

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO Y PRIORIDADES DE SALUD

EN EL CANTON PONCE ENRÍQUEZ

**TESIS PREVIA A LA OBTENCION
DEL TITULO DE DOCTOR EN
ODONTOLOGIA**

AUTORAS:

SUSANA ESQUIVEL

FERNANDA GUTIERREZ

DIRECTOR:

DR. DIEGO COBOS C.

CUENCA - ECUADOR

2003 - 2004

*Si hay luz en el alma,
habrá belleza en la persona,
Si hay belleza en la persona,
habrá armonía en la casa.
Si hay armonía en la casa,
habrá orden en la nación.
Si hay orden en la nación,
habrá paz en el mundo.*

Proverbio chino

Con amor dedicamos este trabajo a Dios y a nuestros padres que son los guías de nuestras almas y que constantemente reavivaron el espíritu de lucha para seguir adelante.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La salud es un bienestar integral que depende de las condiciones sociales y económicas de los grupos humanos, pero que fundamentalmente esta condicionada por la cultura, es decir, las formas de “ser y hacer” de los individuos y de los colectivos a los que ellos pertenecen.

En el proceso de salud-enfermedad intervienen en forma sincrónica una serie de elementos sociales, biológicos y ambientales, que se expresan en forma diferente, como perfiles epidemiológicos determinando los estados de salud, enfermedad y muerte.

Desde este objetivo de asociar condiciones sociales, ambientales, biológicas, calidad de vida, salud, enfermedad y muerte se ha realizado este estudio en el área de salud N° 10, Ponce Enríquez perteneciente a la Provincia del Azuay.

La intención es contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de esta región por medio de la priorización de las necesidades y problemas de salud que sirvan de instrumento de planificación a los organismos encargados de la tarea de prevención y tratamiento de enfermedades.

Ante la ausencia de una información completa, este estudio intenta conseguir tal objetivo. Se dispone de información proveniente de los censos y de las unidades de salud, muchos de los cuales se encuentran registrados bajo los archivos del cantón Pucará.

Especial interés mereció la asociación de las condiciones de vida y los problemas locales de salud con la frecuencia y entre ellos la gravedad de los trastornos estomatológicos, con este fin se realizó un diagnóstico clínico bucal.

El estudio se basa en los siguientes hechos teóricos:

Concepción integral de salud: Plantea a las condiciones sociales, ambientales y biológicas como parte de la calidad de vida, y se expresa en perfiles epidemiológicos.

Salud y desarrollo: El desarrollo local, las condiciones de producción y consumo, y el ecosistema influyen en la calidad de vida en los marcos de lo local. La idea de salud y desarrollo está orientada por objetivos básicos que se observan de la siguiente manera:

La cultura promueve la organización y participación en la constitución de sujetos de salud, ciudadanos que intervienen en la toma de decisiones y priorizan el bien colectivo. Son conflictos serios el desempleo y la pobreza, limitantes mayores del acceso a la salud y al bienestar.

Las prácticas de salud que crean condiciones de vida saludable se enfrentan con la imposibilidad generada por las pésimas condiciones de vida, que incluyen la contaminación ambiental, desnutrición y las enfermedades infecto contagiosas.

Diagnóstico Epidemiológico: El diagnóstico epidemiológico se ha usado para conocer las características de salud-enfermedad, definir perfiles; identificar probables relaciones causales, y proponer soluciones colectivas para la satisfacción de necesidades. El diagnóstico es un instrumento de observación, descripción de la realidad y análisis; fuente de programación local y guía de trabajo.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Descriptivo epidemiológico.

El estudio se realizó en el área de salud N° 10 del Cantón Ponce Enríquez de la Provincia del Azuay; conformado por los siguientes recintos y parroquias: Camilo Ponce Enríquez, Río Balao, San Miguel de Brasil, Bella Rica, Zhumiral, El Carmen de Pijilí, recinto Abdón Calderón, Luz y Guía, con una población total de 8881 habitantes.

Para estimar la calidad de vida se usó una muestra del centro poblado Camilo Ponce, Zhumiral y Río Balao, 44, 26 y 17 respectivamente lo que da 87 habitantes escogidos al azar distribuidos en 18 familias.

Para la obtención de la información se realizó:

1. Revisión bibliográfica de los registros de las instituciones de salud provinciales: estadísticas de defunción, morbilidad, estadísticas de notificación de enfermedades rápida (EPI 1) y notificación epidemiológica (EPI 2), datos del VI censo de población y IV de vivienda 2001, datos estadísticos del Ministerio de Educación: profesores y alumnos por nivel en el Cantón Ponce Enríquez 2002, Ministerio de Bienestar Social: Registro de Cooperativas y Asociaciones de mineros, ahorro y transporte.
2. Aplicación de una encuesta en una muestra de la población; que contiene 25 puntos, los cuales nos permiten explorar y determinar la calidad de vida, cada una de ellas con una puntuación de 0, 2 y 4; que califica entre 0 y 100 el puntaje a la calidad de vida en alta con una puntuación de 0 a 30, media de 31 a 50 y baja una puntuación mayor a 50. (ver anexo 1)

3. Para establecer el Diagnóstico clínico bucal se realizó un interrogatorio, un examen físico registrado en un formulario de Diagnóstico Odontológico basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la Odontología y Estomatología (CEI) (ver anexo 2).
4. Para la obtención de prioridades, se utilizó una tabla comparativa con 12 características que deben presentar las comunidades del área, calificando cada una de ellas sobre 6 considerando con el número mayor a la comunidad con mayor gravedad.

CAPITULO III

RESULTADOS

Los resultados se presentan con base a: 1. Calidad de vida, y 2. Perfiles epidemiológicos

1. Calidad de vida.

La calidad de vida es la condición de existencia concretas y las posibilidades referidas a las concepciones o a normas presentes en la sociedad o los grupos humanos; es un concepto en formación constante que requiere indispensablemente tanto de la observación de los sujetos como la de los que desde afuera determinen.

Para la “calidad de vida” se ha tomado en cuenta, en orden de importancia los aspectos socio-económicos y laborales, de consumo y satisfacción de necesidades, ambientales, y de salud en el cantón Ponce Enríquez.

