



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## RESUMEN

Los determinantes sociales se entienden como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. Su estudio permite explicarse el proceso salud enfermedad de una población.

El objetivo fue, establecer las características del proceso salud – enfermedad y sus determinantes en la Parroquia Chiquintad.

### **Materiales y método**

Se realizó un estudio descriptivo. En base a la información de 549 fichas familiares, se categorizó a las familias en tres niveles de riesgo: alto, medio y bajo, en los ámbitos socioeconómico, higiénico sanitario y biológico.

### **Conclusiones**

El nivel de riesgo alto es mínimo. El riesgo medio es notorio en San Andrés – Eucaliptos, Tixán, Xilón, Bellavista, San Andrés, San Antonio y Cristo del Consuelo.

La mayoría de jefes de familias son adultos jóvenes, hombres en las estructuradas; en las desestructuradas, mujeres. La cuarta parte de ellos son analfabetos; la cuarta parte están desocupados. El riesgo socioeconómico es notorio en Chiquintad.

Riesgo higiénico sanitario: no hay agua potable; el 100% de familias están en viviendas inadecuadas; una tercera parte, en hacinamiento. Prima el pozo séptico y la no disposición de basura por carro recolector. El riesgo biológico es visible; hay sobrepeso y déficit nutricional. La tercera parte de niños tienen esquema de vacunación incompleto; hubo un importante porcentaje de embarazos tempranos y de bajo peso. Las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares e hipertensión arterial afectan a la tercera parte de familias. Se identificó discapacidad, violencia doméstica, alcoholismo, y drogadicción.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldine Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La situación en Chiquintad es crítica, reflejo agravado de lo que sucede en el Ecuador.

### **DECS: -**

Condiciones Sociales-economía; Condiciones Sociales-Estadísticas y datos numéricos; Salud rural- estadística y datos numéricos; Cuenca-Ecuador

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## **ABSTRACT**

Social determinants are understood as the social conditions in which people live and work. Their study provides explained the health-disease process in a population. The objective was, to establish the characteristics of the health-disease process and its determinants in the Parish Chiquintad.

### **Materials and method :**

A descriptive study was conducted. Based on information from 549 family records, it was categorized to families at three levels of risk: high, medium, and low the socio-economic field, poor sanitary and biological.

### **Conclusions:**

The high level of risk is minimal. The average risk is notorious in San Andrés - eucalyptus, Tixan, Xilon, Bellavista, San Andrés, San Antonio and Cristo del Consuelo. The majority of heads of families are young adults, men in the structured; in the destructured women. The fourth part of them are illiterate; one quarter are unemployed. The socio-economic risk is notorious in Chiquintad.

Hygienic Risk health: there is no potable water; 100% of families are in inadequate housing; a third party in overcrowding. Premium the septic tank and not waste disposal by car collector. The biological risk is visible; there are overweight and nutritional deficit. The third part of children have incomplete series of vaccination; there was a significant percentage of early pregnancies and of low birth weight.

Cardiovascular diseases, stroke, or blood pressure affect the third part of families. Identified disability, domestic violence, alcoholism, and drug addiction. The situation in Chiquintad is critical, aggravated reflection of what is happening in Ecuador.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	3
1. Introducción	11
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Justificación y uso de resultados	17
2. Marco teórico	18
2.1. Un panorama general de la salud	18
2.2. La atención primaria de salud (aps) y algunos logros alcanzados	19
2.3. Retos de la atención primaria de salud	21
3. La atención primaria y el sistema de salud en el ecuador	22
3.1. El modelo de atención de la salud	24
3.2. Los determinantes de la salud	27
3. Objetivos	34
3.1. General	34
3.2. Específicos	34
4. Metodología	35
4.1. Tipo de estudio	35
4.2. Área de estudio	36
4.3. Universo y muestra	36
4.4. Criterios de inclusión	36
4.5. Criterios de exclusión	37
4.6. Operacionalización de variables	37
4.7. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
5. Resultados	42
5.1. Características generales de la población de la parroquia chiquintad	42
5.2. Situación de salud en las familias de la parroquia chiquintad	43
5.4. Riesgo socioeconómico en las familias de la parroquia chiquintad	53
5.5. Riesgo higiénico sanitario en las familias de la parroquia chiquintad	59
5.6. Síntesis	64
6. Discusión	66
7. Conclusiones	73

### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

8. Recomendaciones	76
9. Bibliografía	79
10. Anexos	83

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**DIANA PAOLA WILCHES REYES, GEANELLA GERALDINNE YANGE ZAMBRANO**, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de **MEDICO**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

**DIANA PAOLA WILCHES REYES, GEANELLA GERALDINNE YANGE ZAMBRANO**, certifica que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN  
LA PARROQUIA DE CHIQUINTAD EN EL PERIODO 2010-2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCION DE TITULO DE MEDICO**

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes

GeanellaGeraldinne Yange Zambrano

**DIRECTOR Y ASESOR:**

Dr. Jaime Morales San Martín

**CUENCA – ECUADOR**

**2010-2011**

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes

GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **RESPONSABILIDAD**

El contenido de la presente tesis es de  
completa responsabilidad de los autores y,  
para constancia de lo expresado,  
firmamos a continuación.

Paola Wilches R.

Geanella Yange Z.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldinne Yange Zambrano





**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

### **AGRADECIMIENTO:**

La presente tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Primeramente damos infinitamente gracias a Dios, por habernos dado fuerza y valor para terminar este trabajo de tesis.

Agradecemos al Dr. Jaime Morales por la paciencia y por la dirección de este trabajo, por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

A nuestros padres por los consejos, el apoyo incondicional y el ánimo que nos han brindado.

Un agradecimiento muy especial, al Subcentro de Salud de Chiquintad y a sus directores, por habernos proporcionado valiosa información para realizar mi trabajo de tesis.

Gracias a todos.

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## DEDICATORIA

### ***A mi padre Paúl.***

*Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.*

### ***A mi madre Diana.***

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

**PAOLA WILCHES**

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

*Dedico este trabajo...*

*A Dios, por el camino recorrido....*

*A mis padres, por su amor y apoyo...*

*A mi sobrino, por ser mi alegría y regocijo ...*

*A mis hermanos...por sus consejos y compañía ...*

*A la vida.... Por lo aprendido y vivido.*

**GEANELLA YANGE**

## **1. INTRODUCCIÓN**

Los determinantes sociales de salud se entienden como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, logran establecer la relación hombre, sociedad, Estado, naturaleza(1). Las intervenciones sobre los determinantes sociales deben contribuir a la construcción de un nuevo modelo de desarrollo con un sistema social armónico en pos de mantener el más alto bienestar físico, mental y social-espiritual.

Es conocido que las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto, enferman y mueren con mayor frecuencia. Esto se hace más crítico en algunos grupos más vulnerables. Las inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes ha existido en el mundo tanta riqueza, conocimientos, sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud, como en la actualidad(2).

En las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas". Los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado; las intervenciones centradas en lo curativo han sido insuficientes y no han permitido alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio(3).

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones que actúen sobre los determinantes sociales(4).

Se ha decido realizar el presente estudio para conocer la situación de Chiquintad, caracterizandolos determinantes de la salud. La información obtenida sirve para conocer y actuar sobre una realidad establecida. Las recomendaciones generadas podrán ser consideradas para a otras regiones similares, en la implementación y ejecución de programas de promoción y prevención estableciendo estrategias adecuadas de atención en salud.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los determinantes sociales en salud se tiene: acceso a agua potable, limitado acceso a servicios de eliminación de excretas, población analfabeta y escolaridad primaria, diferencias de género (5), incidencia elevada de la pobreza, inequidad en la distribución del ingreso, mala calidad de la vivienda, alimentación deficiente. Diferentes instituciones como el Canadian Institute for Advanced Research (6), han tratado de dar un peso específico a cada uno de los elementos señalados, siendo esto justificado por cuanto es necesario tener un panorama claro que permita orientar la inversión y los esfuerzos para lograr resultados satisfactorios.

Chiquintad es una parroquia rural perteneciente al Cantón Cuenca, ubicada al noroeste de la ciudad, aproximadamente a 12 km de distancia. Tiene 4.073 habitantes según los datos del censo 2001. La población se ocupa en la agricultura y la ganadería, un 31%, laboran en las industrias manufactureras destacándose dentro de ellas un 30% en la fabricación de prendas de vestir, sombreros de paja toquilla y la fabricación de muebles. En la Industria de la construcción se ocupan el 10% de la población. El 9% se dedica al comercio, principalmente al por menor en abacerías, ferreterías, tiendas, etc.; el resto de la población, se encuentra ocupada en la rama de los servicios, principalmente el transporte, la administración pública y el servicio doméstico.

Es importante el fenómeno migratorio que sus habitantes han experimentado desde hace unos 20 años, según los datos del censo 2001 durante los últimos 5 años anteriores salieron de la parroquia 404 personas y aun no retornan: 262 hombres y 142 mujeres, los principales países de destino son Estados Unidos con el 93%, España con el 5%, el 2% a otros países.

Para identificar la situación de salud en Chiquintad es necesario tener una panorama nacional. La proyección de la población nacional en el año 2009 en base al censo del 2001 fue de 14.005.449 habitantes. El censo del 2010 estableció un total de 14.483.399, ubicándose el 37.2% en el área rural, correspondiendo el 50.4% a personas del sexo femenino y el 49.6% al

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

masculino; la edad comprendida entre los 15 y 64 divididos en clases de 5 años son los más concentrados. Entre separados, viudos y divorciados, se tuvo un total de 10.6%(7).

A pesar de que el gobierno nacional y los gobiernos locales en el Ecuador, y en el Azuay en particular, han referido una erradicación del analfabetismo, el censo 2010 muestra un porcentaje de 6.8 de habitantes en esa condición; el promedio de años de escolaridad en el área rural fue de 7.3 (7).

Sobre la vivienda, el censo 2010 refiere un 12.5% de hogares con características físicas inadecuadas; el 28% no se abastece de agua potable de una red pública; el 46.4% no están conectados a una red pública de alcantarillado; el 23% no tiene servicio de carro recolector de basura (7).

El total de egresos hospitalarios fue de 1.031.957. La tasa de natalidad fue de 15,4 por mil, mientras que la de mortalidad general fue de 4,3 por mil; la tasa de mortalidad infantil fue de 15,2 por mil mientras que la materna fue de 96,3 por 100.000. Las principales causas de mortalidad en hombres fueron los accidentes y las agresiones (homicidios), las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas, y la diabetes mellitus; entre las mujeres, la diabetes ocupa el primer lugar, seguida de las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas.

El envejecimiento de las poblaciones combinado con la difusión de la información y el deterioro de las estructuras sociales, han introducido cambios en la dieta, han contribuido a aumentar la prevalencia de obesidad y otros factores de riesgo y han exacerbado los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Su distribución puede intensificar las inequidades existentes en salud así como las enfermedades con las que están relacionados como es el caso de las cardiovasculares, especialmente en las poblaciones pobres, no solo en ancianos, sino entra la población trabajadora en edad reproductiva(8).

Quienes más contribuyen a la tasa de mortalidad es la población masculina (4,83 por mil), en las mujeres esta se reduce a 36,5 por mil. La neoplasia que

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

mayor mortalidad causa entre los hombres es la del estómago y se ubica en el puesto 10 del listado oficial; en las mujeres es la de útero que está en el puesto 7(9).

En la sierra, la población se consideró en 6.294.076 habitantes con una tasa de natalidad de 15 por cada mil habitantes, similar a la nacional; fallecieron un total de 27.807 que se corresponde a una tasa de 4,4 por cada mil habitantes; la mortalidad infantil fue de 16,8 por mil nacidos vivos; la materna fue de 99,7 por cada cien mil nacidos vivos. A nivel rural, en el Ecuador la incidencia de la pobreza fue de 52,96% (10).

La población adolescente sufre con intensidad la influencia de los determinantes sociales cuando estos son negativos. Gran parte de la carga de morbimortalidad en este grupo está relacionado con problemas de salud sexual y reproductiva, es así que para el 2006, el 15% de partos fue de mujeres entre 10 y 19 años; el 13.5% utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. En el año 2007 el MSP reportó 168 casos de muerte materna de los cuales, 35 de ellas ocurrieron en mujeres de 10 a 19 años (11).

En el Azuay el total de habitantes fue de 712.127, estableciéndose en la ciudad de Cuenca un total de 331.888 pobladores (7); aún no se conoce el nivel de desagregación parroquial. En el 2009 nacieron 9.308 niños, en el área rural 2443; la mortalidad infantil fue de 11,6 por mil nacidos vivos, mientras que la de mortalidad materna fue de 139,7 por cada cien mil.(9). Si bien la tasa de natalidad ha disminuido en esta Provincia, en relación con la de la sierra y la nacional, al igual que la de mortalidad infantil, la de mortalidad materna presenta una importante diferencia con la de la sierra y la nacional mostrando una crítica situación.

Las coberturas de vacunación en año 2009 superan las alcanzadas en el año 2008. La vacuna contra Rotavirus alcanza el 97% de cobertura. Se establece un incremento sostenido en todas las inmunizaciones, así: en SRP se está sobre el 95% en 39 áreas, de OPV en 30 áreas, de PENTA y ROTA en 26 y 30 áreas, respectivamente (12).

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Por otra parte, en el Plan Decenal de Educación 2006 – 2015 se considera que en el Ecuador existen 731.984 analfabetos puros y 1.731.151 analfabetos funcionales (13). Los fenómenos sociales como la migración han sido trascendentes: en el Ecuador durante el 2010, 39.005 habitantes registraron su salida al exterior(14) manteniéndose como algo permanente.

El traslado a lo interno del País, también es notorio, y a nivel general un 27.3% de personas salen de su ciudad o parroquia para estudiar y/o trabajar.

En educación, con un total de 3.350 habitantes, se tenía 306 habitantes sin ningún nivel de instrucción, 2.313 tienen instrucción primaria, 611 secundaria, 16 post-bachillerato, 101 superior y 3 postgrado, 288 son analfabetos.

Cabe preguntarse: ¿cuál es la realidad actual en salud y sus determinantes en la Parroquia Chiquintad?

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





UNIVERSIDAD DE CUENCA

## 1.2. JUSTIFICACIÓN Y USO DE RESULTADOS

Se ha señalado en múltiples oportunidades que el manejo de la salud pública es de gran importancia; el problema planteado muestra la necesidad de conocer lo que sucede en espacios más concretos, por lo que la generación de información científica es indispensable para el nivel operativo. Es evidente que para prevenir, hay que anticiparse.

La identificación de la población en riesgo con instrumentos social y políticamente aprobados como es el caso de las fichas familiares, permite que las acciones tengan una dirección más certera.

Se trata de mostrar información relevante y precisa sobre la distribución de los determinantes sociales en la salud familiar y comunitaria de la Parroquia de Chiquintad, aplicando los conocimientos obtenidos en el área de medicina social durante el proceso formativo obtenido en la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas.

