



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESUMEN

El proceso salud – enfermedad está ligado a varios determinantes sociales, nuestro trabajo estuvo enfocado en conocer dichos factores que afectan a las familias de la zona 2 de la parroquia de Sinincay. Cuenca 2010.

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

Materiales y métodos:

Con un universo de estudio que estuvo constituido por 1012 familias se realizó la recolección de los datos mediante las fichas familiares del MSP con datos recolectados desde Diciembre del 2010 a Marzo del 2012 y se realizó una investigación de tipo transversal. El procesamiento se hizo en el programa SPSS. Y para la comprobación de la hipótesis, utilizamos los siguientes métodos estadísticos: la parte descriptiva: número y porcentaje, la analítica por razón de prevalencia, intervalo de confianza y valor de p.

Resultados

Los factores que más afectan a la población son los factores socio-económicos, del cual tiene un mayor porcentaje la calificación del riesgo bajo, ligado especialmente a la pobreza; muchos de ellos no modificables (hacinamiento, violencia, etc); se encontró gran tipo de impacto en enfermedades del aparato circulatorio asociado en especial a la HTA asociada a su vez con enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus tipo II, enfermedades gastrointestinales asociadas al nivel de parasitismo en la población.

Conclusiones

Existen poquísimos estudios que permitan comparar la información obtenida en este trabajo. Pero se logra analizar que el factor socioeconómico es una de las piezas fundamentales en el problema de salud-enfermedad de una comunidad, es por esto que sugerimos enfocar de una manera distinta la APS por parte de los distintos organismos que rigen la salud en esta parroquia.

Palabras claves: Condiciones sociales; estadística y datos numéricos; Estado de salud; factores de riesgo; Salud Pública, Enfermedad; Azuay – Ecuador.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ABSTRACT

The process health – disease is connected to various social determinants, our study was based on the understanding of certain factors which affect families who live in the Zone 2 of the community of Sinincay. Cuenca 2010.

Aim: Stipulate the characteristics of the health-disease and its determinants in the population of Sinincay.

Materials and methods:

With an universe of study that was formed of 1012 families and realized through the collection of family files of the MSP with information collected from December 2012 until March 2012 we made a transverse investigation. The processing was done with help of the SPSS program. To prove our hypothesis we used the following statistic methods: the description part: numbers and percent, the analytic part was based on confidence and value of the people.

Results:

The factors which most affected the population are the social-economy factors, of which the qualification of low risk has the mayor percentage, connected specially with poverty: a lot of them are not modifiable (accumulation of people like crowds, violence and others); we also found a huge impact of diseases of the circulation of blood associated specially with the HTA that is again connected with metabolic diseases like the diabetes Mellitus Type II, diseases gastrointestinal which has its origins in the high level of the parasites in the population.

Conclusion:

There are very few studies allowing the comparison with obtained information in this field of work. But it is manageable to analyze that the social-economic-factor is one of the fundamental pieces of the problem of health-disease of a community, therefore we suggest examining in different ways the APS from the part of various authorities who control the health in this community.

Keywords:

Social conditions, statistical & numerical data; Health Status, Risk Factors, Public Health, Disease; Azuay - Ecuador

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



INDICE

Página

Tabla de contenido

CAPITULO 1	17
1. INTRODUCCION	17
1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.3 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION.....	20
CAPITULO 2	21
2. FUNDAMENTO TEORICO	21
2.1. Definición.	21
2.2. Historia.	21
2.3. Recomendaciones de la CDSS	23
2.4. Factores de riesgo para la salud según la OMS.....	23
2.5. Definir los conceptos de equidad en derechos humanos en salud.....	24
2.6. Los factores relacionados a la atención en salud y a los servicios médicos.....	24
2.7. Otros determinantes del derecho a la salud.....	25
2.8. Factores protectores	25
2.9. Familia en riesgo	26
2.10. Factores de riesgo.	26
2.11. EDAD.....	27
2.12. SEXO	29
2.13. OCUPACION.....	30
2.14. ESCOLARIDAD.....	31
2.15. ENFERMEDADES.....	32
2.16. RIESGOS BIOLÓGICOS.....	41
2.18. RIESGOS SOCIOECONOMICOS	49
CAPITULO 3	55
3. HIPÓTESIS	55
CAPITULO 4	56
4. OBJETIVOS	56
4.1. Objetivo General	56
4.2. Objetivos específicos.....	56