La definición de la calidad de vida nos permitirá definir prioridades de salud, sobre las cuales podemos intervenir. Se presentan determinantes epidemiológicos que expone aspectos sociales, económicos, laborales, de consumo, ambientales y de salud en el cantón que componen la calidad de vida

1.1 Aspectos Sociales.

De acuerdo a las opiniones de los pobladores, existen por lo menos dos grupos antagónicos por los intereses económicos y políticos: terratenientes agroganaderos en contradicción con mineros industriales y artesanales agrupados en asociaciones. Esta rivalidad se expresa en las dificultades para conseguir apoyo o auspicio para tareas investigativas o programas de salud.

Los intereses políticos se identifican y se asocian con las contiendas electorales de la nueva municipalidad.

La población en su conjunto se integra alrededor de las actividades religiosas y las festividades del cantón.

La participación en actividades relacionadas con la salud son limitadas en número y frecuencia.

Estructuración familiar: De acuerdo a expresiones de los pobladores el núcleo familiar se ha desintegrado por: la migración al exterior, escasa; la gran movilidad interna generada por la necesidad de los trabajadores de buscar fuentes de trabajo, las que se encuentran lejanas a su hogar. La ausencia se refiere sobre todo al padre y los tiempos de abandono son de 30 a 60 días aproximadamente, en tiempos de cosecha y siembra.

1.1.1 Aspectos económicos que inciden en la salud: La mayor parte del suelo agrícola esta dedicado a los cultivos frutales principalmente de banano, cacao, caña de azúcar, maracuyá; y los pastos para la cría de ganado.

Los pobladores ligados al campo no cuentan con las condiciones sanitarias apropiadas como son: la provisión de agua segura, control de basura y excretas, de vectores.

1.1.2 Características del trabajo: La tasa de desocupación es baja y la ocupación es precaria, sometida a la oferta y la demanda que habitualmente afecta los ingresos del trabajador.

La ocupación suele incluir a mas de un miembro de la familia (niños y adolescentes)

| Cuadro 1- Población Activa e Inactiva del Cantón Ponce Enríquez | | | | |
|--|-----------------|--------------------------------|------------|-------|
| TIPO DE ACTIVIDAD | | | | |
| | | Nº | Tasa % | |
| ACTIVA | OCUPADOS | | 3838 | 52.22 |
| | DESOCUPADO | CESANTES | 61 | 0.83 |
| | | BUSCAN TRABAJO POR PRIMERA VEZ | 9 | 0.12 |
| | TOTAL | | 3908 | 53.17 |
| | INACTIVA | QUEHACERES DOMESTICOS | | 1468 |
| ESTUDIANTES | | 1797 | 24.45 | |
| JUBILADOS Y PENSIONISTAS | | 8 | 0.10 | |
| OTROS | | 168 | 2.27 | |
| TOTAL | | 3441 | 46.82 | |
| NO DECLARADOS | | 445 | 6.05 | |
| TOTAL | | 7349 | 100 | |

Fuente: Resultados VI censo de población y IV de vivienda 2001

Los mayores ingresos de la población dedicada a las tareas del campo se obtienen en las relaciones de trabajo en las épocas de siembra o cosecha intensiva, lo que provoca un desfase en los ingresos con los obtenidos en la época estacionaria (desocupación, migración) A esto se aumenta la remuneración recibida del trabajo de la explotación minera.

Los ingresos se complementan con los productos de las pequeñas parcelas (autoconsumo y venta) y el trabajo ocasional de las madres y los niños.

Algunas de las tareas del campo se resuelven con el concurso de la familia extendida o de los moradores de un sector.

1.2 Condiciones culturales.

Las prácticas de salud se caracterizan por estar ligadas al conocimiento popular (vulgar), es una forma de medicina casera en la que se elaboran “remedios” en base de hierbas, y otros productos naturales, la población recurre con frecuencia a los empíricos, comadronas y sobadores; en menor proporción a los servicios de medicina occidental

públicos y privados que ofrecen atención a las diferentes comunidades por medio de los sub.-centros de salud y las consultas privadas.

Se ha observado que la población no cuenta con información sobre prevención, curación y rehabilitación de enfermedades.

La mayoría de familias concuerda que no se encuentran en un estado de salud óptimo, sobre todo por la presencia de enfermedades infecto-contagiosas.

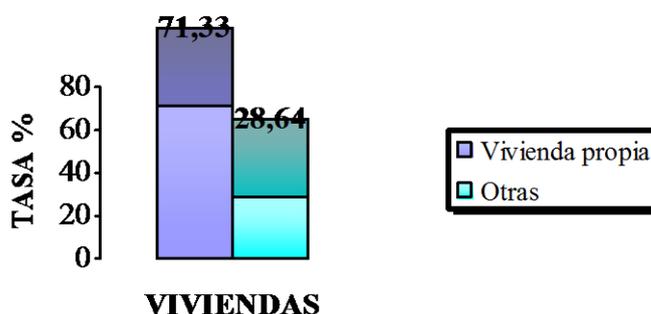
Desconocen los factores de protección para mejorar su salud y solo acuden a la consulta médica luego de que se presenta la patología.

1.3 Condiciones de consumo de bienes y servicios

1.3.1 Vivienda:

Uno de los problemas más serios, es la falta de acceso a una vivienda saludable. Varias familias conviven en una misma casa, y cada familia dispone un espacio único aproximado de 60 m² que se usan como dormitorio, comedor y cocina.

**GRÁFICO 1. PROPIEDAD DE LA VIVIENDA
PONCE ENRIQUEZ 2001**



Fuente: Resultados VI censo de población y IV de vivienda 2001

Predomina la casa villa (71%), seguida de las mediaguas, ranchos, covachas, y chozas. La construcción dominante es mixta, de bloque y cemento en el centro poblado, y en el campo es de madera.

En estas viviendas se observa la presencia de animales domésticos y en ocasiones de ganado

1.3.2 Servicios básicos:

a) Agua.- De acuerdo al INEC (2001) el 47.07% de las viviendas poseen servicio de agua entubada con tratamiento básico en el centro poblado y el resto de la población usa agua de pozos, ríos, vertientes, acequias, canales o se provee de la distribución en carros cisternas de agua potable.

b) Eliminación de las aguas servidas.- Se realiza principalmente por pozos sépticos (34.25%) y por red pública (30.08%).

c) Sistema de eliminación de basura.- Carro recolector el 50 % , y la otra parte se elimina en terrenos baldíos, quebradas o la incineran.

d) Servicio eléctrico.- El 93.83% de las viviendas cuenta con servicio eléctrico.

e) Servicio telefónico: No más de un 20% cuenta con servicio telefónico particular. El uso de Internet y de redes informatizadas es muy limitado.