Los resultados se los hará llegar a manos de las autoridades parroquiales así como a los docentes de la Facultad que trabajan en el área de medicina social; los beneficiarios serán cada una de las familias estudiadas, sus integrantes y la comunidad en general, así como los estudiantes y el equipo de salud que contarán con información para programar sus acciones.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Un panorama general de la salud

La situación de salud de los países desarrollados, en vías de desarrollo y subdesarrollados ha sido un problema permanente; el rápido desarrollo del conocimiento científico ha conllevado una diversificación cada vez más compleja del accionar médico no siendo posible pensar en una parte del organismo humano que no sea objeto de estudio de una especialidad o una subespecialidad; los avances tecnológicos en medicina no han posibilitado una incorporación inmediata a los servicios públicos de atención; el otro ámbito de la formación médica, la medicina social, tampoco se ha detenido buscando y desarrollando estrategias para hacerle frente a una realidad cada vez más equitativa y fragmentaria.

“El desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo son tres de los elementos fundamentales que definen la medicina de la segunda mitad del siglo XX (...) Los hospitales crecen y cada vez se hacen más complejos, absorbiendo cantidades crecientes de recursos humanos y materiales, que se emplean para la asistencia de una pequeña parte de la totalidad de los problemas de salud individuales y colectivos. La población demanda cada vez más y mejores servicios de salud y los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente las necesidades(15)”

La salud, al no estar exenta de la influencia social está inmersa en una economía de mercado donde el ingreso monetario se convierte en un factor que limita o posibilita el acceso a servicios. Los costos de la atención han dificultado que los problemas sean resueltos con oportunidad, calidad, eficacia y eficiencia.

Una distribución económica que privilegie ámbitos como la salud se podría ver como la mejor salida para conseguir el bienestar de la población, sin embargo, “excepto para los países realmente pobres, la salud en los países desarrollados

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

no se corresponde con la renta per cápita. Se constata que los retornos no crecen (aumento de la esperanza de vida ajustada por calidad o libre de discapacidad) al mismo ritmo que el incesante incremento de recursos asignados al sistema sanitario” (4). En los países subdesarrollados como el Ecuador, las características sociales de la mayoría de la población no hacen prever una situación más compleja aún.

### **2.2. La Atención Primaria de Salud (APS) y algunos logros alcanzados**

Desde hace más de 40 años se reconoce a la estrategia Atención Primaria de Salud (APS) como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Se define a la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportarlo, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”(15).

Las experiencias demuestran que la APS puede interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos (16).

Son características básicas de la APS las siguientes:

- Accesibilidad, como la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Coordinación, entendida como la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- Integralidad, vista a través de la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, alrededor del 90%.
- Longitudinalidad, que es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico (17)

¿Cuáles han sido los aportes de la APS para los cambios de salud en el mundo?

Es conveniente considerar que la APS no se refiere únicamente a la atención, su enfoque va más allá de lo sanitario hacia la infraestructura de servicios básicos, la economía, la educación, la producción sustentable y limpia, la protección del medio ambiente y el entorno social. “La salud de la población humana a nivel mundial ha aumentado espectacularmente durante el siglo XX. El incremento de la esperanza de vida ha sido mayor que el experimentado en los dos mil años anteriores. Existe un consenso general en que esta mejora se debe más a causas económicas, sociales y políticas que a intervenciones sanitarias”(4), de allí la necesidad de incorporar profesionales diferentes para lograr un abordaje interdisciplinario de la problemática a la que las instituciones sanitarias tanto formadoras de recursos como asistenciales, han dado respuestas parciales.

Algunos indicadores pueden ser referidos: en 1978, cuando se origina la estrategia APS, la mortalidad infantil en promedio en el área andina, se encontraba alrededor del 70 por mil nacidos vivos, y se había trazado un meta para 22 años después, del 60 por mil la cual fue superada pues se redujo por debajo del 40 por mil. Los índices de mortalidad han descendido en cerca del 25%; se ha logrado una reducción alrededor de un 25% de las muertes por enfermedades transmisibles y del sistema circulatorio; las muertes por causas perinatales han disminuido un 35%; las muertes por causas externas bajaron en un 15%; la cobertura de vacunación ha sobrepasado el 80% y la mayoría de

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

los países superó el 90% de la cobertura para niños menores de un año en el año 2000; la polio ha sido eliminada; en los últimos años, sólo se han reportado algunos casos de difteria, sarampión y tos ferina; el PIB per cápita creció un promedio de US \$2,349 en los años 80 a US \$4,614 a fines de los 90; el crecimiento anual promedio del PIB fue inferior al 1% en los años 80 y creció hasta cerca del 3% en los 90; los niveles de escolaridad han aumentado y las tasas de alfabetismo han sobrepasado el 80% en la mayoría de las regiones; ha aumentado la alfabetización de las mujeres(8). Sin embargo, la educación, sobre todo la de las mujeres, progresa más lentamente, al igual que el acceso a las comunicaciones modernas y a actividades que requieren conocimientos especializados y que amplían los recursos intelectuales de las personas en los demás lugares (18).

Un punto importante que no se debe dejar de considerar es que “En los países en desarrollo, se conoce que a nivel del PNB per cápita a partir de los 3.000 dólares, la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil se estabilizan, permaneciendo constantes a medida que la renta crece. Es entonces cuando los avances en la tecnología médica, junto a medidas del tipo de programas de salud pública y divulgación de los conocimientos sobre salud, parecen jugar un papel relevante en la explicación de los descensos de la mortalidad”(19).

### **2.3. Retos de la Atención Primaria de Salud**

En la APS se han invertido cuantiosos recursos en los últimos años, no obstante, las expectativas y el grado de satisfacción de los pacientes, familiares, de los propios trabajadores de la salud y de otros usuarios del sistema no se corresponde con estas transformaciones.

Quizá uno de los problemas fundamentales tenga que ver con el hecho de que, al enfatizar sobre lo básico, lo fundamental, lo primario, aquello que no se puede dejar de prestar a la población, lo común y corriente, también se configuró un imaginario, tanto en los prestatarios como en la población en general, influenciados por un mercado de la salud, de que la calidad estaba en ámbitos más sofisticados donde la tecnología aseguraría un mejor manejo, por

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

lo tanto, mejores resultados. Esto posiblemente contribuyó a que no se busque una mejora continua de la capacidad resolutive, y, mientras todo se transformaba, lo que se había alcanzado permanecía inalterable y cada vez más venido a menos. Hoy el reto se ve diferente cuando se visibiliza la importancia del médico generalista, del médico familiar, cuando se busca un modelo óptimo para la atención.

Lo señalado ha configurado como problema principal a la calidad de la atención en todas sus dimensiones, traducida en la satisfacción de las necesidades de los usuarios, delimitada por lo razonable, donde la medición se establece a partir del balance de los beneficios y daños a la salud como consecuencia de la prestación de los servicios sanitarios. La insatisfacción da la oportunidad de identificar puntos a partir de los cuales puede iniciarse un programa de mejora constante. La sola nominación tampoco implica que pueda ser asumida y desarrollada, debiéndose generar un sistema de gestión dirigido a este aspecto, (20) y el empleo de prácticas óptimas de organización, en función de la eficiencia y la efectividad, desarrollando mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.

Se trata de alcanzar un nivel de calidad aceptable en cada uno de los puntos en los que se relacionan los equipos con la población que busca el servicio, siendo indispensable una organización que pueda detectar los cambios positivos o negativos que ocurren y que se mostrarían a través de la información. Esa organización se denomina Sistema de Salud.

### **3. La Atención Primaria y el Sistema de Salud en el Ecuador**

El Sistema Nacional de Salud, hablando del Ecuador, recoge los diferentes planteamientos hechos cuando considera la estrategia de APS como uno de los ejes fundamentales del crecimiento económico y desarrollo social y promueve su articulación a los demás sectores mediante políticas, planes y programas de desarrollo integral, instando a todos los actores e instituciones nacionales e internacionales a brindarle mayor apoyo técnico y económico. Un sistema de salud basado en APS promueve acciones intersectoriales para

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

abordar otros determinantes de la salud y la equidad(16)(21)que generalmente no están al alcance de los equipos en sus espacios de trabajo.

La construcción de sistemas de salud basados en la APS consta de valores y principios.

- Valores
  - Equidad, solidaridad y derecho a la mayor salud posible.
- Principios
  - Sostenibilidad, justicia social, participación, intersectorialidad
  - Respuesta a las necesidades de salud de la población
  - Orientación hacia la calidad
  - Responsabilidad
  - Rendición de cuentas de los gobiernos.

Valores y principios no son elementos aplicables a las infraestructuras físicas de una u otra institución; en el artículo 359 de la Constitución Política del Ecuador del año 2008 se establece que “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”(22).

Un sistema de salud por sí solo no va a lograr los cambios que se requieren solamente a través de la ubicación de los profesionales en los espacios correspondientes, asumiendo que cada uno de ellos va a realizar las acciones que se necesitan. Es necesario que se defina una forma de trabajo en la cual se asignen roles y funciones, responsabilidades, así como estrategias orientadas hacia los objetivos, los cuales deben ser acordes a la realidad local, nacional, regional y mundial; esto, sobre todo, porque desde el punto de vista epidemiológico, existen problemas que trascienden los límites nacionales necesitándose de respuestas de la comunidad internacional.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Algo a puntualizar es el hecho de que un sistema de salud es adecuado cuando satisface las necesidades de la población, no solo las de pocos individuos; esto depende fundamentalmente del modelo que se utilice o construya para dar atención, basándose en el hecho de que el modelo es más importante que el sistema para lograr avances satisfactorios que se reflejen en los indicadores.

### **3.1. El modelo de atención de la salud**

Los modelos de atención responden a otros más complejos a los que se denominan paradigmas, los cuales han guiado las acciones en salud desde atacar a lo que se considera como la sola causa de la enfermedad; pasando por lo multicausal; o identificando al huésped, al agente y al ambiente en un equilibrio que al romperse genera daño. Ninguno de ellos ha sido completamente superado pues, si bien lo biológico tiene para ser cuestionado, lo únicamente social también muestra defectos que lo debilitan.

El modelo epidemiológico actualmente vigente y que ha tenido gran acogida en el mundo es el de los Campos de la Salud, modelo canadiense o de Lalonde, para el cual, la salud es dependiente de factores sociales y ambientales. Identifica determinantes biológicos, del entorno ambiental, estilos de vida, y del sistema sanitario (23).

El Modelo de los Campos de la Salud puso de manifiesto, en el plano de las políticas nacionales de salud y no solo en el académico, la importancia de considerar una visión más holística o integral de la salud pública, esto es, no como algo desintegrado de los demás elementos, sino como el campo que conjuga y orienta el accionar de la medicina y sus especialidades, como de la enfermería, la odontología, la psicología, y demás disciplinas relacionadas. Manifiesta que la forma como se organizan o se dejan de organizar los sistemas de salud es, en sí misma, un elemento clave para la presencia o ausencia de enfermedad en la población, que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población y que los

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social (24). A partir de este trabajo se generaron políticas, intervenciones e incluso nuevos enfoques en el ámbito de la salud pública.

El modelo de los campos de la salud, como su nombre lo señala, implica en primer lugar ámbitos epidemiológicos de estudio diversos, por ende, de acción. El trabajo de los equipos de salud resulta complejo pero puede ser viabilizado a través de la gestión para incorporar a las instituciones y a la población en las transformaciones que se pretenda.

La respuesta de la población está condicionada por la credibilidad y la confianza que tenga el equipo, esto en cambio, tiene relación directa con la capacidad para resolver los problemas de salud de la población, principalmente la enfermedad. Para conseguirlo en el Ecuador, se ha diseñado y se viene aplicando el MAIS – Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural en Salud – que, según el Estado Ecuatoriano, se constituye en un mecanismo para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución con la finalidad de lograr formas equitativas y solidarias de organización, con transformación del Sistema Nacional de Salud, como respuesta a las necesidades de la población excluida que exige su participación organizada en las comunidades, con un espacio de interacción Estado-sociedad, en la cual la población asume un papel protagónico dando énfasis a la inclusión social que garantiza que toda la población recibe atención de salud gratuita según lo expresado en el Art. 7 literal a y b) de la Ley Orgánica de Salud. El Modelo de Atención está centrado en la familia, en un contexto bio-psico-social con necesidades particulares en cada etapa de su ciclo vital(21).

La razón para que la familia sea la unidad de intervención se debe a que el enfoque de la APS entiende al ser humano como individualidad y como parte de su núcleo inmediato, la familia, que funciona como un sistema vivo con todos sus atributos y características, constituyente de un sistema mayor que es

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

la sociedad siendo de ésta su unidad fundamental; es en este microámbito que el equipo de salud aprende a mirar todos los ángulos que conforman la salud, entendida como el bienestar bio-psico-social del núcleo familiar. El entendimiento de la familia permite acceder a lo comunitario y viceversa.

El modelo de atención se articula a procesos de desarrollo sostenible, es decir, el enlace de acciones permanentes en procura de un nivel de bienestar donde el buen vivir sea la percepción de crecimiento, por ello, con participación intersectorial, que se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales que deben ser abordados mayormente con acciones de promoción para controlar el proceso salud-enfermedad(21).

El MAIS enfatiza también en la promoción de la salud definida como el proveer de los medios necesarios a la población para que mejore su salud y ejerza un mayor control sobre la misma; es la estrategia mediante la cual se busca vincular a la gente con su entorno, mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros sujetos sociales, con miras a crear un futuro más saludable combinando la elección personal con la responsabilidad social (políticas públicas saludables, organización y participación social, reorientación de los servicios de salud, entornos y ambientes saludables, estilos de vida saludables). Por sus características, la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social, la participación en sí, requerida para la transformación de las condiciones de salud(21).

Los equipos de salud se desenvuelven en un medio cultural diverso, de allí que se busque incorporar en el modelo a la medicina tradicional indígena con su visión de armonía del ser humano con la naturaleza, y además porque considera la coexistencia de fuerzas más allá de las físicas: emocionales y espirituales, enfoque que también integra a las medicinas alternativas(21). A esto habría que añadir que los pueblos indígenas han realizado una serie de

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

programas de promoción de la salud: seguridad alimentaria revalorizando sus productos, manejo de los residuos sólidos (en las comunidades distantes no hay recolección de basuras como servicio institucional), cuidado del agua y sus fuentes, generación de ingresos, cultivo de productos orgánicos, entre otros. Puracé, comunidad indígena colombiana, considera que la promoción de la salud es estar en relación armónica con la tierra, que la gente tenga huertas que proporcionen leña para el fogón, alimento para la familia, animales y plantas medicinales para armonizar, estar bien y tratar enfermedades (25). Cabe reconocer que las culturas ancestrales mantienen vigentes sus sistemas administrativos eficientes, con una línea de autoridad transversal, modelos sobre los que Universidades de prestigio han construido otros que, incluso, han sido patentados (26).

Elemento fundamental del MAIS, es su carácter preventivo. Numerosos son los estudios que han demostrado la ventaja de un enfoque anticipado a los sucesos, no solamente por el hecho de evitar daño, sino además porque representa un enorme ahorro al Estado. Al momento se piensa, que a más de lo primario, secundario y terciario, hay un espacio primordial para la prevención que apunta principalmente al control de los determinantes de la salud señalados anteriormente, incluso, antes que se conviertan negativamente en factores de riesgo. La prevención tiene sus diferencias con la promoción: en el primer caso, se dirige fundamentalmente a elementos causales (factores riesgo) y a grupos expuestos, en el otro caso el trabajo está orientado a la población en general, a las condiciones de vida en general (27).