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO 5	57
5. DISEÑO METODOLÓGICO	57
5.1. Tipo de estudio.....	57
5.3. Universo y Muestra	58
5.4. Criterios de inclusión	59
5.5 Criterios de exclusión	60
5.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	60
5.7. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	60
5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	61
5.9. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO.....	61
CAPITULO 6	63
6. RESULTADOS	63
6.1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN	63
6.2. FACTORES DE RIESGO.....	69
CAPITULO 7	72
7.1. DISCUSION.....	72
CAPITULO 8	76
8.1. CONCLUSIONES	76
8.2. RECOMENDACIONES	78
CAPITULO 9	80
9.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
9.2. ANEXOS	102

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA, reconozco y acepto 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 MÉDICO. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA
1711970150

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos
puestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA

1711970150

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO

NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO

DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO, reconozco y acepto 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 MÉDICO. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.


NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
0105688311

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO

NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO

DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Nataly Becerra

NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO

0105688311

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO

NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO

DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO, reconozco y acepto 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 MÉDICO. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.


DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
0103883724

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.


DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
0103883724

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICOS**

**“DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD FAMILIAR DE LA
PARROQUIA DE SININCAY CUENCA AÑO 2010”**

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO

NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO

DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA

DIRECTOR

DR. JAIME MORALES

CUENCA – ECUADOR

2012

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO

NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO

DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

El contenido del presente trabajo, su investigación y los datos obtenidos son de absoluta responsabilidad de sus autores:

Diana Elizabeth Arévalo Delgado

Nataly Raquel Becerra Chacho

Daniel Teodoro Bermeo Rocha

AUTORES:
DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

Nuestros más sinceros agradecimientos a nuestro Director de tesis, Dr. Jaime Morales y a nuestra Asesora Dra. Lorena Mosquera quienes acertadamente nos orientaron durante el transcurso de este trabajo de investigación; no podemos olvidar a todas aquellas personas quienes hicieron posible que este trabajo llegara a su culminación; y hoy sea una realidad, además de que el mismo ayude al crecimiento de los pueblos y mejore de alguna manera su calidad de vida.

Los Autores.

AUTORES:
DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres por sus consejos, sus valores y por la motivación constante, sobretodo su entrega absoluta para formarme. A mis familiares quienes durante todos estos años confiaron en mí, comprendiendo mis ideales y el tiempo que no estuve con ellos. Y en general a todas las personas que hicieron posible la obtención de este proyecto vaya para ellos este trabajo como símbolo de gratitud.

Diana

AUTORES:
DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Una meta mas culmina, los sueños se hacen realidad,
Una puerta se cierra y miles se abren; que este trabajo
Vaya dedicado a mis padres, quienes incondicionalmente
Me apoyan en todas mis decisiones y me dan su mano amiga
en los momentos difíciles. Madre gracias por todos tu
consejos y tus sabias palabras, que me han acompañado
durante todos estos largos años y hoy se cristalizan en este trabajo final.

Nataly

AUTORES:
DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Quiero dedicar este gran esfuerzo de mi carrera en primer lugar a mi padre Toyo y a mi madre Digna ya que nunca dudaron en darme su apoyo incondicional, son los seres que me dieron la vida, me guiaron con su ejemplo, me apoyan y siempre están a mi lado con su sabiduría aconsejándome constantemente.

A mi esposa Carina y a mi hija Dania porque son la fuerza para conseguir mis metas, anhelos y más grandes deseos de superación, ya que con su amor y cariño han fomentado en mí el deseo de ser una mejor persona.

A mis hermanos David y Diego, ya que son parte de mi vida; David con su espíritu libre me hace valorar aun más el valor que tiene la vida y Diego con su sabiduría me hace ver lo bueno de tomar buenas decisiones.

A mis abuelos Daniel y Leonor ya que con su apoyo y ejemplo son parte de este logro.

A mi familia y amigos por su confianza y estímulo.