1.3.3 Escolaridad:

La educación se limita al nivel primario y medio. Debido a que no existen las fuentes económicas y físicas, los establecimientos educativos de esta área son escasos con relación a la población infantil

| Cuadro 2. Profesores y alumnos por nivel en el Cantón Ponce Enríquez 2002 | | | |
|---|-------------|----------|-------|
| | Preprimario | Primario | Medio |
| Planteles | 4 | 25 | 2 |
| Profesores | 6 | 66 | 47 |
| Alumnos | 153 | 2092 | 546 |

Fuente: Ministerio de Educación y Cultura Dirección de Educación del Azuay 2001 – 2002

Las cifras bajas de la educación media se producen por la migración estudiantil a la vecina ciudad de Machala y otros lugares.

El cantón cuenta con una Academia Artesanal, además funciona en forma reciente una extensión de la Universidad Técnica de Machala, atiende a aproximadamente 500 alumnos en carreras técnicas, con titulaciones intermedias.

Comparando con Paute de población equivalente la relación de escolaridad y planteles educativos es de 1 a 3, y es inferior a otros como Santa Isabel, San Fernando.

1.3.4 Alimentación:

A pesar de la gran producción agrícola y ganadera presente en esta área la nutrición no se basa en una dieta balanceada, las principales fuentes proteicas provienen de las leguminosas y los cereales y en menor proporción de fuentes animales; la alimentación es fundamentalmente hidrocarbonada; las grasas consumidas son poliinsaturadas de origen vegetal. El consumo de verduras y productos hortícolas es limitado; el acceso a las frutas es adecuado.

1.3.5 Recreación y reposo:

Luego de culminada la jornada de trabajo, principalmente los hombres dedican tiempo a juegos de fútbol de salón, fulbito, voleibol, pero muy pocos se dedican a la lectura, pintura, escultura, manualidades, artesanías. Y en época festiva se realizan bailes populares que brindan momentos de esparcimiento.

1.3.6 Acceso a Servicios de Salud:

Esta área cuenta solamente con 3 consultorios médicos privados, 7 subcentros de salud integrado por médicos rurales, auxiliares de enfermería y un odontólogo y en la cabecera cantonal cuenta con personal administrativo.

Los subcentros están ubicados en las parroquias y recintos de importancia dentro de su jurisdicción geográfica; la población no tiene mayor acceso a una atención de salud por lo que se ve obligada a buscar otros lugares en provincias aledañas para su atención.

1.4 Aspectos ambientales:

El cantón Camilo Ponce Enríquez esta ubicado en la zona costanera al extremo noroeste del cantón Pucará, se halla atravesada por uno de los ramales del sistema montañoso de los Andes la denominada Cordillera de Mollepongo. Lindera hacia el norte con el cantón Tenguel (Guayas) y hacia el sur con el cantón el Guabo (El Oro).

1.4.1 Clima: El clima de la zona es el MONZON TROPICAL con leves variaciones a SUBTROPICAL LLUVIOSO. Las condiciones ambientales condicionan el clima con la presencia de dos estaciones, invierno y verano; las lluvias se hacen presentes en el invierno, mientras que el verano es relativamente seco.

La época de lluvia se inicia en diciembre y termina en mayo, dejando un total anual que fluctúa entre 1200 y 2000m³; aquí se suceden varias inundaciones; la humedad varia entre los 75 y 85% y la temperatura en el año varia de los 18 a los 30°C.

El cantón es afectado por otro componente climático esencial. Viniendo del oeste, la corriente cálida del Niño perturba el clima. Sea que traiga consigo masas húmedas que ocasionan irregularmente abundantes precipitaciones, o bien que por su ausencia, exista sequía.

1.4.2 Paisaje y contaminación ambiental: La vida silvestre se desarrolla en una zona húmeda, con la presencia de bosques altos ricos en maderas finas, acompañado de una gran variedad de arbustos y zonas de cultivo que cubren el suelo de la localidad, en donde existe una gran biodiversidad de plantas, animales e insectos.

A causa de la contaminación ambiental las especies animales han visto amenazado su hábitat natural, viéndose en peligro la supervivencia de este ecosistema y en tales circunstancias los animales emigran hacia lugares más seguros. Sin embargo todavía es posible encontrar una variada población de mamíferos, aves e insectos exóticos propios de la selva tropical húmeda.

El suelo de esta región proporciona una riqueza mineral y agrícola que por la mala explotación esta destruyendo el ecosistema, dando como resultado una gran cantidad de material sedimentario (mercurio y cianuro) que mantienen turbias y contaminadas las aguas de los ríos dificultando la vida de especies fluviales y que además podrían aniquilar la vida silvestre.

Los impactos de la contaminación afectan al ser humano que habita estas tierras porque utiliza estas aguas con fines de riego y uso doméstico; lo que puede observarse en el aumento de enfermedades de la piel, ojos, y enfermedades digestivas y otras.

1.4.3 Vías de Comunicación: La principal vía de comunicación es la carretera Machala-Guayas que atraviesa todo el cantón Ponce Enríquez siendo la única de material asfáltico; a partir de esta se derivan una serie de carreteras lastradas que permanecen en mal estado que comunican los diferentes recintos, las que están bajo la responsabilidad de la Alcaldía del Cantón.

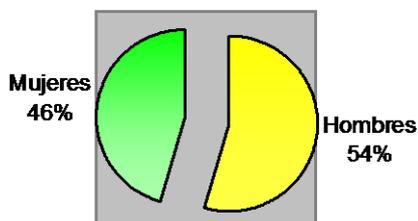
1.5 Características demográficas.