### **3.2. Los determinantes de la salud**

Al identificar los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, entre las cuales y a pesar de su peso relativo en la disminución de la mortalidad están los servicios asistenciales, se pueden explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en una población definida, como entre países y regiones en lo que respecta a la

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

situación sanitaria. En una acepción general, los determinantes de la salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. Los determinantes de la salud conforman, así, un *modelo* que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individualmente tanto histórica, social y biológicamente. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es compleja e involucra a muchos niveles que abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental(24).

Los determinantes de la salud se pertenecen a un amplio panorama, desde los determinantes proximales o microdeterminantes, asociados a características del nivel individual, hasta los determinantes distales o macrodeterminantes, llamados también poblacionales, en relación con el grupo de individuos en el que se ubican las personas, dependientes de la organización y estructura social como del entorno.

Tanto los microdeterminantes como los determinantes poblacionales se expanden debido al propio comportamiento humano como el de la naturaleza, que generan cambios en diversos sentidos. Su entendimiento y abordaje no se ve sencillo, esto ha dado lugar a que se generen nuevas disciplinas dentro de otras, por su especialización, tal es el caso de la epidemiología genética y molecular surgida a partir del proyecto Genoma Humano. Por el lado de los determinantes distales, el impresionante desarrollo de la investigación sobre el impacto de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y otros factores culturales en la salud está estimulando el progreso de la epidemiología social en la identificación de los sistemas causales que generan patrones de enfermedad en la población.

A continuación se presenta un breve detalle de los determinantes de la salud(24):

- Factores biológicos y causal genético. Se refiere a la diversidad genética, no solo étnica, también de género, la capacidad física de los sistemas

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

orgánicos internos así como el proceso de como alcanzan su plenitud y su posterior deterioro progresivo, las posibilidades de optimizar su rendimiento en las diferentes fases de la vida. En la actualidad se conoce que, una intervención oportuna sobre el patrón genético podría evitar daños futuros, no solo en la salud física e incluso, mental.

- Factores individuales y preferencias en estilos de vida. El comportamiento, la forma de ser y hacer del ser humano que se refiere a su cultura, el cómo hace frente a lo cotidiano, lo que prefiere, lo que rechaza, estos aspectos tienen una influencia histórica y social, los procesos protectores o destructores de la salud en los que se ve involucrado, hábitos. La modificación de los estilos de vida es parte de las medidas para recuperar la salud cuando ésta se ha deteriorado.
- Influencias comunitarias y soporte social. El ser humano es social por naturaleza; su relacionamiento y sentido de pertenencia configuran a su vez su identidad, las instituciones sociales condicionan su salud; una situación crítica podrá ser mejor enfrentada si se cuenta con un soporte social conveniente que refleje valores.
- Acceso a servicios de atención de salud. Las barreras que dificultan el acceso no son solo geográficas, económicas, también las hay culturales, de relacionamiento, que si no son identificadas y superadas contribuyen a agravar los problemas identificados. A esto se debe de sumar el hecho de que una asistencia sin principio ni valores va contra la calidad, por ende, contra el derecho a la vida de las personas.
- Condiciones de vida y de trabajo. En este ámbito la equidad y la justicia traducidos en acceso a oportunidades de educación, de recreación, de ocio; ambientes laborales saludables, mobiliario ergonómico, prendas de protección. El trabajo produce satisfacciones pero puede producir problemas de daños agudos o progresivos.
- Condiciones generales socioeconómicas y ambientales. Ligados con las prioridades políticas y las decisiones estatales, a la formación económico social. El concepto de población bajo este ámbito no es el conjunto de seres

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

humanos sino que se establece a partir de las interacciones que se dan entre ellos y que pueden favorecer o afectar a la salud.

- Preston (18) estableció una curva que permite evaluar los ingresos económicos y la esperanza de vida, así estableció que, para 1975 un ingreso por habitante de 1000 dólares estaban asociados a una esperanza de vida de 48,8 años; para el 2005 se vio que para el mismo ingreso, se había aumentado en cuatro años justificando este incremento con las mejoras en nutrición, educación, tecnologías sanitarias, capacidad institucional para obtener y utilizar la información, capacidad de la sociedad para utilizar la información en forma práctica; esto permite ver que, si bien es importante el nivel de ingresos, los otros determinantes tienen que mostrarse positivos. De allí que los indicadores puedan mostrarse negativos a pesar del crecimiento económico de algunos países.

El aumento del movimiento poblacional, sea por turismo, migración o como resultado de desastres, el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos, los cambios sociales y ambientales ligados a la urbanización, deforestación y alteración del clima, los cambios en los métodos de procesamiento y distribución de alimentos y en los hábitos de consumo, la amenaza de brotes como resultado de la liberación accidental o intencional de agentes biológicos y las repercusiones económicas de las situaciones epidémicas reafirman la necesidad de estudiar con detenimiento los determinantes de la salud, de tal manera que el sistema, el modelo de atención y los equipos se mantengan preparados para hacer frente a la problemática de una manera efectiva.

Cabe enfatizar que la salud no es un producto exclusivo de los servicios en sí. En un trabajo realizado en 1976 por G. A. E. Dever denominado "Anepidemicamodelforhealthpolicyanalysis" sobre la distribución del presupuesto sanitario en EE. UU. y el peso de cada uno de los ámbitos a los que se les destina sobre la mortalidad se encuentra que: el 90% es consumido

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

por los servicios sanitarios cuyo peso sobre la reducción de la mortalidad es de apenas un 11%; en cambio, lo que se invierte en modificación de los estilos de vida es del 1,5% cuando estos tienen un peso en la reducción de la mortalidad del 43%; la biología humana incide en la mortalidad en un 27% y recibía para entonces un 7,9% de lo asignado en recursos económicos; el entorno o medio ambiente a su vez, influye en la mortalidad con un 19%, recibiendo solamente el 1,6% del presupuesto (4).

A pesar del tiempo transcurrido a la fecha, los resultados del estudio siguen siendo referidos dado que la realidad de la inversión en salud no ha tenido mayor variación, esto puede ser comprobado si se revisa el gasto que realiza el Estado.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por lo ya señalado, 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:

- a. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
- b. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- c. Medición y análisis del problema(28)

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente “vulnerables” y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, es el resultado de un número de características interactuantes. El hecho de que las comunidades, las familias o los individuos, posean características que les confieren un “riesgo” especial de alteración de la salud, implica una especie de cadena causal o secuencia. Algunos de estos atributos pueden ser descritos en detalle, por ejemplo, desnutrición, infancia, vejez, y embarazo. La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que, mientras más exacta sea la medición

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y ello favorecerá a la efectividad de las intervenciones(29).

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios. Cuando hablamos sobre el riesgo de que algo suceda nos estamos refiriendo a la probabilidad de que tal evento se produzca. Una probabilidad es una medida de algo incierto. Donde todo es seguro no hay lugar para la probabilidad ya que no existe la duda. Es decir el riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias.

Siempre ha sido conveniente registrar datos que permitan construir información para facilitar un análisis sobre la situación de salud. Los determinantes de la salud engloban una serie de componentes que, como se había señalado, cuando se tornan negativos, se convierten en factores de riesgo evaluados en instrumentos como la Ficha Familiar utilizada por el MAIS (30) bajo de la denominación de riesgos biológicos, higiénico sanitarios, y socioeconómicos.

Dentro de los riesgos biológicos tenemos: vacunación, estado nutricional, enfermedades crónicas no transmisibles, embarazadas con problemas, discapacidad, trastorno mental.

Los riesgos higiénico sanitarios son: agua potable, tipo de sistema de eliminación de basura, sistema de eliminación de excretas, eliminación doméstica de desechos líquidos, impacto ecológico por industrias, animales intradomiciliarios.

Riesgos socioeconómicos son: pobreza, ocupación del jefe de familia, nivel de educación del padre o de la madre, tipo de familia, violencia, alcoholismo y drogadicción, hacinamiento.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En el Ecuador desde el año 2008 se vienen aplicando las fichas familiares, llegando a los hogares para hacer el diagnóstico oportuno por parte de los Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS); la conformación de estos equipos fue una responsabilidad asumida por el MSP y considera un médico familiar o general adiestrado, y una enfermera, auxiliar o promotor comunitario; los equipos se han ido ampliando incorporando un profesional de la odontología, y en ocasiones un trabajador social.

Uno de las limitaciones que tienen los equipos en la actualidad es la producción, pues de ella depende su estabilidad laboral, por tanto, la información obtenida de las fichas familiares puede no ser bien aprovechada para visibilizar la realidad en salud; la argumentación teórica presentada posibilita un análisis y una interpretación útil para orientar el conocimiento y las intervenciones.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldinne Yange Zambrano



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. General

Establecer las características del proceso salud – enfermedad y sus determinantes en la Parroquia Chiquintad.

#### 3.2. Específicos

3.2.1. Conocer las características del proceso salud – enfermedad de las familias de acuerdo a las fichas familiares levantadas en cada uno de los sectores de la Parroquia Chiquintad.

3.2.2. Identificar los determinantes sociales de salud más relevantes en la Parroquia Chiquintad de acuerdo a las fichas familiares levantadas en los sectores.

3.2.3. Sugerir lineamientos para mejorar la salud

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo de estudio

El presente es un estudio epidemiológico, de carácter observacional, cuantitativo, descriptivo.

En base a la información que proveen las fichas familiares levantadas en la Parroquia Chiquintad, se construyó una base de datos considerando las variables identificadas en el instrumento señalado, procesando luego la información de acuerdo a los objetivos trazados.

Se consideró como riesgo socioeconómico a los siguientes factores:

- Tipo de familia
- Ingreso económico
- Nivel de educación del jefe de familia
- Ocupación del jefe de familia
- Hacinamiento

En riesgo higiénico sanitario se ubicaron los siguientes factores:

- Disponibilidad de agua potable
- Eliminación de excretas
- Eliminación de basura
- Impacto ambiental

Como riesgo biológico se establecieron los siguientes factores:

- Estado nutricional
- Esquema de vacunación incompleto
- Problemas de salud materna
- Enfermedades crónicas presentes en las familias
- Discapacidad y trastornos mentales
- Violencia doméstica, alcoholismo y drogadicción

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### **Área de estudio**

Chiquintad es una parroquia rural perteneciente al Cantón Cuenca, ubicada al noroeste de la ciudad, aproximadamente a 12 km de distancia. Tiene 4.073 habitantes según los datos del censo 2001. La población se ocupa en la agricultura y la ganadería, un 31%, laboran en las industrias manufactureras destacándose dentro de ellas un 30% en la fabricación de prendas de vestir, sombreros de paja toquilla y la fabricación de muebles. En la Industria de la construcción se ocupan el 10% de la población. El 9% se dedica al comercio, principalmente al por menor en abacerías, ferreterías, tiendas, etc.; el resto de la población, se encuentra ocupada en la rama de los servicios, principalmente el transporte, la administración pública y el servicio doméstico.

Es importante el fenómeno migratorio que sus habitantes han experimentado desde hace unos 20 años, según los datos del censo 2001 durante los últimos 5 años anteriores salieron de la parroquia 404 personas y aun no retornan: 262 hombres y 142 mujeres, los principales países de destino son Estados Unidos con el 93%, España con el 5%, el 2% a otros países.

### **4.2. Universo y muestra**

Se trabajó con un universo total de 549 fichas de las familias de los sectores de la Parroquia Chiquintad, que representan el 95% de la totalidad en el periodo comprendido entre Octubre – Diciembre del 2010, y Enero – Marzo del 2011.

### **4.3. Criterios de inclusión**

Para ser incluidas en el estudio, las fichas familiares debieron constar en los archivos del Subcentro de Salud de la Parroquia Chiquintad, y que se correspondan con las familias a las cuales hacía referencia la información contenida.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**4.4. Criterios de exclusión**

Se excluyeron todas las fichas incompletas y mal llenadas, 13 en total.

**4.5. Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
Edad del jefe de familia	Tiempo de vida del jefe de familia desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	Número de años cumplidos	17 a 26 27 a 36 37 a 46 47 a 56 57 a 66 67 a 76 77 a 86 87 a 96
Sexo del jefe de familia	Características externas o fenotipo que permiten identificar al jefe de familia como hombre o mujer.	Fenotipo	Hombre Mujer
Esquema de vacunación	Conjunto de inmunizaciones administradas a los niños ecuatorianos que viven en la región sierra, en edades y tiempos determinados según lo dispuesto por el MSP	Vacunación según norma	Completo Incompleto
Estado nutricional	Clasificación otorgada al índice de masa corporal (IMC) de una persona	Índice de masa corporal (IMC)	IMC: Peso bajo <18.5 Normal 18.5-24.9 Sobrepeso 25-29.9 Obesidad: 30-34.9 Grado I 35-39.9 Grado II >40 Grado III

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Enfermedades crónicas no transmisibles	Entidad morbosa que ha evolucionado de manera progresiva a través del tiempo para cual no existe un tratamiento curativo definitivo que la padece uno de los integrantes de la familia.	Enfermedad crónica referida en la ficha familiar	-Obesidad -Diabetes -Enfermedad cardiovasculares -Enfermedad cerebrovascular -Hipertensión arterial el -Cáncer -Problemas Articulares
Embarazadas con problemas	Son los problemas de salud en la embarazada cuyas causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo.	Presencia de problemas relacionados con el embarazo	-Embarazos múltiples -Antecedentes de embarazos complicados -Tener más de 35 años -Tener menos de 19 años -Eclampsia -Bajo peso -Preclampsia -Enfermedad crónica -Desnutrición
Discapacidad	Familias que presentan el carné del CONADIS que identifica a una o más personas de esa familia como discapacitados.	Presencia de discapacidad en uno de los integrantes de la familia referida por la ficha familiar	-Si -No
Trastornos mentales	Problema de salud mental que le dificulta a la persona relacionarse con los demás en el plano social, laboral o académico	Presencia de trastorno mental en uno de los integrantes de la familia referida por la ficha familiar	-Si -No

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Abastecimiento de agua potable	Disponibilidad de agua que ha sido tratada convenientemente a fin de hacerla apta para el consumo humano y que llega mediante tubería a cada una de las casas donde habitan las familias	Tipo de abastecimiento de agua Potable que posee la familia	-Si -No
Tipo de eliminación de basura	Destino final que da la familia a los desechos sólidos domésticos que produce	Tipo de eliminación de basura	-Carro recolector de basura -Quema de basura -Arrojar la basura a campo abierto
Disponibilidad de alcantarillado	Eliminación de excretas a través del sistema de alcantarillado general para toda la población	Presencia de alcantarillado	-Si -No
Impacto ecológico por industrias	Alteración ambiental causada por las industrias que afecta la a las familias y a las actividades diarias que realizan	Presencia de impacto ecológico	-Si -No
Animales intradomiciliarios	Presencia de animales dentro del domicilio	Presencia de animales	-Si -No
Ingresos económicos	Cantidad de dinero que ingresa mensualmente a la familia y de la cual puede disponer con regularidad	Ingreso económico de la familia	Menor a 240 dólares 240 dólares 240-580 dólares Más de 580 dólares
Ocupación del jefe de familia	Actividad económica que ejerce habitualmente la persona que representa a la familia	Tipo de ocupación	Empresario Empleado Negocio propio Artesano Obrero Trabajo informal Desocupado

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Nivel de educación o jefe de familia	Años aprobados en el sistema educativo del Ecuador	Años aprobados	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta Ninguno
Tipo de familia	Situación actual de la familia en relación con su estructura	Tipo de familia	Estructurada Desestructurada
Presencia de violencia intradoméstica	Comportamiento deliberado de uno de los miembros de la familia que ha provocado daños físicos o psíquicos a otros miembros.	Presencia de violencia intradoméstica	-Si -No
Presencia de alcoholismo en la familia	Presencia de consumo de bebidas alcohólicas por parte de uno más de los miembros de la familia que ha interferido en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales.	Presencia de alcoholismo	-Si -No
Presencia de consumo de drogas	Presencia de consumo de sustancias no legales por parte de uno más de los miembros de la familia que ha interferido en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales.	Presencia de consumo de drogas	-Si -No

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Calidad de la vivienda	Situación de la vivienda en sus componentes físicos tangibles: piso, techo y paredes.	Situación de la vivienda	-Adecuada -Inadecuada
Hacinamiento	Ocupación de una habitación por más de tres personas en las viviendas de las familias	Presencia de hacinamiento	-Si -No

### 4.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se respetó la sectorización histórica de la Parroquia: San Andrés, San José, San Antonio, Santa Teresita, El Salado, Centro Parroquial, Cristo del Consuelo, Ochoa León, Patamarca, Tixán, Bellavista, Xilón, San Andrés – Eucaliptos.

