citada el 10 de Noviembre del 2010] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/h.pdfrafia>



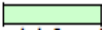
XII. ANEXOS


ANEXO 1

Calendario de vacunas recomendado para niños 0 - 6 años

VACUNA	Al nacer	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	2-3 años	4-6 años
Hepatitis B	HepB	HepB		ver pie de página 1	HepB			Series HepB			
Rotavirus			Rota	Rota							
Difteria, Tetanos, Pertussis			DTaP	DTaP			DTaP				DTaP
Haemofilus			Hib	Hib	Hib*	Hib		Hib			
Neumococo			PCV	PCV	PCV	PCV				PCV	PPV
Poliovirus Inactivado			IPV	IPV	IPV						IPV
Influenza					Influenza (cada año)						
Sarampión, Paperas, Rubéola						MMR					MMR
Varicela						Varicela					Varicela
Hepatitis A					HepA (2 dosis)					Series HepA	
Meningococo										MPSV4	

 Rango de edades recomendadas

 Alcance de la Inmunización

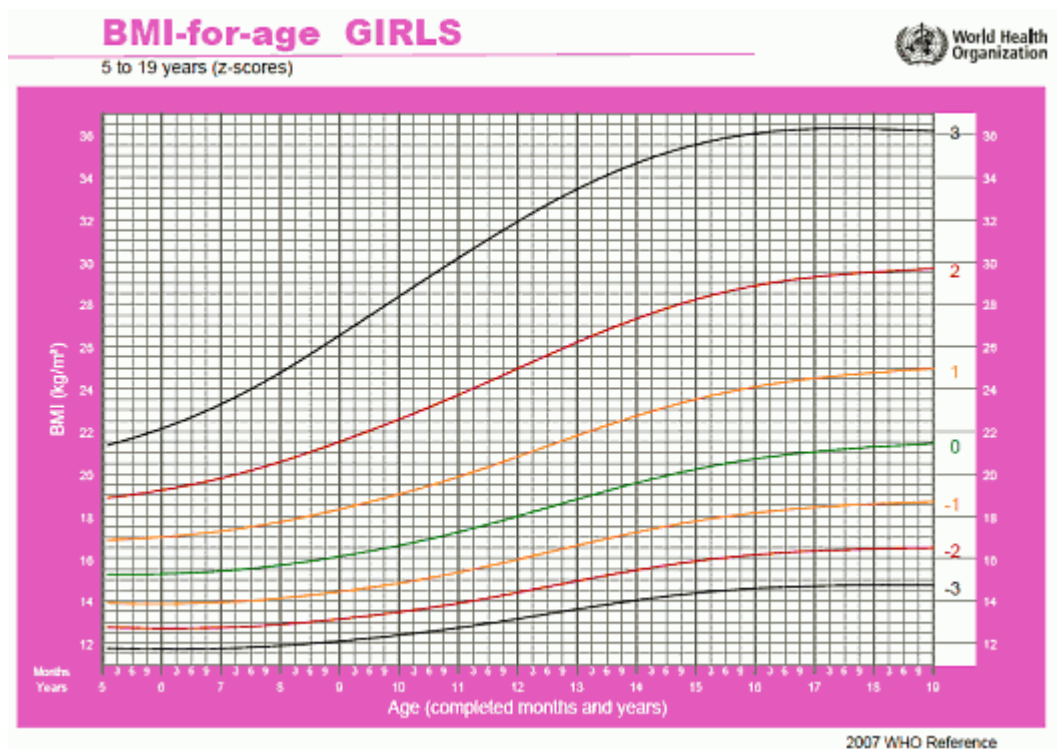
 Ciertos grupos de alto riesgo

Este calendario esta vigente desde el 1 de diciembre de 2008, indica las edades recomendadas para la administración de las vacunas de rutina aprobadas para niños de hasta 6 años de edad.

"LAS APLICACIONES SE LA PROGRAMAN SEGÚN ESQUEMAS INTERNACIONALES, Y AVALADOS POR LA OMS, OPS, AAP, Y MODIFICADOS A LA EPIDEMIOLOGÍA NACIONAL, MSP."