La población es predominantemente masculina con respecto a la femenina desde los 20 años, lo que no responde a la distribución poblacional habitual en la Provincia del Azuay.

| Cuadro 3. Composición poblacional Área N° 10 2001 | | | | | | |
|---|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
| Grupos de edad | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | N° | Tasa % | N° | Tasa % | N° | Tasa % |
| 0 a 9 | 1055 | 11,88 | 1033 | 11,63 | 2088 | 23,51 |
| 10 a 19 | 969 | 10,91 | 913 | 10,28 | 1882 | 21,19 |
| 20 a 39 | 1762 | 19,84 | 1281 | 14,42 | 3043 | 34,26 |
| 40 a 59 | 710 | 7,995 | 581 | 6,542 | 1291 | 14,54 |
| 60 y mas | 336 | 3,783 | 241 | 2,714 | 577 | 6,49 |
| Total | 4832 | 54,41 | 4049 | 45,59 | 8881 | 100 |

Fuente: Resultados VI censo de población y IV de vivienda 2001

Gráfico 2. Distribución porcentual de la población según sexo 2001



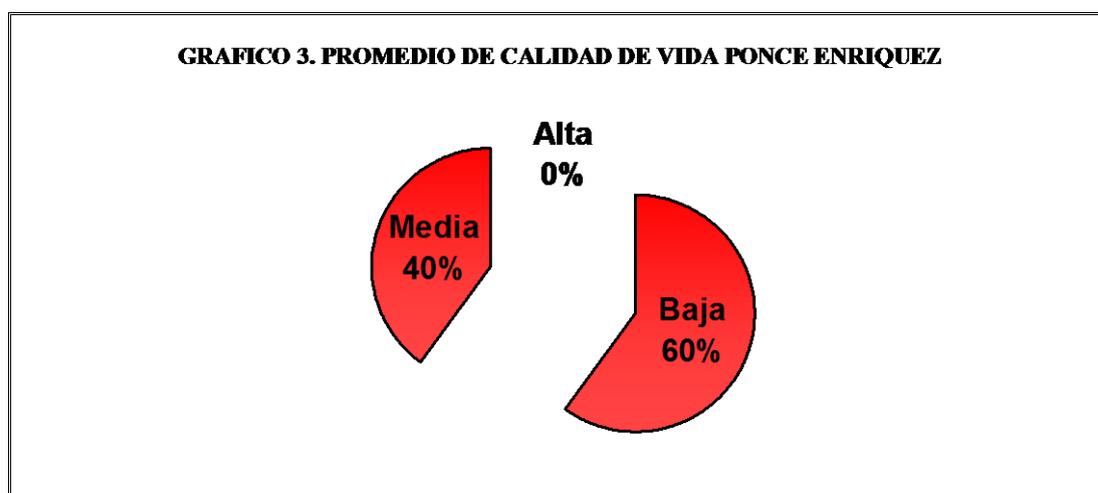
Fuente: Resultados VI censo de población y IV de vivienda 2001

1.6 Calidad de Vida

Las parroquias de esta área elegidas para el estudio presentan puntajes de evaluación de calidad de vida que se analizan de la siguiente manera: en la cabecera cantonal, Camilo Ponce, observamos que existe un nivel medio y bajo de calidad de vida; mientras tanto que en las parroquias Río Balao y Zhumiral encontramos un nivel bajo, por lo tanto la sumatoria general del área corresponde a un nivel bajo de calidad de vida indicando la ausencia de perfiles de protección de salud, desarrollo, y una integración de estos dos.

| Cuadro 4 CALIDAD DE VIDA POR PARROQUIA Y N° FAMILIAS EN EL AREA N° 10 | | | | | | | |
|---|-------------|-----------------|----------|--------------|----------|--------------|-----------|
| PARROQUIAS | N° FAMILIAS | CALIDAD DE VIDA | | | | | |
| | | ALTA | N° | MEDIA | N° | BAJA | N° |
| RIO BALAO | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 64,60 | 3 |
| CAMILO PONCE ENRIQUEZ | 11 | 0 | 0 | 39.6 | 6 | 59,20 | 5 |
| ZHUMIRAL | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59,50 | 4 |
| TOTAL AREA DE SALUD N° 10 | 18 | 0 | 0 | 39.60 | 6 | 61,03 | 12 |

Fuente: Encuestas de calidad de vida



Fuente: Encuestas de calidad de vida

2. Perfiles epidemiológicos

2.1 Notificación de enfermedades.

Las enfermedades de orden respiratorio ocupan el primer lugar presentándose en 3 de cada 5 personas, esto debido a la variación climática de la zona y a la contaminación ambiental, las enfermedades gastrointestinales y parasitarias les siguen en orden manifestándose en 2 de cada 5 personas. Es necesario tomar en cuenta que los niños presentan una mayor susceptibilidad a contraer enfermedades, sin embargo el resto de la población no esta exenta de adquirirlas (ver Cuadro 5.)

| CUADRO 5. ENFERMEDADES DE NOTIFICACION RAPIDA EPI 1 2002 | | | | | | | |
|---|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| ENFERMEDADES | <1Año | 1 a 4 | 5 A 14 | 15 A 44 | 45 Y MÁS | TOTAL | |
| | | | | | | Nº | Tasa % |
| I.R.A | 500 | 716 | 200 | 196 | 77 | 1689 | 19.01 |
| E.D.A | 186 | 333 | 62 | 18 | 7 | 606 | 6.82 |
| Salmonelosis | | 8 | 29 | 57 | 16 | 110 | 1.23 |
| Accidentes laborales | | | 17 | 77 | 10 | 104 | 1.17 |
| Fiebre tifoidea | | 6 | 17 | 51 | 16 | 90 | 1.01 |
| Partos | | | | 86 | | 86 | 0.96 |
| Hipertensión arterial | | | | 18 | 54 | 72 | 0.81 |
| Paludismo | | 1 | 6 | 30 | 9 | 46 | 0.51 |
| Dengue clásico | | 4 | 5 | 15 | 6 | 30 | 0.33 |
| Accidentes domésticos | 1 | 9 | 5 | 13 | 1 | 29 | 0.32 |
| Otras enfermedades | 7 | 18 | 57 | 103 | 28 | 213 | 2.39 |
| TOTAL | 694 | 1095 | 398 | 664 | 224 | 3075 | 34.62 |

Fuente: Dirección Provincial de Salud del Azuay Departamento de Estadística EPI 1 2002

| CUADRO 6. ENFERMEDADES DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICA EPI 2 2002 | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| Enfermedades | <1Año | 1 a 4 | 5 A 14 | 15 A 44 | 45 Y MÁS | TOTAL | |
| | | | | | | Nº | Tasa % |
| I.R.A | 481 | 589 | 137 | 125 | 33 | 1365 | 15.36 |
| E.D.A | 184 | 246 | 24 | 20 | 17 | 491 | 5.52 |
| Salmonelosis | | 7 | 24 | 47 | 9 | 87 | 0.97 |
| Partos | | | | 72 | | 72 | 0.81 |
| Accidentes laborales | | 1 | 8 | 53 | 6 | 68 | 0.76 |
| Fiebre tifoidea | | 6 | 8 | 34 | 13 | 61 | 0.68 |
| Varicela | 6 | 5 | 14 | 12 | | 37 | 0.41 |
| Hipertensión arterial | | | | 6 | 29 | 35 | 0.39 |
| Paludismo | | | 5 | 21 | 2 | 28 | 0.31 |
| Accidentes domésticos | | 8 | 8 | 7 | 3 | 26 | 0.29 |
| Otras enfermedades | 0 | 11 | 19 | 56 | 13 | 99 | 1.11 |
| TOTAL | 671 | 873 | 247 | 453 | 125 | 2369 | 26.67 |

Fuente: Dirección Provincial de Salud del Azuay Departamento de Estadística EPI 2 2002

La población padece con mas frecuencia de enfermedades parasitarias, respiratorias, digestivas, diarrea aguda, problemas de la piel, caries dental y enfermedad periodontal,

teniendo en cuenta que los problemas de paludismo, dengue, fiebre amarilla no se encuentran aislados sino que se presentan con mayor frecuencia en época de invierno cuando la precipitación fluvial es mayor.