Daniel



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO 1

1. INTRODUCCION

A través del tiempo, las personas social y económicamente desfavorecidas han tenido un carente acceso a los servicios sanitarios básicos y al sistema de salud, esta inequidad está más acentuada en algunos de los grupos vulnerables, por lo cual enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas de grupos sociales más privilegiados. Las políticas de salud se han centrado en el tratamiento de las enfermedades, sin acciones sobre el entorno social. Como resultado, continúan los problemas sanitarios, las inequidades en salud y atención sanitaria se han incrementado, y las intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes, lo que no ha permitido alcanzar las metas de salud. (1)

Incongruentemente, la mayor evidencia sobre acciones posibles para disminuir las inequidades sociales, procede de países desarrollados, la cual dicta que un sistema de salud efectivo debe hacer énfasis en la responsabilidad colectiva sobre la salud, dirigirse a toda la población sin segregación, con enfoque en la prevención, atender a los factores de riesgos y a los determinantes socioeconómicos de la salud; que debería ser aplicado a los países subdesarrollados. Los determinantes de la salud se manifiestan de diversas formas en las condiciones de vida de la gente: la pobreza en sus múltiples expresiones, el déficit de educación, la mala nutrición, la discriminación, la vivienda insalubre, el deterioro urbano y la violencia generalizada. (2)

Uno de los ejemplos de la pobre eficacia de los sistemas de salud es la derrota en los intentos de erradicar la malaria en el mundo, dejando ver que es imposible aplicar únicamente la terapia sin profundos cambios medioambientales, sociales y culturales. A pesar de todos los esfuerzos que han puesto las organizaciones de salud existen problemas significativos de salud tales como enfermedades infecciosas, tuberculosis; el VIH/SIDA es una amenaza continua para casi todos los países y las enfermedades no

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

contagiosas están en desarrollo. Esto se debe a aspectos como el envejecimiento de las poblaciones, cambios en la dieta y la actividad física, la difusión de información, la urbanización creciente. Al examinar todas estas debilidades del sistema de salud, debemos tomar medidas que permitan acortar las desigualdades sociales que vayan paralelos a innovadores programas de salud. Por lo cual hemos visto la necesidad de analizar los determinantes de la salud en las familias de Sinincay, para observar la realidad de sus pobladores, las enfermedades que se presentan en relación a los factores de riesgo producidos por sus condiciones de vida. (3)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos aportados por el INEC la tasa de mortalidad general del país en el año 2008 es de 43.5 x 10.000 habitantes, encontrando que las principales causas son la Diabetes Mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, las hipertensivas, la influenza, neumonía, las enfermedades cardiacas, los accidentes de transporte, las agresiones, la cirrosis y enfermedades del sistema urinario. Y en cuanto a la morbilidad, las 10 principales causas en el país son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, enfermedades venéreas, hipertensión arterial, diabetes, varicela, dengue clásico, intoxicación alimentaria, víctimas de violencia y maltrato y salmonelosis. Al encontrarnos con esta realidad, vemos que la mayoría de estas patologías son prevenibles si se modifican algunos factores inherentes al ambiente en el que se desenvuelve el individuo. (4)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



1.3 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION

Al observar la realidad del país en donde tratantes y demás personal de salud se orienta en la cura más que en la prevención de enfermedades y siendo la parroquia de Sinincay muy poblada hemos resuelto que se debería realizar un estudio transversal, observando los riesgos de la población y sus posibles soluciones.

Establecidos los factores de riesgo en las familias de la comunidad se genera conocimiento acerca de problemas, deficiencias o sistemas protectores, con la finalidad de aportar con datos que reflejen la realidad de la parroquia para que sean útiles en el desarrollo de programas de promoción y prevención de salud, en beneficio de la parroquia Sinincay.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO 2

2. FUNDAMENTO TEORICO

Determinantes Sociales de la Salud en la Parroquia de Sinincay

2.1. Definición.

Los determinantes sociales de la salud es la causa más poderosa que reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como determinantes sociales de la salud. (5)

2.2.Historia.