Para acceder a las fichas familiares se contó con la aprobación del Médico Director del Subcentro de Salud de la Parroquia Chiquintad.

Se agrupó 877 fichas familiares de acuerdo a los sectores mencionados, y con la información contenida en ellas se procedió a construir una base de datos codificando las escalas de las variables, en el software SPSS versión 15 instalado en un computador Toshiba Intel Core i5.

Se procedió a procesar la información utilizando tablas y gráficos y estadística descriptiva de acuerdo a los objetivos de la investigación.

#### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Características generales de la población de la Parroquia Chiquintad

Las familias estudiadas fueron 877.

#### 5.1.1. Edad y sexo de los jefes de las familias

Tabla No. 1

Distribución de 877 jefes de familia según sexo y edad en años.

EDAD EN AÑOS	SEXO				Total	
	HOMBRE		MUJER		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
17 a 26	45	5.1	3	0.3	48	5.5
27 a 36	136	15.5	37	4.2	173	19.7
37 a 46	122	13.9	50	5.7	172	19.6
47 a 56	100	11.4	57	6.5	157	17.9
57 a 66	95	10.8	39	4.4	134	15.3
67 a 76	70	8.0	33	3.8	103	11.7
77 a 86	42	4.8	14	1.6	56	6.4
87 a 96	25	2.9	9	1.0	34	3.9
Total	635	72.4	242	27.6	877	100.0

La mayor parte de jefes de familias con hombres (72.4%); si se considera el rango de edad de 27 a 56 años se supera el 50% de jefes de familia adultos jóvenes, tanto hombres como mujeres. Una cuarta parte aproximadamente, son adultos mayores.

#### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldine Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 5.1.2. Tipo de familia y sexo del jefe de familia

Tabla No. 2

Distribución de 877 jefes de familia según sexo y tipo de familia.

TIPO DE FAMILIA	SEXO DEL JEFE DE FAMILIA				Total	
	Hombre		Mujer		Frec.	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Estructurada	504	93.5	35	6.5	539	100.0
Desestructurada	131	38.8	207	61.2	338	100.0
Total	635	72.4	242	27.6	877	100.0

Si se considera por separado las familias, en las estructuradas los hombres son los que ejercen la jefatura en el 93.5%; mientras que entre las desestructuradas las mujeres son quienes ejercen mayoritariamente el rol de jefe (61.2%) aunque el número de hombres es importante (38.8%).

### 5.2. SITUACIÓN DE SALUD EN LAS FAMILIAS DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD

Inicialmente se presenta la información sobre la situación nutricional, considerando que la nutrición es un elemento con múltiples factores asociados, entre los cuales, los socioeconómicos y los higiénico sanitarios tienen un peso preponderante.

#### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.2.1. Situación nutricional en las familias

Tabla No. 3

Distribución de 877 familias según sector y estado nutricional.

SECTOR DE LA PARROQUIA	ESTADO NUTRICIONAL										Total	
	Bajo peso		Peso normal		Sobrepeso		Obesidad 1		Obesidad 2		Total	
	No. Familia	%	No. Familia	%	No. Familia	%	No. Familia	%	No. Familia	%	No. Familia	%
Tixán	37	31.6	54	46.2	24	20.5	1	.9	1	.9	117	100.0
Centro Parroquial	5	5.1	68	68.7	21	21.2	2	2.0	3	3.0	99	100.0
Bellavista	12	13.5	66	74.2	9	10.1	2	2.2	0	.0	89	100.0
El Salado	10	11.9	49	58.3	22	26.2	1	1.2	2	2.4	84	100.0
Patamarca	11	13.6	47	58.0	17	21.0	3	3.7	3	3.7	81	100.0
Ochoa León	13	17.6	40	54.1	19	25.7	2	2.7	0	.0	74	100.0
San José	8	11.4	51	72.9	11	15.7	0	.0	0	.0	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	23	41.8	20	36.4	10	18.2	2	3.6	0	.0	55	100.0
Santa Teresita	7	13.2	25	47.2	16	30.2	3	5.7	2	3.8	53	100.0
San Antonio	21	42.0	20	40.0	7	14.0	1	2.0	1	2.0	50	100.0
San Andrés	5	11.9	33	78.6	3	7.1	1	2.4	0	.0	42	100.0
Cristo del Consuelo	0	.0	27	71.1	8	21.1	3	7.9	0	.0	38	100.0
Xilón	5	20.0	17	68.0	2	8.0	0	.0	1	4.0	25	100.0
Total	157	17.9	517	59.0	169	19.3	21	2.4	13	1.5	877	100.0

Los problemas nutricionales, tanto por déficit como por exceso, tienden a incrementarse a nivel mundial; en el caso de Chiquintad, más del 40% de la población se ubica en estas condiciones; la frecuencia de familias es mayor entre quienes están sobre lo normal correspondiendo el mayor porcentaje al sobrepeso (19 correspondiendo el mayor porcentaje al sobrepeso (19%) problema que se hace más notorio entre las familias de Santa Teresita (30.2%) y Ochoa León (25.7%). El déficit nutricional afecta al 42% de familias de San Antonio y al 41.8% de San Andrés – Eucaliptos.

AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**5.2.2. Presencia de esquema incompleto de vacunación en los niños de las familias de Chiquintad**

Tabla No. 4

Distribución de 877 familias según sector y esquema incompleto de vacunación.

SECTOR DE LA PARROQUIA	ESQUEMA INCOMPLETO		Total	
	No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	30	25.6	117	100.0
Centro Parroquial	7	7.1	99	100.0
Bellavista	7	7.9	89	100.0
El Salado	13	15.5	84	100.0
Patamarca	5	6.2	81	100.0
Ochoa León	8	10.8	74	100.0
San José	13	18.6	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	14	25.5	55	100.0
Santa Teresita	5	9.4	53	100.0
San Antonio	19	38.0	50	100.0
San Andrés	1	2.4	42	100.0
Cristo del Consuelo	4	10.5	38	100.0
Xilón	1	4.0	25	100.0
Total	127	14.5	877	100.0

Las vacunas incorporadas al esquema de vacunación definido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, son gratuitas. Hay que señalar que cuando se levantó la información en las fichas familiares se revisó el carné de salud infantil donde se registra el cumplimiento del esquema y, si a ese momento éste estaba incompleto se lo registró como tal, independiente del poco o mucho tiempo que distaba de la fecha que el niño debía recibir sus inmunizaciones, por lo que la información que se presenta es relativa. Los porcentajes mayores están en Tixan (30%) y San Antonio (19%).

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**5.2.3. Presencia de problemas de salud materna en las familias de Chiquintad**

Tabla No. 5

Distribución de 877 familias según sector y problemas de salud materna.

SECTORES DE LA PARROQUIA	TOTAL DE FAMILIAS POR SECTOR	PROBLEMAS DE SALUD MATERNA													
		EMBARAZOS MÚLTIPLES		EMBARAZOS COMPLICADOS		TENER MÁS DE 35 AÑOS		TENER MENOS DE 19 AÑOS		ECLAMPSIA		BAJO PESO		PRECLAMPSIA	
		No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias
Tixán	117	1	0.9	4	3.4	0	0.0	4	3.4	2	1.7	4	3.4	3	2.6
Centro Parroquial	99	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0	2	2.0	1	1.0
Bellavista	89	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	0	0.0	2	2.2	0	0.0
El Salado	84	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.2	0	0.0	4	4.8	1	1.2
Patamarca	81	1	1.2	4	4.9	2	2.5	7	8.6	1	1.2	4	4.9	3	3.7
Ochoa León	74	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	9.5	1	1.4	6	8.1	2	2.7
San José	70	0	0.0	1	1.4	1	1.4	2	2.9	0	0.0	3	4.3	3	4.3
San Andrés (Eucaliptos)	55	0	0.0	1	1.8	0	0.0	3	5.5	0	0.0	2	3.6	0	0.0
Santa Teresita	53	0	0.0	3	5.7	0	0.0	2	3.8	0	0.0	4	7.5	1	1.9
San Antonio	50	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	6.0	1	2.0
San Andrés	42	0	0.0	1	2.4	2	4.8	1	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cristo del Consuelo	38	1	2.6	1	2.6	0	0.0	5	13.2	1	2.6	0	0.0	2	5.3
Xilón	25	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	877	4	0.5	15	1.7	5	0.6	35	4.0	5	0.6	34	3.9	17	1.9

En varias familias se presentó más de un problema.

Según las fichas familiares, los embarazos múltiples han dejado de ser un problema mayor en la Parroquia Chiquintad (0.5%), quizá esto se deba a que la regulación de la fecundidad va dejando de ser un aspecto visto negativamente por la población, como también, el mayor acceso a la anticoncepción. El embarazo en edades tempranas es notorio en la Parroquia y se presenta en el 4% de todas las familias, posiblemente esto esté relacionado con otros problemas como el bajo peso de la embarazada (3.9%), y los embarazos complicados (1.7%), que representan importantes porcentajes en lo que a salud materna se refiere; los sectores de mayor incidencia son Cristo del Consuelo (13.2% de toda la Parroquia), Ochoa León (9.5%) y Patamarca (8.6%).

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.2.4. Presencia de enfermedades crónicas en las familias de Chiquintad

Tabla No. 6

Distribución de 877 familias según sector y enfermedades crónicas.

SECTORES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD	TOTAL DE FAMILIAS POR SECTOR	ENFERMEDADES CRÓNICAS																	
		Diabetes		Enf. Cardio vasculares		Enf. Cerebro vasculares		Hipertensión arterial		Cáncer		Problemas articulares		Asma		Bronquitis crónica		Rinitis alérgica	
		No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias	No. Familias	% Familias
Tixán	117	9	7.7	3	2.6	1	0.9	32	27.4	3	2.6	20	17.1	19	16.2	4	3.4	4	3.4
Centro Parroquial	99	18	18.2	5	5.1	0	0.0	26	26.3	4	4.0	10	10.1	9	9.1	4	4.0	2	2.0
Bellavista	89	5	5.6	0	0.0	0	0.0	17	19.1	1	1.1	13	14.6	13	14.6	4	4.5	3	3.4
El Salado	84	4	4.8	2	2.4	1	1.2	26	31.0	0	0.0	10	11.9	3	3.6	2	2.4	3	3.6
Patamarca	81	5	6.2	2	2.5	0	0.0	20	24.7	0	0.0	15	18.5	7	8.6	5	6.2	5	6.2
Ochoa León	74	4	5.4	2	2.7	0	0.0	16	21.6	0	0.0	9	12.2	7	9.5	3	4.1	3	4.1
San José	70	3	4.3	4	5.7	0	0.0	7	10.0	0	0.0	10	14.3	3	4.3	2	2.9	2	2.9
San Andrés (Eucaliptos)	55	9	16.4	1	1.8	0	0.0	15	27.3	1	1.8	12	21.8	7	12.7	2.0	3.6	0	0.0
Santa Teresita	53	4	7.5	5	9.4	0	0.0	14	26.4	0	0.0	10	18.9	4	7.5	2	3.8	1	1.9
San Antonio	50	3	6.0	0	0.0	0	0.0	12	24.0	1	2.0	7	14.0	3	6.0	3	6.0	0	0.0
San Andrés	42	2	4.8	0	0.0	1	2.4	14	33.3	0	0.0	8	19.0	5	11.9	2	4.8	0	0.0
Cristo del Consuelo	38	4	10.5	1	2.6	0	0.0	7	18.4	0	0.0	7	18.4	3	7.9	1	2.6	2	5.3
Xilón	25	2	8.0	3	12.0	1	4.0	3	12.0	0	0.0	7	28.0	4	16.0	2	8.0	0	0.0
TOTAL	877	72	8.2	28	3.2	4	0.5	209	23.8	10	1.1	138	15.7	87	9.9	36	4.1	25	2.9

Generalmente, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares están asociadas a la hipertensión arterial (HTA), y en la Parroquia Chiquintad, entre las tres aportan con un 27.5% a las familias que tienen entre sus miembros, individuos con enfermedades crónicas; la HTA tiene una frecuencia elevada en todos los sectores. Los problemas articulares parecen ser más sentidos entre la población; después de la HTA, es el problema crónico más notorio en todos los sectores. Es necesario señalar que en algunos casos coexisten enfermedades, de allí que no se pueda presentar el porcentaje total de las enfermedades crónicas, ni por sector, ni general de la Parroquia.

Es posible que el asma, enfermedad con una importante frecuencia en los sectores y en la Parroquia, conjuntamente con la bronquitis crónica y la rinitis, tengan alguna relación con la contaminación ambiental, a pesar que el impacto ecológico no sea tan notorio en Chiquintad.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**5.2.5. Presencia de discapacidad y salud mental en las familias de Chiquintad**

Tabla No. 7

Distribución de 877 familias según sector, discapacidad y salud mental.