2.2 Morbilidad ambulatoria

Las enfermedades de orden respiratorio y gastrointestinal son las de mayor incidencia más de una cuarta parte de la población las padece, sin dejar al lado las enfermedades de la piel.

Perjudicialmente a esto se suma la falta de preocupación de todos los habitantes de la zona para obtener mejoras en las condiciones de salud.

En las mujeres se observa que la salud se encuentra mas perjudicada en relación con los hombres sobretodo en edades entre los 15 y 44 principalmente en los casos de parasitosis, infección de vías urinarias y tifoidea.

| CUADRO 7. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL AREA N° 10 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|-----------|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Enero – Junio 2003 | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDADES | < 1 año | | 1 – 4 años | | 5 – 14 años | | 15 – 44 años | | 45 y más | | TOTAL | | | |
| | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | Tasa % | M | Tasa % |
| I.R.A | 159 | 177 | 270 | 237 | | | | | | | 429 | 4.86 | 414 | 4.66 |
| Parasitosis | 14 | 24 | 131 | 145 | 123 | 93 | 40 | 49 | 15 | 16 | 322 | 3.62 | 327 | 3.68 |
| Dermatitis | 51 | 83 | 83 | 86 | 29 | 32 | 13 | 12 | 3 | 5 | 179 | 2.01 | 198 | 2.22 |
| E.D.A | 48 | 67 | 88 | 97 | | | | | | | 136 | 1.53 | 164 | 1.84 |
| I.V.U | 2 | 5 | 8 | 14 | 3 | 15 | 25 | 115 | 8 | 20 | 46 | 0.51 | 169 | 1.90 |
| Amigdalitis | | | | | 31 | 37 | 36 | 55 | 13 | 8 | 80 | 0.90 | 100 | 1.12 |
| Escabiosis | 12 | 3 | 18 | 12 | 9 | 10 | 9 | 12 | 4 | 4 | 52 | 0.58 | 41 | 0.46 |
| Síndrome Febril | 3 | 2 | 9 | 5 | 7 | 2 | 12 | 17 | 3 | 5 | 34 | 0.38 | 31 | 0.34 |
| Otitis | 2 | | 6 | 2 | 7 | 7 | 7 | 13 | 2 | 4 | 24 | 0.27 | 26 | 0.29 |
| Tifoidea | | | 2 | 0 | 7 | 3 | 7 | 8 | 7 | 11 | 23 | 0.25 | 22 | 0.24 |
| Otras Causas | 25 | 21 | 15 | 19 | 18 | 12 | 10 | 9 | 25 | 27 | 93 | 1.04 | 88 | 0.99 |
| TOTAL | 315 | 372 | 630 | 617 | 234 | 211 | 159 | 290 | 80 | 100 | 1418 | 15.96 | 1590 | 17.90 |

Fuente: Dirección Provincial de Salud del Azuay Departamento de Estadística

2.3 Morbilidad estomatológica

El diagnóstico de enfermedades de origen estomatológico determinó que el depósito de placa bacteriana, cálculo está presente en el 100% de los pacientes examinados; provocando que en más de una tercera parte de los pacientes presenten problemas periodontales, en los que un 14% presentaban recesión gingival.

La caries dental se presentó en mas del 70% de los examinados, principalmente caries de dentina y esmalte.

Sumado a esto la perdida dental ya sea por caries, pulpitis, enfermedad periodontal o accidentes está presente en un 16% de los casos dejando como resultado 584 dientes perdidos y solamente 54 piezas obturadas.

Con relación a portadores de prótesis se pudo verificar; 8 casos de bimaxilar, 2 casos de unimaxilar; y 14 de prótesis parcial removible, que además presentaban atrofia del reborde alveolar en un 11% de los casos.

Con respecto a alteraciones en la relación de los arcos dentarios, se observo en un 30% alteraciones a nivel de articulación témporo-mandibular.

Un 13% de casos de anomalías de posición dental como apiñamiento, diastema y/o mala oclusión, provocado por el trastorno de la erupción dental normal

Con relación a patologías de la lengua, se encontraron mas de la mitad de los casos de lengua saburral, lengua geográfica y escrotal.

La población de Ponce Enríquez presenta un bajo nivel de conocimientos sobre salud oral por la falta de interés y preocupación en mantener un sistema estomatognático sano.

El área odontológica dentro del Centro de Salud no cuenta con programas de prevención, pues solamente lo que se realiza son extracciones dentarias, obturaciones y en pocos casos rehabilitación.

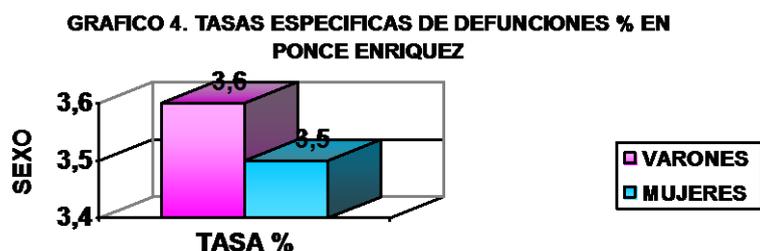
| Cuadro 8. Distribución de las Patologías bucales más frecuentes | | | |
|---|--|----|--------|
| en el área de salud N° 10 2003 | | | |
| CODIGO | ENFERMEDAD | N° | Tasa % |
| K03.6 | Depósitos; película, placa, materia alba, cálculos, pigmentos | 87 | 100 |
| K02.1 | Caries dental | 62 | 71.26 |
| K14.9 | Enfermedad de la lengua, no especificada | 48 | 55.17 |
| R19 | Halitosis | 45 | 51.72 |
| K05.1 | Gingivitis crónica marginal, hiperplásica, ulcerativa, descamativa, otros | 37 | 42.52 |
| J35 | Enfermedades crónicas de las amígdalas y adenoides | 33 | 37.93 |
| K07.6 | Trastornos de la articulación témporo-mandibular | 26 | 29.88 |
| K14.5 | Lengua plegada, con surcos, escrotal, fisurada | 23 | 26.43 |
| L81 | Otros trastornos de la pigmentación | 21 | 24.13 |
| K08.1 | Perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal | 14 | 16.09 |