ANEXO 2

Gráfico de Índice de Masa Corporal (IMC) por Edad Niñas y Adolescentes

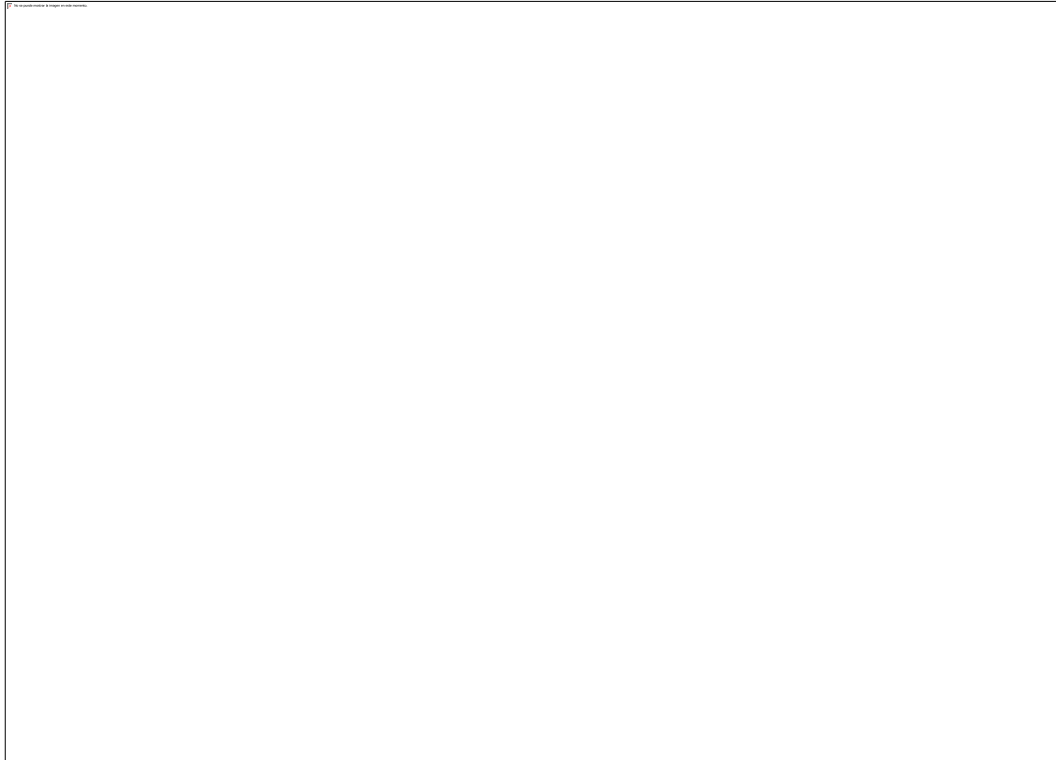


Fuente: Organización Mundial de la Salud



ANEXO 3

**Gráfico de Índice de Masa Corporal (IMC) por Edad
Niños y Adolescentes**



Fuente: Organización Mundial de la Salud



ANEXO 4

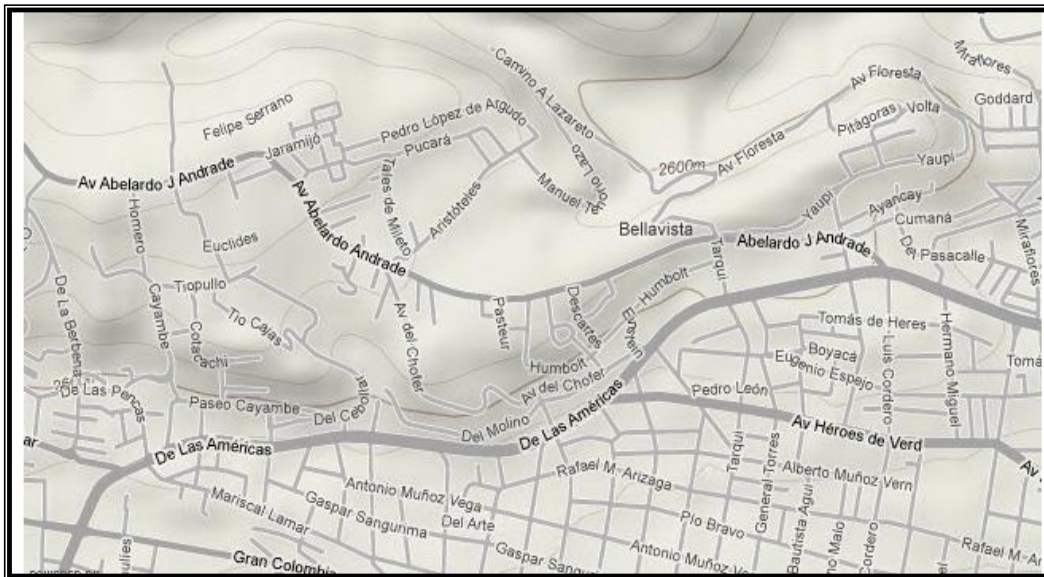
IMC en adultos

Clasificación	IMC (kg/m²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99 23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49 27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49 32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49 37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00