SECTORES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD	TOTAL DE FAMILIAS POR SECTOR	Discapacidad		Trans. Mentales	
		No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	117	18	15.4	2	1.7
Centro Parroquial	99	13	13.1	0	0.0
Bellavista	89	8	9.0	2	2.2
El Salado	84	5	6.0	2	2.4
Patamarca	81	10	12.3	3	3.7
Ochoa León	74	7	9.5	0	0.0
San José	70	8	11.4	0	0.0
San Andrés (Eucaliptos)	55	7	12.7	2	3.6
Santa Teresita	53	4	7.5	2	3.8
San Antonio	50	1	2.0	0	0.0
San Andrés	42	5	11.9	2	4.8
Cristo del Consuelo	38	2	5.3	1	2.6
Xilón	25	5	20.0	1	4.0
TOTAL	877	93	10.6	17	1.9

El levantamiento de la información a través de las fichas familiares permite observar que la discapacidad se presenta como algo regular en Chiquintad; si bien San Antonio no parece estar tan afectado, Xilón y Tixán dejan ver una situación complicadas por el porcentaje de familias que tienen miembros con este problema.

El abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas, a pesar de ser un problema relacionado con la salud mental, se lo presenta por separado; esta es la realidad de las familias en Chiquintad, al respecto:

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.2.6. Violencia, alcoholismo y drogadicción en las familias de Chiquintad

Tabla No. 8

Distribución de 877 familias según sector y presencia de violencia doméstica, alcoholismo y drogadicción.

SECTORES DE LA PARROQUIA	TOTAL DE FAMILIAS POR SECTOR	Violencia doméstica		Alcoholismo		Drogadicción	
		No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	117	15	12.8	17	14.5	11	9.4
Centro Parroquial	99	9	9.1	3	3.0	2	2.0
Bellavista	89	7	7.9	8	9.0	2	2.2
El Salado	84	10	11.9	5	6.0	1	1.2
Patamarca	81	11	13.6	7	8.6	2	2.5
Ochoa León	74	11	14.9	8	10.8	3	4.1
San José	70	8	11.4	3	4.3	2	2.9
San Andrés (Eucaliptos)	55	8	14.5	6	10.9	3	5.5
Santa Teresita	53	5	9.4	6	11.3	0	0.0
San Antonio	50	5	10.0	6	12.0	4	8.0
San Andrés	42	2	4.8	3	7.1	1	2.4
Cristo del Consuelo	38	7	18.4	4	10.5	0	0.0
Xilón	25	0	0.0	1	4.0	0	0.0
Total	877	98	11.2	77	8.8	31	3.5

No se puede identificar un patrón de comportamiento en relación con el número de pobladores; Xilón es el sector con menor número de familias y prácticamente, no presenta problemas de esta naturaleza, sin embargo Cristo del Consuelo tiene 38, y la violencia doméstica y el alcoholismo afectan a un importante porcentaje de familias. Algo similar sucede en lo referente a la drogadicción cuando se observa la realidad de Tixán y San Antonio.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.3.SITUACIÓN DE RIESGO DE LAS FAMILIAS DE LA PARROQUIA

CHIQUINTAD

5.3.1. Familias por sector y nivel de riesgo

Tabla No. 9

Distribución de 877 de familias por sector y nivel de riesgo.

SECTORES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD	NIVEL DE RIESGO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		No. Familias	%
	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%		
Tixán	63	7.2	54	6.2	0	0.0	117	13.3
Centro Parroquial	94	10.7	5	0.6	0	0.0	99	11.3
Bellavista	61	7.0	27	3.1	1	0.1	89	10.1
El Salado	79	9.0	5	0.6	0	0.0	84	9.6
Patamarca	72	8.2	9	1.0	0	0.0	81	9.2
Ochoa León	63	7.2	11	1.3	0	0.0	74	8.4
San José	66	7.5	4	0.5	0	0.0	70	8.0
San Andrés (Eucaliptos)	28	3.2	27	3.1	0	0.0	55	6.3
Santa Teresita	45	5.1	8	0.9	0	0.0	53	6.0
San Antonio	38	4.3	12	1.4	0	0.0	50	5.7
San Andrés	30	3.4	12	1.4	0	0.0	42	4.8
Cristo del Consuelo	31	3.5	7	0.8	0	0.0	38	4.3
Xilón	14	1.6	10	1.1	1	0.1	25	2.9
TOTAL	684	78.0	191	21.8	2	0.2	877	100

La tabla No. 9 está en relación con toda la Parroquia. Todas las familias de Chiquintad están expuestas a algún nivel de riesgo, sin embargo, la situación es más crítica para aproximadamente la tercera parte de ellas que se ubican entre medio y alto. Los sectores más afectados con riesgo medio son Tixán (6.2%), Bellavista (3.1%) y San Andrés – Eucaliptos (3.1%). Riesgo alto se presenta en Bellavista y Xilón, ambos con un caso que representa el 0.2% entre todas las familias.

En el sector San Andrés – Eucaliptos, prácticamente la mitad de las familias están en el nivel medio de riesgo (49.1%); una situación similar se da en Tixán(46.2%) donde se ubica gran parte de la población. Tienen importantes

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

porcentaje en este nivel de riesgo Xilón (40.%), Bellavista (30.3%), San Andrés (28.6%), San Antonio (24.0%) y Cristo del Consuelo (18.4) tienen también importantes porcentajes. En lo que se refiere a alto riesgo, los dos casos tienen un peso distinto en sus sectores, En Bellavista corresponde a 1.1% mientras que en Xilón es del 4.0%. El Centro Parroquial (5.1%), El Salado (6.0%) y San José (5.7%), son los sectores menos afectados.

### 5.3.2. Familias y tipo de riesgo al que están expuestas en Chiquintad

Tabla No. 10

Distribución de 877 familias según sector y tipo de riesgo.

SECTOR DE LA PARROQUIA	NÚMERO DE FAMILIAS POR SECTOR	RIESGO SOCIOECONÓMICOS		RIESGO HIGIENICO SANITARIOS		RIESGO BIOLÓGICO	
		No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	117	72	61.5	117	100.0	57	48.7
Centro Parroquial	99	35	35.4	69	69.7	29	29.3
Bellavista	89	43	48.3	89	100.0	21	23.6
El Salado	84	30	35.7	67	79.8	29	34.5
Patamarca	81	17	21.0	63	77.8	27	33.3
Ochoa León	74	30	40.5	74	100.0	25	33.8
San José	70	32	45.7	56	80.0	17	24.3
San Andrés (Eucaliptos)	55	38	69.1	55	100.0	30	54.5
Santa Teresita	53	19	35.8	47	88.7	21	39.6
San Antonio	50	23	46.0	49	98.0	26	52.0
San Andrés	42	9	21.4	38	90.5	8	19.0
Cristo del Consuelo	38	10	26.3	33	86.8	11	28.9
Xilón	25	11	44.0	24	96.0	7	28.0
Total de la Parroquia	877	369	42.1	781	89.1	308	35.1

El riesgo socioeconómico afecta a cerca de la mitad de las familias siendo en los sectores San Andrés – Eucaliptos (69.1%) y Tixan (61.5%), donde la situación es más crítica, a pesar que todos están afectados en importantes proporciones; Patamarca tiene el 21% de familias en esta condición y es el de menor porcentaje de afectación. El riesgo higiénico sanitario es un problema general para toda la Parroquia. Más de la tercera parte de las familias tienen riesgo biológico; sobresalen aquí San Andrés – Eucaliptos (54.5%), San

#### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Antonio (52%) y Tixán 48.7%); San Andrés es el sector menos afectado con un 19%.

A continuación se amplían las características de los tipos de riesgo en la población.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## 5.4. RIESGO SOCIOECONÓMICO EN LAS FAMILIAS DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD

Chiquintad ha sido una parroquia en la que el movimiento migratorio ha sido muy importante; esto ha modificado el tipo de familia predominante. Las fichas familiares consideran su estructura; cuando ésta sufre cambios, también se altera la jefatura del hogar, los ingresos económicos, la ocupación del jefe de familia.

### 5.4.1. Tipo de familia y sector de ubicación de las familias en Chiquintad

Tabla No. 11

Distribución de 877 familias por sector y tipo de familia.

SECTORES DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD	TIPO DE FAMILIA				TOTAL	
	Estructurada		Desestructurada		No. Familias	%
	No. Familias	%	No. Familias	%		
Tixán	70	59.8	47	40.2	117	100.0
Centro Parroquial	66	66.7	33	33.3	99	100.0
Bellavista	52	58.4	37	41.6	89	100.0
El Salado	51	60.7	33	39.3	84	100.0
Patamarca	58	71.6	23	28.4	81	100.0
Ochoa León	41	55.4	33	44.6	74	100.0
San José	45	64.3	25	35.7	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	32	58.2	23	41.8	55	100.0
Santa Teresita	30	56.6	23	43.4	53	100.0
San Antonio	32	64.0	18	36.0	50	100.0
San Andrés	27	64.3	15	35.7	42	100.0
Cristo del Consuelo	24	63.2	14	36.8	38	100.0
Xilón	11	44.0	14	56.0	25	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>539</b>	<b>61.5</b>	<b>338</b>	<b>38.5</b>	<b>877</b>	<b>100.0</b>

El porcentaje de familias desestructuradas es elevado (38.5%). El caso de Xilón es el más llamativo (56%); en Patamarca, aparentemente la situación no se ha dado en el mismo nivel a pesar que también la desestructuración es importante (28.4%).

La situación económica de las familias de la Parroquia Chiquintad, en su mayoría, es complicada. Se puede señalar que el 60.9% tienen un ingreso

#### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Gerdalinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

económico que llega a un máximo de 240 dólares que es el mínimo vital; en una quinta parte de la población (19.4%) general no se alcanza este nivel.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.4.2. Familias por sector y nivel de ingreso económico en Chiquintad

Tabla No. 12

Distribución de 877 familias según sector y nivel de ingreso económico.

SECTOR DE LA PARROQUIA	INGRESOS ECONÓMICOS								Total	
	Salario menor al mínimo vital		Salario mínimo vital		Salario básico		Salario sobre el básico			
	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	28	23.9	68	58.1	20	17.1	1	.9	117	100.0
Centro Parroquial	19	19.2	36	36.4	36	36.4	8	8.1	99	100.0
Bellavista	14	15.7	41	46.1	29	32.6	5	5.6	89	100.0
El Salado	14	16.7	38	45.2	29	34.5	3	3.6	84	100.0
Patamarca	11	13.6	19	23.5	36	44.4	15	18.5	81	100.0
Ochoa León	9	12.2	29	39.2	35	47.3	1	1.4	74	100.0
San José	10	14.3	34	48.6	24	34.3	2	2.9	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	23	41.8	22	40.0	9	16.4	1	1.8	55	100.0
Santa Teresita	10	18.9	19	35.8	23	43.4	1	1.9	53	100.0
San Antonio	10	20.0	30	60.0	8	16.0	2	4.0	50	100.0
San Andrés	10	23.8	3	7.1	21	50.0	8	19.0	42	100.0
Cristo del Consuelo	4	10.5	16	42.1	14	36.8	4	10.5	38	100.0
Xilón	8	32.0	9	36.0	6	24.0	2	8.0	25	100.0
TOTAL	170	19.4	364	41.5	290	33.1	53	6.0	877	100.0

Los sectores San Andrés – Eucaliptos y Xilón son los más afectados por la pobreza con un 41.8% y 32.0% respectivamente, de familias con ingresos menores al salario mínimo vital, seguidos de Tixán con el 23.9%. Se mencionó que Chiquintad era una de las parroquias que mayor movimiento migratorio en el Cantón Cuenca y en la Provincia del Azuay, sin embargo, no es posible observar en general, el beneficio de las remesas puesto que solo un 6% tienen ingresos sobre el salario básico. San Andrés y Patamarca son los sectores que mayor porcentaje de familias con un ingreso superior al salario básico (19.0% y 18.% respectivamente), lo cual posiblemente se deba a su cercanía con la Ciudad de Cuenca, concentra ciudadelas y urbanizaciones de personas que han buscado alejarse del movimiento ciudadano.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldine Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.4.3. Educación del jefe de familia y ubicación en Chiquintad

Tabla No. 13

Distribución de 877 familias según sector y nivel de educación de los jefes de familia.

SECTOR DE LA PARROQUIA	NIVEL DE EDUCACION DEL JEFE DE FAMILIA														Total	
	Analfabeto		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Superior incompleta		Superior completa		No. Familias	%
	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%		
Tixán	25	21.4	58	49.6	26	22.2	2	1.7	5	4.3	1	.9	0	.0	117	100.0
Centro Parroquial	8	8.1	32	32.3	37	37.4	2	2.0	14	14.1	4	4.0	2	2.0	99	100.0
Bellavista	20	22.5	19	21.3	36	40.4	3	3.4	9	10.1	1	1.1	1	1.1	89	100.0
El Salado	11	13.1	21	25.0	37	44.0	6	7.1	9	10.7	0	.0	0	.0	84	100.0
Patamarca	12	14.8	6	7.4	30	37.0	3	3.7	17	21.0	0	.0	13	16.0	81	100.0
Ochoa León	12	16.2	12	16.2	38	51.4	2	2.7	9	12.2	0	.0	1	1.4	74	100.0
San José	8	11.4	27	38.6	33	47.1	0	.0	2	2.9	0	.0	0	.0	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	14	25.5	31	56.4	6	10.9	4	7.3	0	.0	0	.0	0	.0	55	100.0
Santa Teresita	11	20.8	20	37.7	20	37.7	1	1.9	0	.0	1	1.9	0	.0	53	100.0
San Antonio	8	16.0	21	42.0	20	40.0	1	2.0	0	.0	0	.0	0	.0	50	100.0
San Andrés	8	19.0	3	7.1	21	50.0	1	2.4	4	9.5	0	.0	5	11.9	42	100.0
Cristo del Consuelo	4	10.5	4	10.5	20	52.6	1	2.6	5	13.2	1	2.6	3	7.9	38	100.0
Xilón	7	28.0	4	16.0	12	48.0	0	.0	1	4.0	0	.0	1	4.0	25	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>16.9</b>	<b>258</b>	<b>29.4</b>	<b>336</b>	<b>38.3</b>	<b>26</b>	<b>3.0</b>	<b>75</b>	<b>8.6</b>	<b>8</b>	<b>.9</b>	<b>26</b>	<b>3.0</b>	<b>877</b>	<b>100.0</b>

Patamarca, San Andrés y Cristo del Consuelo presentan una realidad educativa de los jefes de familia en mejor condición, les corresponde porcentajes del 16.0%, 11.9% y 7.9% respectivamente, que tienen un título universitario. La situación es crítica en Xilón, San Andrés - Eucaliptos, Bellavista, Tixán, Santa Teresita, donde alrededor de la cuarta parte de jefes de familiar son analfabetos. En general, en el Parroquia Chiquintad no se puede apreciar un nivel de educación adecuado entre los jefes de familia. Los sectores mencionados son en los que se presenta un nivel de riesgo mayor a los otros.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.4.4. Ocupación del jefe de familia y sector de ubicación en Chiquintad

Tabla No. 14

Distribución de 877 familias según sector y ocupación de los jefes de familia.