Fuente: Encuestas de calidad de vida y diagnóstico odontológico 2003

Es interesante mencionar que la ficha de diagnóstico no incluye aspectos generales sino únicamente enfoca problemas dentales, cuenta con un odontograma y el registro de atención. La falta de agua potable también forma parte del problema de salud oral debido a la ausencia de tratamiento de potabilización de agua dando como resultado la carencia de sales de flúor y otros minerales aumentando la susceptibilidad cariogénica y alteraciones de orden sistémico.

2.4 Mortalidad.

Tanto hombres como mujeres presentan una tasa de mortalidad similar sin conocerse las principales causas que produce este resultado, debido a la falta de registros de las diferentes instituciones encargadas de estos.



Fuente: INEC Anuarios estadísticos 2000

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

La necesidad de obtener una visión completa de la realidad de la comunidad es primordial para disponer de un efectivo planteamiento de prioridades, no se trata solamente de realzar los elementos materiales de la calidad de vida, sino también del bienestar, de la satisfacción de necesidades intelectuales, espirituales y no solamente del aporte de satisfactores. Las prioridades son valoradas de acuerdo a los siguientes parámetros

1) Educación y Conocimientos: El nivel de conocimiento sobre el autocuidado, prevención de desastres y sobre salud es deficiente.

El limitado acceso a la educación media y superior, al que se suma la migración de las personas preparadas hace que el nivel de conocimiento general sea igual deficiente, y esto se refleja en las concepciones y creencias dominantes en la zona y a la poca preocupación que este tema genera.

Por lo que se plantea: a) Desarrollo y promoción de programas educativos planteados por el gobierno local; utilizando los medios masivos de comunicación de mayor entrada como son la televisión y la radio, en menor proporción las publicaciones periódicas y los medios informatizados. b) Ampliar los campos de investigación, el avance tecnológico desde lo local creando conocimiento.

2) Trabajo y Migración: La escasez de fuentes de trabajo genera conflictos personales y familiares, económicos, psicológicos y emocionales. Los jóvenes y los adultos, hombres y mujeres se dedican al trabajo productivo tanto en las parcelas dedicadas al auto consumo como en relación de dependencia en la agroindustria y la minería.

El ingreso semanal es de aproximadamente 40 dólares en tareas al destajo, lo que no permite solventar las necesidades diarias: acceso a una vivienda adecuada, alimentación

saludable, gastos en atención médica pública o privada e incluso de diversión familiar, es mucho más difícil pensar en el ahorro.

La carencia de estrategias de lucha contra la pobreza, junto con el déficit del presupuesto general del estado ocasionan un desequilibrio socio-económico que aumenta la vulnerabilidad de la población.

La migración en su lado positivo ha resuelto en parte las necesidades más urgentes de la vida diaria, ha permitido a jóvenes la adopción de nuevos roles dentro de una mayor disponibilidad económica. Desde la juventud hasta la edad media se da una notoria migración de mujeres que van en búsqueda de oportunidades de trabajo y capacitación. La migración interna se ha reducido y es transitoria, ligada a trabajos temporales y en tareas relacionadas con la agricultura industrializada.

Las prioridades planteadas son: a) Incremento de fuentes de trabajo por medio de la creación de comunidades productivas aprovechando la riqueza de la zona, que provea un ingreso salarial equilibrado. b) Aportar con gente sana a la economía, lo que permitirá unir la salud con el desarrollo local para que mejore la salud de la gente, el trabajo sea eficiente y se prevengan las enfermedades ocupacionales (minería y agricultura). c) Disminuir la migración para aumentar la producción local.

3) **Organización social y familiar:** Se trata de una comunidad que no está exenta de la diferenciación económica y política. Presenta formas de asociación (cooperativas) que no involucran a la mayoría de la población.

La cultura popular conserva las tradiciones propias, estas se expresan sobre todo en las festividades cívicas y religiosas, aglutinan un sector importante de la población y proporcionan a los habitantes de un espacio para el esparcimiento; los que se limitan a los fines de semana y a las festividades, no es extraño que estas actividades se asocien con el consumo de alcohol y tabaco.

Alrededor de las familias y hogares vinculados a una comunidad se generan organizaciones sociales temporales ligadas a lo deportivo y con menor frecuencia a las tareas del cuidado de la salud o del medio ambiente.

La migración es uno de los problemas que más ha impactado en la estructuración social de la zona, hay que añadir a este proceso el riesgo que tal decisión conlleva, tanto en el viaje cuanto en la forzada adaptación a mundos distintos.

Con la migración la estructura familiar ha cambiado, de familias extendidas a núcleos uniparentales con modificación de roles y estatus; los que se quedan son por lo general adolescentes y niños abrigados en hogares de paso o por nuevas familias no consolidadas, dirigidas por los adolescentes mayores, familiares cercanos o extraños.

Por esto se plantea: a) Fortalecimiento de la organización de las políticas locales para la generación de propuestas reales, sustentables, aceptadas y validas para la mejora de la estructuración política, económica y de salud. b) Trabajar sobre la importancia de la conservación del núcleo familiar, que junto con la disminución de la migración reduciría los hogares uniparentales. c) Participación de la gente en el acceso de la toma de decisiones; lo que aumenta la conciencia individual para conocer la realidad n la que se vive y mejorar así el desarrollo local y por lo tanto la calidad de vida.

4) Salud ambiental y Servicios básicos: El cuidado del medio ambiente no es una tarea que se realiza en forma consciente y programada, se observa mas bien una permanente agresión al medio por el tipo de cultivo, el uso irracional de insecticidas y abonos, la ausencia casi completa del manejo de basuras y excretas y la permanente y peligrosa contaminación de ríos y aguas profundas por parte de mineros artesanales e industriales. El diseño de las habitaciones no protege adecuadamente a los habitantes y no se realiza con criterios ergonómicos dependientes de la cultura, ni están diseñados con criterios de crecimiento familiar o adecuación a los cambios en su uso.