La OMS desde 1948 la en su constitución tiene bien afirmada sus propuestas, entre las cuales circula uno de sus estamentos “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”. En aquel tiempo se desarrollaron programas verticales de salud, la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978, convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. La conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de "atención primaria de salud" como una estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos para el 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, fijados en el año 2000, son ocho objetivos de desarrollo humano, que los 192 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015.(6)

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) conforman la agenda de desarrollo mundial actual. Los ODM reconocen la interdependencia de la salud y las condiciones sociales y brindan una oportunidad para promover las políticas sanitarias que abordan las raíces sociales del sufrimiento humano injusto y evitable.Los ODM se componen de8 Objetivosy21 metas cuantificablesque sesupervisan mediante 60 indicadores.(7)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- 4: Reducir la mortalidad infantil.
- 5: Mejorar la salud materna.
- 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (8)

En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el Director General de la OMS, Dr. Lee Jong-Wook, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; cuyo propósito fue generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias. (9) En resumen:

- Acopiará datos sobre intervenciones eficaces y propondrá políticas relativas a los principales determinantes sociales, con énfasis en los países de bajos ingresos; (10)
- Fomentará un debate social amplio y abogará para que los Estados Miembros, grupos de la sociedad civil y agencias internacionales relacionadas, apliquen políticas para intervenir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud; (11)
- Definirá un programa de acción a mediano y largo plazo para incorporar las recomendaciones de la Comisión e implementación de políticas, planes y programas relacionados con la salud en los países, agencias internacionales relacionadas y en la OMS. (12)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



2.3.Recomendaciones de la CDSS

- La Comisión formula tres recomendaciones principales:
- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (13)

El ejemplo más notable de atención primaria de salud selectiva fue la estrategia VRIL (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, inmunización y lactancia materna) impulsada por UNICEF. El contraste entre los enfoques de la atención primaria de salud integral y selectiva plantea cuestiones estratégicas para la CDSS. (14)

2.4.Factores de riesgo para la salud según la OMS

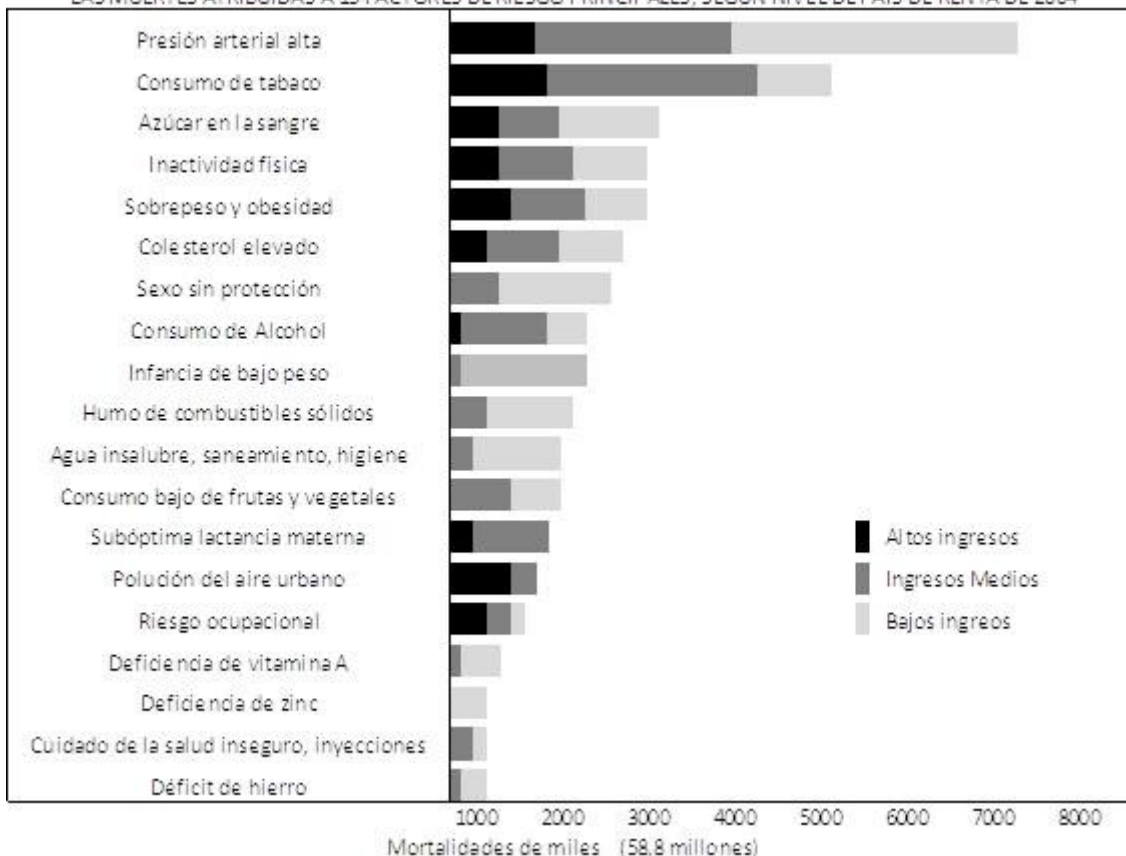
Entre los riesgos prevenibles estudiados, la OMS consideramás importantes a la insuficiencia ponderal del niño y la madre; las prácticas sexuales de riesgo; la hipertensión arterial; el consumo de tabaco; el consumo de alcohol; la insalubridad del agua, la falta de saneamiento y de higiene; la hipercolesterolemia; el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; la ferropenia y el sobrepeso y la obesidad. (15)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