SECTOR DE LA PARROQUIA	OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA																				Total	
	Desocupado		Empleado		Agricultor		Obrero		Negocio propio		Trabajo informal		Artesano		Jubilado		Empresario		Otro		No. Familia	%
	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%		
Tixán	32	27.4	6	5.1	20	17.1	19	16.2	2	1.7	13	11.1	5	4.3	2	1.7	1	.9	17	14.5	117	100.0
Centro Parroquial	26	26.3	22	22.2	11	11.1	5	5.1	5	5.1	0	.0	3	3.0	6	6.1	0	.0	21	21.2	99	100.0
Bellavista	23	25.8	8	9.0	9	10.1	19	21.3	3	3.4	5	5.6	11	12.4	1	1.1	0	.0	10	11.2	89	100.0
El Salado	26	31.0	13	15.5	15	17.9	7	8.3	6	7.1	0	.0	0	.0	3	3.6	0	.0	14	16.7	84	100.0
Patamarca	12	14.8	29	35.8	1	1.2	5	6.2	10	12.3	1	1.2	2	2.5	0	.0	3	3.7	18	22.2	81	100.0
Ochoa León	23	31.1	12	16.2	4	5.4	10	13.5	7	9.5	4	5.4	2	2.7	1	1.4	0	.0	11	14.9	74	100.0
San José	18	25.7	10	14.3	17	24.3	8	11.4	3	4.3	2	2.9	2	2.9	2	2.9	0	.0	8	11.4	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	25	45.5	5	9.1	4	7.3	6	10.9	1	1.8	7	12.7	0	.0	0	.0	0	.0	7	12.7	55	100.0
Santa Teresita	14	26.4	13	24.5	7	13.2	4	7.5	3	5.7	0	.0	1	1.9	2	3.8	1	1.9	8	15.1	53	100.0
San Antonio	13	26.0	2	4.0	22	44.0	7	14.0	2	4.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	4	8.0	50	100.0
San Andrés	12	28.6	9	21.4	4	9.5	2	4.8	5	11.9	3	7.1	1	2.4	0	.0	0	.0	6	14.3	42	100.0
Cristo del Consuelo	5	13.2	13	34.2	0	.0	4	10.5	4	10.5	0	.0	3	7.9	0	.0	1	2.6	8	21.1	38	100.0
Xilón	3	12.0	2	8.0	11	44.0	3	12.0	0	.0	3	12.0	1	4.0	0	.0	0	.0	2	8.0	25	100.0
Total	232	26.5	144	16.4	125	14.3	99	11.3	51	5.8	38	4.3	31	3.5	17	1.9	6	.7	134	15.3	877	100.0

Llama la atención el hecho de que más de la cuarta parte de los jefes de familia de la Parroquia Chiquintad estén desocupados, se podría señalar que la situación ocupacional está relacionada con el nivel educativo de la población (46.3% de los jefes de familias analfabetos o con primaria incompleta); con excepción de Xilón, Cristo del Consuelo y Patamarca, que tienen un porcentaje de 12.0%, 13.2%, y 14.8% de desocupación respectivamente, la falta de trabajo se refleja en cada uno de los sectores siendo los más críticos San Andrés – Eucaliptos (45.5%) que tiene el mayor porcentaje de familias con riesgo medio, Ochoa León (31.1%) y el Salado (31.0%). Un importante porcentaje lo constituyen los empleados que se concentran en los sectores cercanos a la Ciudad. Los agricultores se concentran en San Antonio y Xilón, ambos con un 44% de jefes de familia dedicados a esta actividad, el segundo de ellos tiene un 40% de sus familias en condición de riesgo medio.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

5.4.5. Familias en hacinamiento en Chiquintad

Tabla No. 15

Distribución de 877 familias según sector y condición de hacinamiento.

SECTOR DE LA PARROQUIA	HACINAMIENTO		Total	
	No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	60	51.3	117	100.0
Centro Parroquial	32	32.3	99	100.0
Bellavista	24	27.0	89	100.0
El Salado	22	26.2	84	100.0
Patamarca	15	18.5	81	100.0
Ochoa León	22	29.7	74	100.0
San José	27	38.6	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	34	61.8	55	100.0
Santa Teresita	13	24.5	53	100.0
San Antonio	13	26.0	50	100.0
San Andrés	3	7.1	42	100.0
Cristo del Consuelo	7	18.4	38	100.0
Xilón	2	8.0	25	100.0
Total	274	31.2	877	100.0

El nivel de educación, la ocupación, y los ingresos económicos, son aspectos que se reflejan en otros como el hacinamiento, es decir, más de tres personas por habitación. La tercera parte de la población están en esa condición; San Andrés – Eucaliptos (61.8%) y Tixán (51.3%), sectores en los que el riesgo medio afecta a un alto porcentaje de familias, son los que más sufren esta situación inadecuada. San Andrés (7.1%) y Xilón(8%) son los menos afectados. El 100% de las viviendas de Chiquintad están en condiciones inadecuadas para habitarlas.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**5.5. RIESGO HIGIÉNICO SANITARIO EN LAS FAMILIAS DE LA PARROQUIA CHIQUINTAD**

**5.5.1. Disponibilidad de agua potable por parte de las familias en Chiquintad**

Cabe señalar que en la Parroquia no se cuenta con agua potable, de allí que el 100% de familias no la poseen, constituyendo un factor de riesgo para todos.

La situación en otros servicios higiénico sanitarios tampoco es de lo mejor como se podrá apreciar en las siguientes tablas.

**5.5.2. Sistema de eliminación de excretas que poseen las familias y ubicación por sector en Chiquintad**

Tabla No. 16

Distribución de 877 familias según sector y servicio de eliminación de excretas.

SECTOR DE LA PARROQUIA	ELIMINACION DE EXCRETAS									
	Conectado al alcantarillado		Pozo séptico		No dispone de sistema		Otros		Total	
	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	0	.0	111	94.9	5	4.3	1	.9	117	100.0
Centro Parroquial	29	29.3	68	68.7	2	2.0	0	.0	99	100.0
Bellavista	0	.0	74	83.1	15	16.9	0	.0	89	100.0
El Salado	26	31.0	52	61.9	6	7.1	0	.0	84	100.0
Patamarca	18	22.2	63	77.8	0	.0	0	.0	81	100.0
Ochoa León	0	.0	40	54.1	32	43.2	2	2.7	74	100.0
San José	14	20.0	52	74.3	4	5.7	0	.0	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	0	.0	53	96.4	2	3.6	0	.0	55	100.0
Santa Teresita	7	13.2	43	81.1	3	5.7	0	.0	53	100.0
San Antonio	1	2.0	48	96.0	1	2.0	0	.0	50	100.0
San Andrés	5	11.9	26	61.9	9	21.4	2	4.8	42	100.0
Cristo del Consuelo	5	13.2	21	55.3	12	31.6	0	.0	38	100.0
Xilón	1	4.0	10	40.0	12	48.0	2	8.0	25	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>12.1</b>	<b>661</b>	<b>75.4</b>	<b>103</b>	<b>11.7</b>	<b>7</b>	<b>.8</b>	<b>877</b>	<b>100.0</b>

Quienes poseen el servicio de alcantarillado están en el centro parroquial o en los sectores aledaños, o cercanos a la red de la Ciudad de Cuenca. Parte de la

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

calificación de las viviendas como inadecuadas se debe a que prima el pozo séptico (75.4% en toda la Parroquia). Los sectores más críticos por no disponer de sistema alguno en un alto porcentaje son Xilón (48%) y Patamarca (43.2%).

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**5.5.3. Disposición de basuras que realizan las familias y ubicación por sector en Chiquintad**

Tabla No. 17

Distribución de 877 familias por sector y servicio de disposición de basuras.

SECTOR DE LA PARROQUIA	TIPO DE ELIMINACION DE BASURA								Total	
	Por medio del carro recolector		Quema la basura		Arroja la basura a campo abierto		Otros		Total	
	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%	No. Familias	%
Tixán	10	8.5	86	73.5	19	16.2	2	1.7	117	100.0
Centro Parroquial	57	57.6	37	37.4	5	5.1	0	.0	99	100.0
Bellavista	17	19.1	59	66.3	11	12.4	2	2.2	89	100.0
El Salado	33	39.3	44	52.4	7	8.3	0	.0	84	100.0
Patamarca	65	80.2	15	18.5	1	1.2	0	.0	81	100.0
Ochoa León	36	48.6	30	40.5	6	8.1	2	2.7	74	100.0
San José	31	44.3	36	51.4	3	4.3	0	.0	70	100.0
San Andrés (Eucaliptos)	3	5.5	45	81.8	6	10.9	1	1.8	55	100.0
Santa Teresita	26	49.1	18	34.0	8	15.1	1	1.9	53	100.0
San Antonio	9	18.0	36	72.0	4	8.0	1	2.0	50	100.0
San Andrés	23	54.8	17	40.5	2	4.8	0	.0	42	100.0
Cristo del Consuelo	20	52.6	17	44.7	1	2.6	0	.0	38	100.0
Xilón	2	8.0	18	72.0	5	20.0	0	.0	25	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>332</b>	<b>37.9</b>	<b>458</b>	<b>52.2</b>	<b>78</b>	<b>8.9</b>	<b>9</b>	<b>1.0</b>	<b>877</b>	<b>100.0</b>

Más del 60% de las familias deben buscar una manera de disponer de los desechos sólidos que producen, y las formas que utilizan contaminan el ambiente; los casos más críticos donde se quema la basura son San Andrés – Eucaliptos (81.8%), Tixan (73.5%), San Antonio (72%), Xilón (72%), Bellavista (66.3%) y El Salado (52.4%), sin embargo, el resto de sectores presentan porcentajes altos.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**5.5.4. Tenencia de animales intradomiciliarios por parte de las familias y sector de ubicación en Chiquintad**

Tabla No. 18

Distribución de 877 familias por sector y tenencia de animales intradomiciliarios.

SECTOR DE LA PARROQUIA	No. Familias	%
Tixán	95	81.2
Centro Parroquial	49	49.5
Bellavista	44	49.4
El Salado	26	31.0
Patamarca	24	29.6
Ochoa León	16	21.6
San José	27	38.6
San Andrés (Eucaliptos)	24	43.6
Santa Teresita	24	45.3
San Antonio	14	28.0
San Andrés	18	42.9
Cristo del Consuelo	14	36.8
Xilón	22	88.0
TOTAL	397	45.3

La tenencia de animales intradomiciliarios está muy arraigada en la población en general, la situación se vuelve más compleja cuando estos son numerosos, o se tienen otros que por sus condiciones no deben estar al interior de los espacios habitados por los humanos, lo que es observable en Chiquintad con frecuencia. En Xilón (88%) y Tixán (81.2%) el problema es más notorio en la mayoría de familias.

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**5.5.5. Impacto ecológico por industrias en las familias de Chiquintad y sector de ubicación**

Chiquintad, es una población que está muy cerca del denominado parque industrial de Cuenca, esta relación se ve de la siguiente manera:

Tabla No. 19

Distribución de 877 familias por sector e impacto ambiental por industrias.

SECTOR DE LA PARROQUIA	No. Familias	%
Tixán	5	4.3
Centro Parroquial	0	.0
Bellavista	10	11.2
El Salado	4	4.8
Patamarca	0	.0
Ochoa León	0	.0
San José	1	1.4
San Andrés (Eucaliptos)	0	.0
Santa Teresita	1	1.9
San Antonio	1	2.0
San Andrés	3	7.1
Cristo del Consuelo	7	18.4
Xilón	3	12.0
TOTAL	35	4.0

No se observa un impacto mayor, sin embargo, es posible identificar sectores donde la proporción de familias afectadas es importante, tal es el caso de Cristo del Consuelo (18.4%), Xilón(12.0%) y Bellavista (11.2%).

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 5.6. Síntesis

Alrededor de las tres cuartas partes de las familias en Chiquintad son estructuradas, quienes hacen el rol de jefes de familia en las desestructuradas son mujeres en un alto porcentaje, y, al igual que los jefes de familia hombres, son mayoritariamente adultos jóvenes.

El nivel de riesgo medio afecta a un porcentaje alto de las familias. Los sectores donde se concentran son San Andrés – Eucaliptos, Tixán, Xilón, Bellavista, San Andrés, San Antonio y Cristo del Consuelo.

El riesgo socioeconómico afecta acerca de la mitad de las familias de Chiquintad; en San Andrés – Eucaliptos y Tixán la situación es más crítica, los ingresos en su mayoría alcanzan 240 dólares, y una quinta parte no llegan a ese valor. La pobreza es mayor en San Andrés – Eucalipto, Xilón y Tixán.

En Xilón, San Andrés – Eucaliptos, Bellavista, Tixán, Santa Teresita, aproximadamente la cuarta parte de jefes de familia son analfabetos. La desocupación es más notoria en San Andrés – Eucaliptos, Ochoa León y El Salado.

La tercera parte de las familias están en condición de hacinamiento, es mayor en San Andrés – Eucaliptos y Tixán. Xilón es el sector donde la mayoría de familias son desestructuradas.

El riesgo higiénico sanitario es un problema general para toda la Parroquia. La totalidad de familias no tienen agua potable; prima el pozo séptico para la eliminación de excretas y en Xilón y Patamarca un importante porcentaje no tiene ningún sistema de eliminación. No se cuenta con servicio permanente de recolección de basura; en San Andrés – Eucaliptos, Tixán, San Antonio, Xilón, Bellavista y El Salado, las familias utilizan formas de disposición que afectan el medio ambiente. Xilón y Tixán son los sectores donde más familias tienen animales intradomiciliarios. Por otra parte, a pesar de la cercanía al parque

#### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

industrial son relativamente pocas las familias afectadas por el impacto ambiental.

Más de la tercera parte de las familias tienen riesgo biológico, especialmente en San Andrés – Eucaliptos, San Antonio y Tixán. La desnutrición y el sobrepeso conviven en Chiquintad; en el primer caso los sectores más afectados son Santa Teresita y Ochoa León; la carencia es más notoria en San Antonio y San Andrés – Eucaliptos. San Antonio y Tixán tienen un mayor porcentaje de niños con esquema incompleto de vacunación.

En salud materna, el embarazo en edades tempranas es un problema, se acompaña de bajo peso y embarazos complicados; los sectores de mayor incidencia son Cristo del Consuelo, Ochoa León y Patamarca.

La hipertensión arterial, las enfermedades cerebro vasculares y cardiovasculares están presente en aproximadamente, la tercera parte de las familias; la primera está presente en todos los sectores, después están los problemas articulares. Es posible que el asma, la bronquitis crónica y la rinitis estén relacionadas con el impacto ecológico por la cercanía al parque industrial.

Xilón y Tixán son los sectores que muestran una frecuencia mayor de discapacidad. La violencia doméstica es mayor en Cristo del Consuelo; el alcoholismo y la drogadicción muestran una importante frecuencia en Tixán y San Antonio.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## 6. DISCUSIÓN

Quienes cumplen el rol de jefes de familia en Chiquintad, en su gran mayoría están entre los 27 y 66 años de edad; el censo del 2010 muestra una mayor concentración de la población entre los 15 y los 64 años de edad(7). Si bien existen personas más jóvenes que pueden estar cumpliendo ese rol en la Parroquia en estudio, y que han sido agrupados entre los 17 y 26 años (5.5%), lo numeroso de los jefes de familia es coincidente con los grupos más concentrados que corresponden a los de edad intermedia de la población, según el último censo.