La provisión de servicios básicos es limitada, una tercera parte de las familias tiene acceso a la provisión de agua entubada, el único lugar en el que el agua recibe un tratamiento elemental; las fuentes de agua se encuentran contaminadas por el uso de agroquímicos y de los desechos de la explotación minera en las alturas.

La cobertura de servicio eléctrico es amplia, lo opuesto sucede con el teléfono. Un tercio de la población tiene servicio de recolección de excretas sin tratamiento posterior; una tercera parte lo hace por medio de pozos sépticos y el resto no cuenta con los servicios.

Frente a esto planteamos: a) Protección del medio ambiente teniendo en cuenta el manejo de agua, el uso adecuado del suelo agrícola, explotación minera. b) Recuperación de espacios deteriorados con reforestación, cuidado de las zonas de cultivo y minería, y la aplicación de programas de reciclaje. c). Mejorar la disponibilidad de servicios básicos como agua para el consumo, alcantarillado, eliminación de basura y excretas, acceso a una vivienda saludable que permita mejorar la calidad de vida.

5) Alimentación y salud médica: La inseguridad alimenticia presente, como consecuencia de un desequilibrio económico muestra que la alimentación básica esta constituida por harinas y azucares en su mayor proporción, provenientes de tubérculos y cereales; la ingesta proteica es limitada, pero en general no se observa desnutrición ni conflictos nutricionales.

El consumo de leche y proteínas en los niños no se garantiza, aunque esta necesidad es sustituida por el uso de proteínas vegetales. El consumo de comida “chatarra” es limitado y se consumen frutas tropicales dependiendo de la época. Una parte de la producción proteica en las pequeñas parcelas se utiliza para la venta (huevos, carne de ave y otros animales menores)

Como en todo el país, Ponce Enríquez dispone de conocimientos tradicionales para el tratamiento de diversas dolencias, en espacios de sincretismo con la medicina occidental, pero con predominio de los poco sistematizados saberes andinos.

La población recurre a brujos, curanderos, comadronas entendidos y empíricos para el tratamiento de alteraciones comunes y acuden a la medicina occidental formal solamente en casos especiales; el peso de las creencias y las tradiciones condiciona las formas de reaccionar frente a la salud y la enfermedad. Se usan en forma común preparados de plantas medicinales de todos los nichos ecológicos.

La falta de programas de salud y de inversión en el sector a los que se suma la poca dedicación del personal de salud a su tarea hace que esta sea un área muy descuidada; habrá que añadir el poco interés de la población por cuidar de su salud y exigir que los encargados de la tarea cumplan con sus obligaciones.

El principal problema de salud es el de las enfermedades infecto contagiosas dependientes de las pésimas condiciones de salud agravadas por las condiciones ambientales de una zona tropical baja.

El cuidado oral es deficitario en el conjunto de la población, no se ha desarrollado una cultura de aseo y prevención, los problemas dentales se resuelven con la extracción y el acceso a la rehabilitación es muy limitado, tanto por la poca oferta de este servicio como por la despreocupación de la población. 3 de 4 personas sufre de caries de dentina lo que hace que la frecuencia de pulpitis aguda y crónica sea la razón por la que los pacientes acuden a un servicio odontológico buscando una solución radical no estética ni funcional del problema.

Las prioridades planteadas al respecto son: a) Asegurar alimentos nutritivos y de calidad que proporcionen una dieta equilibrada, que además inicien una cultura alimenticia, de salubridad y responsabilidad. b) Proteger la salud mejorando las políticas

de salud, induciendo un cambio en la práctica médica y comunitaria, tratando no solo la enfermedad sino previniéndola por medio de la creación de programas que ofrezcan un cuidado básico médico y odontológico. c) Curar y rehabilitar al enfermo mediante una atención integral utilizando los recursos de las instituciones de salud pública y privada.

6) Factores de protección y de riesgo: Hay un conocimiento incipiente de los riesgos del uso de insecticidas, una mayor información del peligro de las sustancias utilizadas en la minería, aunque no se ejercen en uno y otro caso medidas de protección. No hay conciencia de la contaminación ambiental, pesan en mayor medida las exigencias de la supervivencia y la tasa de ganancia.

A pesar de que ha llegado información suficiente sobre medidas preventivas en el campo de la salud no han tenido la aceptación suficiente excepto en el caso de las vacunas en la infancia.

La falta de recursos económicos no permite el acceso a los implementos básicos de cuidado bucal y atención odontológica primaria, por lo que se presentan índices elevados de placa bacteriana, enfermedad periodontal, caries, halitosis y edentulismo.

El déficit de recursos, que genera la falta de acción y política de promoción en salud impide la existencia de una atención primaria, debilitando así la prevención y recargando la asistencia. La desigualdad de los indicadores de morbi-mortalidad que afecta de forma dispareja a la comunidad.

Por lo que se propone: a) Popularización de la salud para que esta se integre en la vivencia social y cultural de las personas ayudando a la disminución de factores de riesgo. b) La implementación de programas preparativos para desastres tomando como base las amenazas locales incrementando el grado de concienciación y participación de la comunidad.

Anexo 1

Diagnóstico epidemiológico y prioridades de salud en Azuay Formulario de detección de calidad de vida