LAS MUERTES ATRIBUIDAS A 19 FACTORES DE RIESGO PRINCIPALES, SEGÚN NIVEL DE PAÍS DE RENTA DE 2004



(16)

2.5. Definir los conceptos de equidad en derechos humanos en salud.

La OMS define a la equidad como la ausencia de diferencias injustas y remediabiles en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Las inequidades en salud son diferencias en salud socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población. (17)

2.6. Los factores relacionados a la atención en salud y a los servicios médicos

Los Sistemas de salud han tenido influencia sobre la equidad en el acceso a la atención, a través de cambios en el financiamiento, en el otorgamiento de servicios y en las políticas de la privatización ha sido negativo. Los Trabajadores de la salud y el impacto de la migración mundial de los trabajadores de la salud de países con mayores necesidades a países con mayores recursos necesitan de políticas que reduzcan la injusticia que surge

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

de tales flujos. El Comercio en servicios médicos está afectando la equidad en salud en los países pobres. El acceso a medicamentos esenciales a través del efecto de la extensión de los derechos de propiedad intelectual al acceso a los medicamentos esenciales ha sido quizás el más grave. (18)

2.7. Otros determinantes del derecho a la salud

El impacto negativo de la globalización en el acceso al agua potable y el saneamiento; urgen medidas que pueden asegurar y garantizar la equidad en el acceso y la sustentabilidad en el uso del agua son necesarias. La Seguridad alimentaria, un mercado mundial cada vez más integrado en la producción alimentaria es bien conocido y la comercialización y la distribución de alimentos de base afecta gravemente la seguridad alimentaria a nivel nacional y del hogar. Las Sanciones económicas por parte de los Estados y organizaciones internacionales y su impacto sobre el derecho a la salud es innegable. El impacto de los sistemas de producción mundial integrados sobre los mercados de trabajo, el desempleo, las condiciones de trabajo y la seguridad social ligada al empleo son todos elementos que afectan el derecho a la salud. La Pobreza con políticas neoliberales en la distribución de la pobreza entre y dentro de las naciones es quizás la determinante más importante. Los factores mundiales que determinan la posición y rol de la mujer en la sociedad en diversos contextos se sobreponen a las otras injusticias aquí enumeradas. El papel de la globalización neoliberal en la creación de nuevas clases de exclusiones y el refuerzo de las existentes. El impacto de la militarización y de la guerra sobre el derecho a la salud nos llega en la televisión todas las noches. (19)

2.8. Factores protectores

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

Estructurales:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Amplias redes sociales y familiares de apoyo.
- Nivel sociocultural adecuado.
- Nivel de escolaridad adecuado (ambos padres con más de 8 básico)
- Vivienda adecuada.
- Integración a subsistemas mayores activamente.
- Estabilidad y satisfacción laboral.
- Necesidades vitales y de recreación cubiertas. (20)

Funcionales:

- Subsistema familiar abierto: comunicación directa, reglas claras y flexibles, estilo de comunicación niveladora, desarrollo de los miembros de la familia.
- Expresión de afecto y de reconocimiento mutuo.
- Sentido de pertenencia.
- Optimismo.
- Autoestima alto de los miembros de la familia.
- Relaciones claras con la familia de origen.
- Buen sentido del humor (21)

2.9.Familia en riesgo

Familia que en su conjunto o sus miembros por separado acumulan más de un factor de riesgo ó tienen un desequilibrio entre factores de riesgo y protectores, y por lo tanto presenta una probabilidad aumentada de daño en su capacidad de cumplir sus tareas o funciones básicas. La vulnerabilidad es el grado estimado de daño que puede sufrir un individuo, familia o comunidad, como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de variada intensidad y que puede cuantificarse de ninguno a total. (22)

2.10.Factores de riesgo.