ANEXO 5

Área de Estudio



ANEXO 6

Sectorización



ANEXO 7



Ficha Familiar del Ministerio de Salud Pública

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CORONGO UO		ÁREA Nº		CORONGO LOCALIZACIÓN			MIEMBRO DE FICHA FAMILIAR																																																																																																																																																																																																																																																																					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		SECTOR		MANZANA		# DE FAMILIA		DIRECCIÓN NATURAL DE LA FAMILIA (CALLE O REFERENCIA)																																																																																																																																																																																																																																																																				
BARRIO		NÚMERO DE CASA		COMUNIDAD		GRUPO CULTURAL		NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA		NÚMERO DE TELÉFONO		FECHA DE LLENADO																																																																																																																																																																																																																																																																				
<p>1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA</p> <p>LATITUD: _____ LONGITUD: _____ ALTITUD: _____</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																
<p>2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD</p> <p>ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">GRUPO</th> <th rowspan="2">APELLIDOS Y NOMBRES</th> <th rowspan="2">PARENTESCO</th> <th rowspan="2">FECHA DE NACIMIENTO</th> <th rowspan="2">OCUPACIÓN</th> <th colspan="2">SEXO</th> <th colspan="4">ESCOLARIDAD</th> <th colspan="2">SISTEMA COMPLETO DE VACUNAS</th> <th rowspan="2">SALUD BUCA</th> <th rowspan="2">RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD</th> <th rowspan="2">NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA</th> <th rowspan="2">NÚMERO DE CEDULA DE CIUDADANÍA</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>M</th> <th>SIN</th> <th>BAJ</th> <th>MED</th> <th>ALTO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MIEMBRO JEFES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1-4 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-9 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10-19 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20-29 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30-39 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40-49 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50-59 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60-69 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70-79 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80-89 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90-99 AÑOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="18" style="text-align: center;">TOTALES</td> </tr> </tbody> </table>												GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO		ESCOLARIDAD				SISTEMA COMPLETO DE VACUNAS		SALUD BUCA	RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE CEDULA DE CIUDADANÍA	H	M	SIN	BAJ	MED	ALTO	SI	NO	SI	NO	MIEMBRO JEFES																		1-4 AÑOS																		5-9 AÑOS																		10-19 AÑOS																		20-29 AÑOS																		30-39 AÑOS																		40-49 AÑOS																		50-59 AÑOS																		60-69 AÑOS																		70-79 AÑOS																		80-89 AÑOS																		90-99 AÑOS																		TOTALES																	
GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	SEXO		ESCOLARIDAD				SISTEMA COMPLETO DE VACUNAS						SALUD BUCA	RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE CEDULA DE CIUDADANÍA																																																																																																																																																																																																																																																												
					H	M	SIN	BAJ	MED	ALTO	SI	NO	SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																		
MIEMBRO JEFES																																																																																																																																																																																																																																																																																
1-4 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
5-9 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
10-19 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
20-29 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
30-39 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
40-49 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
50-59 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
60-69 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
70-79 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
80-89 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
90-99 AÑOS																																																																																																																																																																																																																																																																																
TOTALES																																																																																																																																																																																																																																																																																
<p>3 MORTALIDAD FAMILIAR</p> <p>REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>PARENTESCO</th> <th>EDAD AL FALLECER</th> <th>CAUSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												NOMBRE	PARENTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA									<p>4 RESPONSABLE DEL LLENADO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO: _____ CÓDIGO: _____ FIRMA: _____</p>																																																																																																																																																																																																																																																								
NOMBRE	PARENTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA																																																																																																																																																																																																																																																																													

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (Hoja 1)

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR																		
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES			FECHAS DE CALIFICACION															
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE:			0- SIN RIESGO	1- RIESGO MUY BAJO	2- RIESGO BAJO	3- RIESGO MODERADO	4- RIESGO ALTO											
A	RIESGOS BIOLÓGICOS	1 PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA																
		2 PERSONAS CON MALNUTRICIÓN (SOBREPESO O DESNUTRICIÓN)																
		3 PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO																
		4 EMBARAZADAS CON PROBLEMAS																
		5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD																
		6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES																
B	RIESGOS SANITARIOS	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA																
		8 MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS																
		9 MALA ELIMINACIÓN DE DESECHOS LÍQUIDOS																
		10 IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS																
		11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS																
C	RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	12 POBREZA																
		13 DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA																
		14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE																
		15 DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR																
		16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN																
		17 MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA																
		18 HACINAMIENTO																
		NIVEL DE RIESGO TOTAL			SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
CALIFICACIÓN (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGÚN EL RANGO TOTAL)																		
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL:			0- SIN RIESGO	1 - 14 = RIESGO BAJO	15 - 34 = RIESGO MEDIO	35 - 72 = RIESGO ALTO												
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION																		