Existe un patrón cultural en el medio, donde quien asume el rol de jefe de familia es el hombre aun estando ausente, en familias de tipo estructurada; su separación da lugar a que sea la mujer quien ocupe cumpla con ese rol, esto influye para que la jefatura del hogar no refleje la composición según sexo de la población ecuatoriana, de la cual, entre separados, viudos y divorciados, representan un 10.6% (7); esto llevaría a pensar que un porcentaje similar de hogares debería tener jefatura femenina en Chiquintad, pero es mucho mayor, 27.6%, más cercano al 27.3% de personas que se trasladan fuera de la ciudad o parroquia para estudiar y/o trabajar según el censo del 2010. Cabe recordar que, la educación de las mujeres, progresa más lentamente, al igual que el acceso a las comunicaciones modernas y a actividades que requieren conocimientos especializados y que amplían los recursos intelectuales de las personas en los demás lugares (18), esto tiene una influencia directa sobre la salud de la familia que se vuelve más vulnerable incluso a hábitos como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la violencia, que juntos están presentes en un 23.5% de las familias de Chiquintad.

La migración es una realidad que muestra sus impactos en realidades como la señalada. Todavía no presenta niveles de desagregación más específicos en la gran encuesta nacional, así como de algunas variables como la migración, que podrían facilitar un mejor entendimiento de lo señalado.

### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

El nivel de educación del jefe de familia tiene mucho que ver con el nivel de riesgo que la afecta. Las fichas familiares de Chiquintad muestran un 16.9% de jefes analfabetos, muy superior al porcentaje nacional que es de 6.8%, lo cual posiblemente se deba a que el censo incluye a toda la población, donde la realidad se muestra diferente, sin embargo, el promedio nacional de años de escolaridad en el área rural es de 7.3(7); en Chiquintad, los jefes de familia categorizados en primaria incompleta y completa, que se vieran representados por el promedio nacional, son un total de 67.7%.

Es notorio que la situación educativa crítica no está distante de los sectores urbanos, incluso de los considerados más importantes; la cercanía de la Parroquia con la ciudad de Cuenca permite pensar que, en los lugares más alejados, se vive más críticamente, indicadores como un 26.5% de jefes desocupados y un 60.9% con ingresos que llegan como máximo al salario mínimo vital, muestran el impacto que tiene una baja escolaridad. Según la curva de Preston (18) que ha evaluado los ingresos económicos y la esperanza de vida, mostrando en 1975 una esperanza de vida de 48,8 años relacionada con un ingreso por habitante de 1000 dólares, incrementándose en cuatro años para el 2005 con el mismo ingreso económico; se señala que este incremento se debió a las mejoras en nutrición, educación, tecnologías sanitarias, capacidad institucional para obtener y utilizar la información, capacidad de la sociedad para utilizar la información en forma práctica; esto permite ver que, si bien es importante el nivel de ingresos, los otros determinantes tienen que mostrarse positivos.

Lo anterior se ve agravado más aún por cuanto, Latinoamérica tiene una de las distribuciones de ingresos más inequitativas en el mundo y las desigualdades están presentes tanto en los países ricos como en los pobres de la Región(8).

Se puede observar un contraste muy importante entre lo que sucede a nivel nacional en lo referente al abastecimiento de agua potable donde un 28% no tiene conexión a red pública de agua potable, frente al 100% que se observa en Chiquintad; el 46.4% mientras tanto, dispone de otra forma de eliminación de

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

excretas que no es alcantarillado público, el porcentaje en Chiquintad es del 75.8% en este aspecto; el 62.1% no tienen servicio de recolección de basura con carro recolector, frente a un 23% nacional.

Las características físicas de la vivienda condicionan el nivel de salud de las familias. En el Ecuador, el 12.5% son hogares con características físicas inadecuadas; en Chiquintad, el 100% están en las mismas condiciones; no es raro que esto se dé con los indicadores señalados, pues, si no se está afectado de una manera, se lo está de otra, de allí que el hacinamiento sea del 31.2%.

En lo biológico, Chiquintad refleja lo que sucede a nivel nacional con las principales causas de morbimortalidad, la diabetes y la hipertensión arterial, con un 8.2% de familias que presentan diabetes en alguno de sus integrantes, y un 27.5 de hipertensión arterial y sus problemas asociados; a esto se debe sumar que en un 23.2% de familias, se encuentran casos de sobrepeso, obesidad, e incluso obesidad mórbida. Los estilos de vida se han generalizado, independiente del área donde se habite, sea urbana o rural, desplazando rasgos saludables como el consumo de productos propios de la zona, vegetales generalmente, por otro tipo de dietas; el acceso a la tecnología también ha colaborado en ese sentido, perdiéndose gran parte del tiempo dedicado a la actividad física como oportunidad para la recreación, optando por distracciones donde la característica general es el sedentarismo.

Lo anterior se corrobora con lo manifestado por la OMS en el sentido de que, el envejecimiento de las poblaciones, el acceso a información, la crisis de estado en todos los sentidos, la globalización, han introducido cambios en la dieta, han contribuido a aumentar la prevalencia de obesidad y otros factores de riesgo y han exacerbado los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Su distribución puede intensificar las inequidades existentes en salud así como las enfermedades con las que están relacionados como es el caso de las cardiovasculares y la diabetes, especialmente en las poblaciones pobres, no solo en ancianos, sino entra la población trabajadora en edad reproductiva; por ello, los equipos de salud deben desarrollar un trabajo más integral. Se

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

calcula que cerca de 140 millones de personas sufren hipertensión y otros 35 millones sufren diabetes, cifras que se espera se dupliquen en el año 2025. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de casi un tercio de todos los decesos en la Región(8). Incluso en África, donde la población sigue siendo más joven, el consumo de tabaco, la hipertensión y el colesterol figuran entre los 10 factores principales de riesgo por lo que respecta a la carga de morbilidad total(31).

La desnutrición que afecta al 17.9 de familias de la parroquia Chiquintad, muestra una coexistencia con los casos referidos: La desnutrición es una de las causas subyacentes en aproximadamente la tercera parte de las defunciones infantiles a nivel mundial. Durante el pasado año, la subida de los precios de los alimentos, unida a la disminución de los ingresos, elevó el riesgo de malnutrición, sobre todo entre los niños. Aunque en el mundo la proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (según los patrones de crecimiento infantil de la OMS3) descendió del 25% en 1990 al 18% en 2005, los ulteriores avances han sido desiguales. En algunos países, la prevalencia de la desnutrición ha aumentado, y en 2005 todavía había en el mundo unos 186 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento(32). Chiquintad tiene un indicador similar al alcanzado en el 2005.

El cáncer ha pasado a ser algo cotidiano en la morbilidad de los ecuatorianos; se encuentran casos en el 1.1% de las familias estudiadas; a nivel nacional, está en el puesto 10 de las causas de mortalidad en la población masculina, y en el puesto 7 en la femenina. La detección oportuna de este problema todavía tiene limitaciones, puntualizando que cada año más de 35,000 mujeres en la Región mueren por cáncer cervical, siendo todas estas muertes prevenibles(8).

En lo que ha salud materna se refiere, el principal problema que se encontró en Chiquintad es el embarazo en menores de 19 años (4%) y el bajo peso (3.9%). Si bien no se conoce la tasa de embarazo en adolescentes en la Parroquia, este problema está relacionado con lo que se menciona a nivel nacional, donde gran parte de la carga de morbimortalidad en este grupo está relacionado con

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldine Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

problemas de salud sexual y reproductiva, es así que para el 2006, el 15% de partos fue de mujeres entre 10 y 19 años, y, en el año 2007, el MSP reportó 168 casos de muerte materna de los cuales, 35 de ellas ocurrieron en mujeres de 10 a 19 años (11). Parte de los cambios operados por la migración y la influencia de la globalización, tienen que ver con un inicio sexual más temprano y las consecuencias que de ello se derivan. La problemática señalada se inscribe en el contexto regional donde cada año en Latinoamérica y El Caribe, 22,000 mujeres en edad reproductiva mueren a consecuencia de complicaciones durante los periodos de embarazo, nacimiento y posparto(8).

En la Parroquia no se cuenta con agua potable. Solo el 12.1% de viviendas están conectadas a un sistema de alcantarillado. El uso de fuentes mejoradas de agua potable y servicios de saneamiento mejorados depende mucho del nivel de ingreso del país y del lugar de residencia: las personas que viven en zonas rurales de países de ingresos bajos como el Ecuador, son las que menos probabilidades tienen de poder acceder a estas infraestructuras mejoradas de abastecimiento de agua potable y saneamiento. La proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento mejorados es en general mucho menor que la que utiliza fuentes mejoradas de agua potable tanto en las zonas rurales como en las urbanas: en los países de ingresos bajos, la mediana del uso de fuentes de agua potable «mejoradas» en zonas rurales está en el 56%, frente a apenas un 28% para el saneamiento. En las áreas urbanas correspondientes las cifras son del 85% y el 50%, respectivamente. Se registran grandes desigualdades entre países tanto en el uso de fuentes mejoradas de agua potable como en el de servicios de saneamiento mejorados: por ejemplo, en las zonas rurales de los países de ingresos medianos bajos, las tasas de uso de servicios de saneamiento mejorados estaban comprendidas entre el 9% y el 100%, que es una cifra 11 veces mayor(32).

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Algo que es conveniente puntualizarlo es el 14.5% de familias que tienen niños con esquemas incompletos de vacunación, a pesar que esta es gratuita, estos datos difieren de lo que se muestra a nivel nacional donde en el año 2009 la vacuna contra Rotavirus alcanza el 97% de cobertura, en SRP se está sobre el 95% en 39 áreas, de OPV en 30 áreas, de PENTA y ROTA en 26 y 30 áreas, respectivamente (12). Tal parece que, la gratuidad y la convocatoria no son suficientes para lograr una concurrencia total de las madres para completar la vacunación de sus hijos. Los sectores donde se concentran son San Andrés – Eucaliptos, Tixán, Xilón, Bellavista, San Andrés, San Antonio y Cristo del Consuelo. Al respecto, se señala que, las diferencias en el desarrollo de los sistemas de salud se evidencian en los resultados de salud. Por ejemplo, en el año 2000, la tasa de defunciones por enfermedades prevenibles mediante inmunización fue 0.1 por 100,000 habitantes en Argentina, mientras que en República Dominicana fue diez veces más alta, mostrando la influencia de los demás determinantes(8).

Lo anterior permite configurar un panorama en Chiquintad que explica el nivel de riesgo medio en un porcentaje alto de las familias; el riesgo socioeconómico en cerca de la mitad; el riesgo higiénico sanitario como un problema general para todas las familias; el riesgo biológico en más de la tercera parte de las familias. El reflejo de todo esto es la presencia de violencia doméstica, alcoholismo, drogadicción, discapacidad.

Parece ser que el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS todavía está distante para alcanzar indicadores satisfactorios, sobre todo por la evidente prioridad que se ha dado a los hospitales por parte del gobierno en los últimos tiempos; una situación que debe ser superada, siendo eso posible puesto que algunos países de ingresos medios, como Chile con su Atención Primaria de Salud(33), el Brasil con su iniciativa de salud familiar y Tailandia con su plan de cobertura universal(34), han mejorado análogamente el equilibrio entre la atención hospitalaria especializada y la atención primaria(35). Los primeros frutos son alentadores: mejora de los indicadores de resultados(36) y marcado

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

aumento de la satisfacción de los pacientes(37). En todos estos casos, el cambio se produjo en el marco de una iniciativa orientada a la cobertura universal, en la que se preveían más derechos de acceso y protección social para los ciudadanos.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano





## 7. CONCLUSIONES

La mayor parte de jefes de familias con hombres (72.4%) adultos jóvenes en las familias estructuradas; entre las desestructuradas son las mujeres (61.2%).

Todas las familias de Chiquintad están expuestas a algún nivel de riesgo; el porcentaje de las que están en riesgo medio es mayor en San Andrés – Eucaliptos (49.1%), Tixán (46.2%), Xilón (40.%), Bellavista (30.3%), San Andrés (28.6%), San Antonio (24.0%) y Cristo del Consuelo (18.4).

El riesgo socioeconómico afecta a cerca de la mitad de las familias siendo en los sectores San Andrés – Eucaliptos (69.1%) y Tixán (61.5%). El riesgo higiénico sanitario es un problema general para toda la Parroquia. Más de la tercera parte de las familias tienen riesgo biológico; San Andrés – Eucaliptos (54.5%), San Antonio (52.%) y Tixán 48.7%); San Andrés es el sector menos afectado con un 19%.

El porcentaje de familias desestructuradas es elevado (38.5%). Xilón es el caso más llamativo (56%).

El 60.9% de familias tienen un ingreso económico que llega a un máximo de 240 dólares que es el mínimo vital; en una quinta parte de la población (19.4%) general no se alcanza este nivel.

Los sectores San Andrés – Eucaliptos y Xilón son los más afectados por la pobreza con un 41.8% y 32.0% respectivamente, de familias con ingresos menores al salario mínimo vital.

Patamarca, San Andrés y Cristo del Consuelo presentan el 16.0%, el 11.9% y el 7.9% respectivamente, de jefes de familia que tienen un título universitario. En Xilón, San Andrés - Eucaliptos, Bellavista, Tixán, Santa Teresita, alrededor de la cuarta parte de jefes de familiar son analfabetos.

### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Más de la cuarta parte de los jefes de familia están desocupados; los sectores más críticos en este punto son San Andrés – Eucaliptos (45.5%), Ochoa León (31.1%) y el Salado (31.0%).

La tercera parte de la población están en hacinamiento; el problema es más notorio en San Andrés – Eucaliptos (61.8%) y Tixán (51.3%). El 100% de las viviendas de Chiquintad están en condiciones inadecuadas para habitarlas.

En la Parroquia no se cuenta con agua potable.

Prima el pozo séptico (75.4% en toda la Parroquia). Los sectores más críticos por no disponer de sistema alguno de eliminación de excretas son Xilón (48%) y Patamarca (43.2%).

Más del 60% de las familias deben buscar una manera de disponer de los desechos sólidos que producen: San Andrés – Eucaliptos (81.8%), Tixán (73.5%), San Antonio (72%), Xilón (72%), Bellavista (66.3%) y El Salado (52.4%), sin embargo, el resto de sectores presentan porcentajes altos.

La tenencia de animales intradomiciliarios en Xilón (88%) y Tixán (81.2%) es más notorio.

Hay más sobrepeso en Santa Teresita (30.2%) y Ochoa León (25.7%). El déficit nutricional afecta al 42% de familias de San Antonio y al 41.8% de San Andrés – Eucaliptos.

Los porcentajes mayores de niños con esquema de vacunación incompleto están en Tixán (30%) y San Antonio (19%).

El embarazo en edades tempranas es notorio en la Parroquia y se presenta en el 4% de todas las familias; un 3.9% de ellas tiene embarazadas de bajo peso; los embarazo se ha complicado en 1.7%; los sectores de mayor incidencia de problemas de salud materna son Cristo del Consuelo (13.2% de toda la Parroquia), Ochoa León (9.5%) y Patamarca (8.6%).