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud. El ministerio de Salud Pública ha considerado

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

clasificar los factores de riesgo en grupos y componentes los cuales son los siguientes: (23)

Riesgos Biológicos

1. Personas con vacunación incompleta
2. Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición)
3. Personas con enfermedad de impacto
4. Embarazadas con problemas
5. Personas con discapacidad
6. Personas con problemas mentales (24)

Riesgos sanitarios

1. Consumo de agua insegura
2. Mala eliminación de basura y excretas
3. Mala eliminación de desechos líquidos
4. Impacto ecológico por industrias
5. Animales intradomiciliarios (25)

Riesgos Económicos

1. Pobreza
2. Desempleo o empleo informal del jefe de familia
3. Analfabetismo del padre o de la madre
4. Desestructuración familiar
5. Violencia/Alcoholismo/Drogadicción
6. Malas condiciones de la vivienda
7. Hacinamiento (26)

2.11.EDAD

Según cifras de UNICEF que corresponden al periodo 2004 - 2008, actualmente 50% de las muertes infantiles registradas en Ecuador son prevenibles, y existen tasas de mortalidad más altas para los niños y niñas indígenas y afro ecuatorianos. Las medidas encaminadas a resolver los problemas de salud son poco aplicadas o nulas en países en vías de desarrollo, lo ideal sería que las muertes tempranas se resuelvan ampliando la cobertura de los servicios de salud de calidad para madres y niños, la

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

desnutrición sostenida asegurando condiciones de vivienda saludables, incluyendo el acceso a agua segura y saneamiento ambiental, la carencia de estimulación cognitiva educando a los padres para la crianza y universalización de la educación preescolar. (27)

Una de las realidades más lacerantes de nuestra sociedad son los niños, niñas y adolescentes que trabajan en las calles de las ciudades de nuestro país, para tener una idea de la magnitud del problema, tenemos que para el año 2002, de acuerdo al último Censo de Vivienda y Población realizado en noviembre del 2001 más de un millón de niños y niñas trabajan dentro y fuera del hogar. (28)

Los últimos resultados que arrojó el INEC fue que la neumonía (10.7%), la dificultad respiratoria (9.7%), la diarrea y gastroenteritis infecciosa (9.2%), la ictericia neonatal (6.2%), los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer (3,3%.) son las principales causas de morbilidad que aquejan a los niños menores de un año. Como hemos analizado este problema es de carácter estructural y producto de un modelo de desarrollo que excluye a vastos sectores de la población. En la adultez aparecen nuevos derechos en la sociedad, pero también nuevas responsabilidades, es quizás la etapa más larga, pero la más productiva; se asumen roles sociales y familiares. El peso corporal y el estado de salud están estrechamente relacionados, después de los 30 años comienza una pérdida gradual de la masa muscular y un aumento de la cantidad de grasa relativa del cuerpo. Por ello conocer la composición corporal, permite cuantificar las reservas del organismo, así como detectar excesos de grasa en los obesos, o desnutriciones. El peso corporal asociado a la talla y cuantificado como índice de Masa Corporal puede ser un indicador útil, fácil y práctico, para evaluar los riesgos para la salud del adulto. El índice de Masa Corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso del sujeto en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros. Su interpretación nos ofrece la posibilidad de detectar el sobrepeso, la obesidad y la desnutrición por bajo peso. El ascenso de este indicador y sus posibles riesgos son evitables si se combinan una adecuada nutrición y una actividad física regular. (29)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El Ministerio de Inclusión Económica y Social a través del programa Aliméntate Ecuador realizó la Encuesta Nacional de salud, bienestar, alimentación, familia, trabajo y desarrollo cognitivo de las personas adultas mayores del Ecuador en el periodo 2009-2010. Los resultados obtenidos indicaron que de 132 mil adultos mayores, 40 mil viven en condiciones de pobreza, 2 de cada 10 adultos mayores consideran que sus ingresos no son suficientes y obviamente, la mayoría de ellos se ubica en los índices de condiciones sociales malas e indigentes. Los principales problemas de salud que afectan a los adultos mayores son: deterioro cognitivo, depresión, pérdida de sentidos e hipertensión, se ha comprobado que esta afecta a uno de cuatro individuos de edad avanzada. El informe reveló que una gran proporción de adultos mayores está en riesgo de mala nutrición, expresada por un consumo de alimentos que posiblemente sean deficientes con lo cual no cubren las demandas nutricionales. (30)