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (Hoja 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS



6 EVOLUCION DE LA GESTION DEL RIESGO FAMILIAR

RIESGO		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS					
FECHA DE ANALISIS	NUMERO	COMPROMISO DE LA FAMILIA	COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD	FECHA DE EVALUACION	SI CUMPLE	NO CUMPLE	PARCIAL	CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO Y OBSERVACIONES	RESPONSABLE

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 3) FICHA FAMILIAR - EVOLUCION

7 FAMILIOGRAMA

SEÑALAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE A LA SITUACION FAMILIAR O PERSONAL. COPIAR EL SIMBOLO O LA ABREVIATURA NECESARIA, PEGAR EN EL ESPACIO DE LA GENERACION CORRESPONDIENTE Y ADAPTAR EL FORMATO.

SIMBOLOGIA	ABREVIATURAS	
HOMBRE	IN INFARTO	ABUELOS
MUJER	HT HIPERTENSION ARTERIAL	
ABORTO	DI DIABETES	PADRES
MATRIMONIO O UNION LEGITIMA	C CÁNCER	
SEPARACIÓN	E EPILEPSIA	
UNION CON-SANGUINEA	TB TUBERCULOSIS	HIJOS
DIVORCIO	A ASMA	
HIJOS BIOLÓGICOS	TA TABAQUISMO	
HIJOS ADOPTADOS	AL ALCOHOLISMO	
INFORMANTE	D DROGO DEPENDENCIA	
	D DISCAPACIDAD	
	M MIGRANTE	
	EM EMBARAZO	
	X FALLECIDO	

8 UBICACION DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN

NORTE									

9 CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

FECHA DE INFORME	TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCION	CAUSANTE DE LA CONTAMINACION

10 LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

SNS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 4) FICHA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA Y CONTAMINACION

ANEXO 8



TABLA Nº 19

**Clasificación de la población de El Cebollar, según su enfermedad.
Cuenca, Septiembre 2010.**

ENFERMEDAD	Número	Porcentaje
Del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	183	15,93
Del sistema circulatorio	163	14,19
Del sistema digestivo	143	12,45
Endócrinas, nutricionales y metabólicas	136	11,84
Del sistema respiratorio	125	10,88
Del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	91	7,92
Infeciosas y parasitarias	83	7,22
De la sangre, de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	77	6,70
De los órganos de los sentidos	44	3,83
Del sistema genitourinario	25	2,17
Trastornos mentales y del comportamiento	21	1,83
Tumores (Neoplasias)	20	1,74
De la piel y tejido subcutáneo	18	1,57
Del embarazo, parto y puerperio	10	0,87
Afecciones originadas en el periodo neonatal	6	0,52
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	4	0,34
Total	1149	100

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.



ANEXO 9

TABLA N° 20

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades del aparato locomotor y riesgos Socioeconómicos. Cuenca, Septiembre 2010.

RIESGOS SOCIO-ECONOMICOS	ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de P
	Si		No		Nº	%			
	Nº	%	Nº	%					
Si	72	3,07	2274	96,93	2346	100,00	0,58	0,43 a 0,74	0,000 1736
No	111	5,32	1977	94,68	2088	100,00			
Total	183	4,13	4251	95,87	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.



ANEXO 10

TABLA N°21

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades circulatorias y riesgos Socioeconómicos. Cuenca, Septiembre 2010

RIESGO SOCIO-ECONOMICO	ENFERMEDAD DEL CIRCULATORIAS				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de P
	Si		No						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	65	2,77	2281	97,23	2346	100,00	0,59	0,43 a 0,80	0,000 6830
No	98	4,69	1990	95,31	2088	100,00			
Total	163	3,68	4271	96,32	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.



ANEXO 11

TABLA N° 22

Distribución de la población de El Cebollar, según enfermedades respiratorias y animales intradomiciliarios. Cuenca, Septiembre 2010.

ANIMALES INTRADO- MICILIARIOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS				TOTAL		OR	IC 95%	Valor de P
	Si		No						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	21	1,82	1131	98,18	1152	100,00	0,57	0,35 a 0,91	0.01
No	104	3,17	3178	96,83	3282	100,00			
Total	125	2,82	4309	97,18	4434	100,00			

Fuente: Fichas Familiares de El Cebollar

Elaborado por: Las autoras.