| Test para detectar factores de protección de salud y riesgo de enfermedad en familias | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|----------|----|-------------------------|
| Provincia | Área de salud | Cantón | Parroquia | Comunidad o Barrio | | | | |
| N° | Pregunta | | | | Respuesta | | | |
| | | | | | Si | A medias | No | |
| 1 | En su familia hay problemas de trabajo o por falta de trabajo? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 2 | El trabajo que realiza su familia afecta la salud de las personas? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 3 | Los ingresos del trabajo les permiten ahorrar? | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 4 | Los miembros de la familia pertenecen a alguna organización social | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 5 | La familia participa de las actividades de la comunidad | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 6 | Su familia esta integrada | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 7 | Los miembros de la familia se llevan bien con las personas con quienes frecuentan diariamente | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 8 | La familia puede pagar la atención privada de la salud | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 9 | Su familia come con frecuencia alimentos chatarra o sustancias no aptas para el consumo humano? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 10 | La casa donde vive la familia es propia | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 11 | La casa donde vive la familia es un ambiente saludable? (adecuada temperatura, ventilación, luz natural estética, segura, con espacios verdes, plantas, higiénica, sin ruido, sin contaminación, sin insectos, roedores u otros animales) | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 12 | En la familia para divertirse: dibujan, pintan, esculpen, hacen manualidades, artesanías, pasatiempos, paseos, deporte? | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 13 | El lugar donde vive su familia está contaminado? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 14 | Su familia destruye el ecosistema, deforesta, contamina agua, aire, suelo, mata animales? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 15 | Su familia contribuye en la prevención de contaminación del ambiente con desechos de la industria, minería, turismo, agroganadera | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 16 | Su familia sabe que hacer ante terremotos, inundaciones, explosiones o accidentes? | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 17 | Su familia detecta anomalías en los padres o familiares para prevenir problemas genéticos | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 18 | Las preocupaciones diarias afectan la salud de su familia? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 19 | Considera sana a su familia? | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 20 | En su familia hacer ejercicio físico al menos 3 veces por semana para mantener buena salud? | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 21 | La familia se ve afectada por uno o varios de los siguientes problemas? Cuales? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| | Infección respiratoria aguda | Que se transmiten sexualmente | SIDA | Eruptivas de la infancia | | | | Enfermedades de la piel |
| | tuberculosis | parasitismo | Diarreas | neumonías | | | | Caries dental |
| | Accidentes | Discapacidades | Envenamiento | embarazo | | | | Aborto |
| | Menopausia | Andropausia | Desnutrición | Obesidad, anorexia | | | | Neurosis |
| | Demencias | Falta de afectividad | Maltrato | Violación | | | | Tabaquismo |
| | Drogadicción | Alcoholismo | homosexualidad | Digestivas | | | | Cáncer |
| | Hipertensión arterial | Cerebro vasculares | Abuso de medicinas | Cardiacas | | | | Sordera |
| | Reumatismo | Hernias | Colecistitis | Diabetes | | | | Ulcera gástrica |
| Atrofia muscular | osteoporosis | Psicosis senil | ceguera | Postración | | | | |
| 22 | La familia identifica factores de protección para mejorar su salud y de riesgo para evitar enfermarse? | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 23 | La familia identifica signos y síntomas de la enfermedad para consultar oportunamente? | | | | 0 | 2 | 4 | |
| 24 | Cuando se enferma alguien de la familia se cura solo con remedios caseros? | | | | 4 | 2 | 0 | |
| 25 | En la familia ingieren medicamentos por recomendación de familiares, amistades, boticarios o personas que no son médicos | | | | 4 | 2 | 0 | |
| SUBTOTALES | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |

Fuente: Elaborado y valorado por el Dr. Oswaldo Muñoz

BIBLIOGRAFIA

1. Archivos del departamento de Epidemiología de la Dirección de Salud del Azuay
2. Armijos R. Epidemiología. Tomo 1 Ed. Interamericana. Buenos Aires. 1974
3. Carvajal Ma. Eugenia, Cruz Víctor. Comportamiento y Salud Editorial Norma
4. Denver A. Epidemiologia y administración d los servicios d salud OPS/OMS 1991
5. Dirección Provincial de Salud del Azuay Departamento de Estadística
6. DPDA. Dto. de epidemiología. Semanas epidemiológicas. Sistema de notificación SIVE-ALERTA
7. Dr. Rosendo Rojas. Profesor de la Facultad de Medicina
8. Instituto Geográfico Nacional Quito – Ecuador 2003
9. Ministerio de Educación y Cultura Dirección de Educación del Azuay 2001 – 2002
10. Muñoz O y Calle H. Modelo de intervención en salud, ambiente y dsarrollo local sustentable. Univrsidad de Cuenca. Pydlos 1999
11. Muñoz O. Epidemiología Diagnostico y programación epidemiológica local MSP. DPSA 1997
12. Muñoz O. Epidemiología Universidad de Cuenca 2000
13. Muñoz O. Morbilidad en el Azuay. Decada 1980 – 1989. revista IDICSA. VOL 8 N°1. Universidad de Cuenca 1993.
14. Negret R. En el sendero del desarrollo sostenible. Ediciones culturales UNP & productora de publicaciones
15. Resultados VI censo de población y IV de vivienda 2001
16. Victoria C Barros F y Vaughan P. Epidemiologia de la desigualdad OPS/OMS 1992

INDICE

CAPITULO I

| | |
|--------------------|---|
| INTRODUCCION | 1 |
|--------------------|---|

CAPITULO II

| | |
|--------------------------|---|
| MATERIAL Y MÉTODOS | 3 |
|--------------------------|---|

CAPITULO III

| | |
|------------------|---|
| RESULTADOS | 5 |
|------------------|---|

1. Calidad de vida.

| | |
|----------------------------|---|
| 1.1 Aspectos Sociales..... | 5 |
|----------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| 1.2 Condiciones culturales..... | 7 |
|---------------------------------|---|

| | |
|---|---|
| 1.3 Condiciones de consumo de bienes y servicios..... | 8 |
|---|---|

| | |
|---------------------|---|
| 1.3.1 Vivienda..... | 8 |
|---------------------|---|

| | |
|------------------------------|---|
| 1.3.2 Servicios básicos..... | 9 |
|------------------------------|---|

| | |
|------------------------|---|
| 1.3.3 Escolaridad..... | 9 |
|------------------------|---|

| | |
|-------------------------|----|
| 1.3.4 Alimentación..... | 10 |
|-------------------------|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| 1.3.5 Recreación y reposo..... | 10 |
|--------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 1.3.6 Acceso a Servicios de Salud..... | 11 |
|--|----|

| | |
|-------------------------------|----|
| 1.4 Aspectos ambientales..... | 11 |
|-------------------------------|----|

| | |
|-------------------|----|
| 1.4.1. Clima..... | 11 |
|-------------------|----|

| | |
|---|----|
| 1.4.2. Paisaje y contaminación ambiental..... | 12 |
|---|----|

| | |
|----------------------------------|----|
| 1.4.3. Vías de comunicación..... | 12 |
|----------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1.5 Características demográficas..... | 13 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 1.6 Calidad de Vida..... | 13 |
|--------------------------|----|

| | |
|--|-----------|
| 2. Perfiles epidemiológicos..... | 14 |
| 2.1 Notificación de enfermedades..... | 14 |
| 2.2 Morbilidad ambulatoria..... | 16 |
| 2.3 Morbilidad estomatológica..... | 17 |
| 2.4 Mortalidad..... | 18 |
| CAPITULO IV CONCLUSIONES..... | 19 |
| ANEXO 1..... | 25 |
| ANEXO 2..... | 26 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 27 |
| INDICE..... | 28 |