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares e hipertensión arterial (HTA) aportan con un 27.5% de miembros de familias con estos problemas. Los problemas articulares parecen ser más sentidos entre la población.

Es posible que el asma, enfermedad con una importante frecuencia en los sectores y en la Parroquia, conjuntamente con la bronquitis crónica y la rinitis, tengan alguna relación con la contaminación ambiental, a pesar que el impacto ecológico no sea tan notorio en Chiquintad.

La discapacidad se presenta como algo regular en Chiquintad; si bien San Antonio no parece estar tan afectado, Xilón y Tixán dejan ver una situación complicadas por el porcentaje de familias que tienen miembros con este problema.

Cristo del Consuelo se ve muy afectado por la violencia doméstica y el alcoholismo. Algo similar sucede en lo referente a la drogadicción cuando se observa la realidad de Tixán y San Antonio.

Como puede verse, los determinantes de la salud tienen un efecto multidireccional; sus efectos pueden identificarse en diversos ámbitos del vivir cotidiano: social, higiénico sanitario y biológico. La situación en Chiquintad es crítica, reflejo agravado de lo que sucede en el Ecuador.

Los indicadores nacionales ocultan las realidades particulares que se producen en sectores delimitados del País. Por otra parte, la cercanía a las ciudades consideradas como más importantes, no tiende a mejorar el nivel de salud de la población del sector rural o urbano marginal.

Los instrumentos que nacen desde la Atención Primaria de Salud, como las fichas familiares, permiten un mejor acercamiento a la realidad concreta de una población.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## 8. RECOMENDACIONES

Sobre el análisis de la situación de salud:

- El abordaje de los problemas de salud debe superar la visión biomédica, y las necesidades de la población en este ámbito deben recibir la importancia que se merecen, los recursos suficientes, sin simplificar su magnitud tanto en extensión como en gravedad. Un equipo de salud que no se arriesgue en esta dirección continuará presentando indicadores negativos; la interdisciplinariedad es algo urgente.
- Se deben incorporar la utilización de nuevos indicadores que permitan evaluar la salud de manera diferente, como los años de vida perdidos por discapacidad, por embarazo precoz, y otros. Conforme mejore la información se hacen más patentes las múltiples dimensiones de las crecientes desigualdades sanitarias.

Acerca del rol de los equipos de salud:

- Es conveniente que los equipos de salud analicen de manera permanente y programada, la variabilidad de los indicadores en salud, como elemento fundamental para orientar las acciones.
- La producción no puede ser el único elemento a evaluar en el desempeño de un equipo de salud
- La realización de investigaciones analíticas se hace necesaria para identificar con claridad los factores asociados, y programar intervenciones con un enfoque más claro.
- La calidad en todas sus dimensiones, sigue siendo primordial para mejorar la salud y prevenir la enfermedad, las complicaciones y la discapacidad.
- La orientación fundamental que debe guiar a los equipos de salud bajo el nuevo modelo de atención, es al abordaje integral de la problemática de salud; incorporando dimensiones que han pasado desapercibidas como la salud mental, el disfrute del entorno, el autocuidado no como algo aplicable

### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- únicamente a la persona humana, sino entendiéndolo como el cuidado de lo propio: familia, vivienda, servicios, medio ambiente.
- Dado que los estilos de vida tienen una carga muy importante sobre el estado de salud de la población, es necesario que los equipos asuman su mejoramiento de una manera planificada y organizada; el contacto directo con el entorno puede posibilitar que las acciones trasciendan no solo al cuidado del mismo, sino hacer efectivos los aspectos legales contenidos en la Constitución y más leyes, en lo que a salud se refiere.
  - La tecnología básica no puede estar distante las unidades operativas de primer nivel, es necesario que se la provea de herramientas que mejoren la capacidad resolutoria; esto puede ser visto desde dos enfoques:
    - Como motivación tanto para el equipo de salud como de la población
    - Para mejorar la calidad técnica de lo que se oferta.

### Operativizar la Atención Primaria de Salud

- Es necesario revalorizar rasgos culturales saludables a través de un accionar más amplio de los equipos de salud, desarrollando la estrategia Atención Primaria de Salud en conjunto con los sectores involucrados en mejorar la calidad de vida de la población.
- La asignación de recursos no debe concentrarse únicamente en los servicios curativos que terminan por ser de alto costo, y no motivan al equipo de salud a aprovechar las altas posibilidades que presenta la promoción y la prevención para mejorar el nivel de salud.

### En torno a la formación de recursos:

- Desde las instituciones formadoras de recursos se debe superar el discurso sobre APS y buscar la manera de hacerla operativa, ubicando los centros de atención de primer nivel como el sitio cotidiano de trabajo donde los estudiantes sientan de manera directa los problemas y los aspectos positivos que influyen en la salud de una determinada población.

### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La participación comunitaria:

- Hay necesidad de promover una participación organizada de la sociedad; las personas que conocen sus derechos están en mejor posibilidad de hacerlos efectivos; los servicios de salud no pueden continuar aislados de la población, son parte de ella por lo tanto, el empoderamiento del trabajo comunitario pasa por la relación directa que se establezca con las personas, con su habitud particular y general.
- En el desarrollo de la participación comunitaria es necesario tener en cuenta los liderazgos, esto principalmente, por cuanto, también existen élites que se apropian de las diferentes instancias y terminan por imponerse; estos grupos generalmente, son poseedores de un poder económico y social.
- La comunidad ofrece oportunidades sociales y culturales, en las que es necesario incorporar elementos promocionales y preventivos; el accionar de los equipos no puede restringirse a espacios creados desde su propia iniciativa; el preservar los valores culturales es algo muy importante para la salud, y no puede pasar por desapercibido para quienes trabajan en las unidades operativas.

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Buck, C, y otros. El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas. México : OPS, 1988.
2. OMS. Comisión sobre determinantes de la salud. Preguntas y respuestas. Disponible en <http://www.who.int/>. 2005. Consultado el 01 de Octubre de 2011.
3. Rivadeneira, F. González, V. Aporte a la salud pública en el Ecuador. Quito : CREAR editores, edición V, 2009.
4. Hidalgo, A. Corugedo de las Cuevas, I. Del LLano Señarís, J. Economía de la salud. Madrid : Ediciones Pirámide, 2009. pág. 353.
5. Ministerio de Protección Social de Colombia. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/buscar/Results.aspx?k=objektivomilenio>. Consultado el 16 de 07 de 2011.
6. Betancourt, O. Para la enseñanza e investigación de la salud y seguridad en el trabajo. Primera edición. Quito : OPS/OMS-FUNSAD, 1999.
7. INEC. [inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec). Disponible en <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/> Consultado el 01 de 10 de 2011.].
8. OPS, OMS. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington : OPS, 2005. pág. 23.
9. INEC. Disponible en [http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu\\_est/est\\_soc/enc\\_hog/pobreza?p\\_p\\_id=77&p\\_p\\_action=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_77\\_struts\\_action=%2Fjournal\\_content\\_search%2Fsearch](http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/est_soc/enc_hog/pobreza?p_p_id=77&p_p_action=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_count=1&_77_struts_action=%2Fjournal_content_search%2Fsearch). Consultado el 16 de Julio de 2011.

#### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

10. Ministerio de Protección Social de Colombia. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/buscar/Results.aspx?k=objektiv osmilenio>. Consultado el 16 de 07 de 2011.
11. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Quito : Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en <http://www.msp.gov.ec/>. Consultado el 16 de Julio de 2011.
13. Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador. Disponible en [http://www.educacion.gov.ec/\\_upload/resumen%20ejecutivo%20programa%20 EduBasica.pdf](http://www.educacion.gov.ec/_upload/resumen%20ejecutivo%20programa%20 EduBasica.pdf) Consultado el: 16 de Julio de 2011.
14. INEC. Anuario de estadísticas vitales. Disponible en [http://www.inec.gob.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv\\_soc/mig\\_int](http://www.inec.gob.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/mig_int). Consultado el 16 de Julio de 2011.
15. Zurro, A. Martín, J. Cano, F. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Quinta edición. Madrid : ELSEVIER, 2003. Vol. I.
16. Palacio, A. Salud, el derecho de todos Hampika, Tukuy. Kunapakmikan. Primera. Quito : ITAPOA, 2006.
17. Cabrera, G. Teorías y modelos en la salud pública. INVENTada, , Vol. 35.No. 3, Colombia. 2004.
18. OMS. La atención primaria más necesaria que nunca. Ginebra : OMS, 2005. pág. 154.
19. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Banco Mundial. Washington : s.n., 1993.
20. González, C. Durán, T. El futuro de la salud pública en el contexto político social actual. Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 35. No. 3, La Habana: Julio a Septiembre de 2009,

### **AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldinne Yange Zambrano





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención integral, familiar, comunitario e intercultural. [aut. libro] MSP. Quito, 2008.
22. Asamblea Constituyente. Constitución Política del Ecuador. Montecristi, 2008.
23. Alvaro, F. Disponible en [http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Articulo\\_Modelos%20de%20Salud%20Publica\\_%2009%202006.pdf](http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Articulo_Modelos%20de%20Salud%20Publica_%2009%202006.pdf). Consultado el 12 de Enero de 2011.
24. OPS, OMS. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Presentación y Marco Conceptual. Vol. I. Washington, 2011,
25. CEDETES. La promoción de la salud en la población indígena. Disponible en [http://www.cedetes.org/files/memorias\\_seminarios/PS\\_cosmovision\\_indigenas.pdf](http://www.cedetes.org/files/memorias_seminarios/PS_cosmovision_indigenas.pdf). Consultado el 10 de Junio de 2011.
26. Orellana, D. La salud en la globalización. Quito : Abya-Yala, 2003.
27. Martínez, F. La promoción de la salud. El Ateneo , Vol. 13, pág. 132. Colegio de Médicos del Azuay. Editores del Austro. Cuenca, Febrero de 2011
28. Balledelli, P. Abordaje de los determinantes de la salud. Disponible <http://www.docstoc.com/docs/24635210/Abordaje-de-los-factores-determinantes-de-la-salud-en>. Consultado el 15 de Diciembre de 2010.
29. Castillo, C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. OPS. Segunda. Washington : Paltex, 1999.
30. Subsecretaría de extensión de la protección social en salud. Operacionalización del modelo de atención 2008. Quito, Ecuador, 2008.
31. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra : s.n., 2002.
32. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra, 2010.

### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldinne Yange Zambrano



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

33. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones para la programación en red. Subsecretaría de redes asistenciales. División de gestión en red asistencial. Santiago, 2006.
34. Suraratdecha, C, Saitathanu, S y Tangcharoensathien, V. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from low income provinces of Thailand. Health policy. págs. 272-284. Bangkok, 2004.
35. Tangcharoensathien, V y et. al. Knowledge based changes to the Thai health sistem. 2004, Bulletin of the World Health Organization , págs. 750-756. Bangkok, 2004.
36. Macinko, J y et. Al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004.. 65, Social Science and Medicine, págs. 2070-2080. Río de Janeiro, 2007.
37. Pongsupap, Y, Boonyapaisarnchoaroen, T y Van Lerbergh, W. The perception of patients usin primary care units in comparison with contional public hospital outpatient departaments and "primer mover family practices": anm exit survey. 14, Journal of Health Science, págs. 475-488. Bangkok, 2005.

### AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

10. ANEXOS

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA PARROQUIA DE CHIQUINTAD EN EL PERIODO 2010-2011

Formulario # \_\_\_\_\_

DATOS DE FILIACION

Nombre del Jefe de Familia: .....Número Ficha: .....

Dirección:.....Teléfono:.....

01) Edad

02) Sexo 

H	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

03) Vacunación  Completa  Incompleta  RIESGO

04) Estado Nutricional

Bajo Peso  Normal  Sobrepeso

Obesidad: Grado I

Grado II

Grado III

AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RIESGO

05) Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Obesidad	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>
Enf. Cerebro-vasculares	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>
Problemas Articulares	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	<b>RIESGO</b>	
	<input type="checkbox"/>				
Otra	<input type="checkbox"/>				

06) Embarazadas con problemas

Embarazos múltiples	<input type="checkbox"/>		
Antecedentes de embarazos complicados	<input type="checkbox"/>		
Tener más de 35 años	<input type="checkbox"/>		
Tener menos de 19 años	<input type="checkbox"/>		
Eclampsia	<input type="checkbox"/>	<b>RIESGO</b>	<input type="checkbox"/>
Bajo peso	<input type="checkbox"/>		
Preclampsia	<input type="checkbox"/>		
Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/>		
Desnutrición	<input type="checkbox"/>		
Ningún problema	<input type="checkbox"/>		
Otros	<input type="checkbox"/>		
No hay	<input type="checkbox"/>		

07) Discapacidad

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	<b>RIESGO</b>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	---------------	--------------------------

08) Trastornos Mentales

AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
Geanella Geraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

SI  NO  RIESGO

09) Agua Potable SI  NO  RIESGO

10) Eliminación de Excretas

-Conectado al alcantarillado  RIESGO

- A pozo séptico

- No dispone de Sistema

-Otros

Tipo de Eliminación de Basura

- Por medio del carro recolector de basura  RIESGO

- Por medio de la quema de basura

- Por medio de arrojar la basura a campo abierto

-Otros

11) Eliminación doméstica de desechos líquidos

Conectado al Alcantarillado  RIESGO

Campo abierto

Conectado a pozo séptico

Otros

12) Impacto ecológico por Industrias

SI  NO  RIESGO

13) Animales intradomiciliarios

SI  NO  RIESGO

AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



UNIVERSIDAD DE CUENCA

14) Pobreza

Salario MENOS mínimo  RIESGO

Salario mínimo

Salario básico

Sobre el salario básico

15) Ocupación del Jefe de Familia

Empresario  RIESGO

Empleado

Negocio propio

Artesano

Obrero

Trabajo informal

Desocupado

Agricultor

Jubilado

Otro

16) Nivel de Educación del Jefe de Familia

- Analfabeto  RIESGO

- Primaria completa

- Primaria incompleta

- Secundaria completa

- Secundaria incompleta

- Superior completa

- Superior incompleta

17) Tipo de Familia

Estructurada  Desestructurada  RIESGO

AUTORAS:

Diana Paola Wilches Reyes  
GeanellaGeraldinne Yange Zambrano



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**18) Violencia Intradomiciliaria** SI  NO  RIESGO

**Alcoholismo Intradomiciliario** SI  NO  RIESGO

**Drogadicción Intradomiciliario** SI  NO  RIESGO

**19) Calidad de la vivienda**

Adecuada  Inadecuada  RIESGO

Piso: cemento,madera,mármol,italpiso

Paredes: cemento,ladrillo,bloque

Techo:teja,ladrillo,cemento

Servicios básicos: Agua potable, luz eléctrica, alacantarillado,recolector de basura

**20) Hacinamiento**

>de 3 personas en una habitación SI  RIESGO

<de 3 personas en una habitación NO

**TOTAL RIESGO FAMILIAR:** 0 sin riesgo

1-14 riesgo bajo

15-34 riesgo medio

35-72 riesgo alto

**AUTORAS:**

Diana Paola Wilches Reyes

GeanellaGeraldinne Yange Zambrano