2.12.SEXO

En Ecuador hombres y mujeres tienen niveles de educación muy similares en aunque el número de años de educación de los hombres tiende a ser levemente mayor al de la mujeres. Los porcentajes de enfermedad o accidente tienden a ser mayores en las mujeres que en los hombres, de más de 15 años en todos los niveles de ingreso y tienden levemente a disminuir con el nivel socioeconómico, en los grupos de edad adulta, especialmente en los hombres de 50 y más años. Según área de residencia, la incidencia de enfermedad o accidente es mayor en las áreas rurales que en las urbanas, y mayor en las mujeres que en los hombres. Por el contrario, entre los adolescentes y niños, menores de 14 años, la atención en salud tiende a ser mayor en los hombres que en las mujeres ya que la búsqueda de atención en salud en estas edades depende de un adulto, los resultados sugieren cuidados en salud que privilegian a los niños sobre las niñas, especialmente en los niveles socioeconómicos bajos. (31)

Los datos demuestran que las enfermedades que prevalecen preferentemente en el sexo masculino son enfermedades cardiacas debido

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

al sobrepeso y el consumo excesivo de grasas, el cáncer de próstata y la hipertensión arterial; mientras que en las mujeres es frecuente la osteoporosis, diabetes, colitis, gastritis, hernia hiatal. (32)

En la mayoría de enfermedades, la nutrición y la actividad física tienen un papel muy importante, ya que ayuda a tener un mejor tratamiento, así como una excelente recuperación, haciendo que el paciente tenga una mejor calidad de vida. (33)

Según datos del INEC del año 2008 las principales causas de morbilidad masculina son Diarrea y Gastroenteritis infecciosa con un 5.6%, seguido de Neumonía con un 4.9%, Apendicitis aguda un 3.6%, hernia inguinal y traumatismo intracraneal con 2.9 y 2.4% respectivamente; mientras que en las mujeres la primera causa es el parto único espontáneo con 16.8%, en segundo lugar el parto único por cesaríá con 8.9%, el aborto no especificado con 3.6%, colelitiasis con 2.9%, diarrea y gastroenteritis infecciosa con 2.5%. (34)

2.13.OCUPACION

La seguridad e integridad en la salud del trabajador debe ser una de las principales preocupaciones de todo empleador, su bienestar necesariamente influye en el tipo de servicio y la actitud que mantenga para ejecutar sus tareas y actividades, así el 11.20% de empleados públicos, señala inconformidad por trabajar en un ambiente perjudicial o con materiales dañinos para la salud. Entonces es necesario crear soluciones en base a dos objetivos principales: el enfoque de sistemas en materia de seguridad y salud en el trabajo y la necesidad de crear una cultura de la prevención para la seguridad y salud en el trabajo. La seguridad social abarca un campo de acción virtualmente ilimitado especialmente en los países en vías de desarrollo, específicamente el trabajador debe estar amparado por la seguridad social para afrontar problemas como riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte y contar con contingencias de enfermedad y maternidad como lo dice la Ley de Seguridad Social y el hecho de poder acceder a créditos y

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ahorros. Así, legalmente se establece la obligatoriedad de la afiliación del trabajador al Seguro General como parte del sistema de Seguridad Social a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS los trabajadores en general, y a los seguros ISSPOL e ISSFA en el caso de la Policía Nacional y Fuerzas armadas. (35)

En caso de enfermedad el afiliado tiene derecho a asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación, de diagnóstico y terapéutica, además de un subsidio monetario de duración transitoria, cuando la enfermedad produce incapacidad en el trabajo; en tanto que el jubilado tiene derecho a asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación. (36)

2.14. ESCOLARIDAD

La situación de la educación en el Ecuador está caracterizada por la persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. El analfabetismo está asociado a la ausencia de oportunidades de acceso a la escuela, y su problemática tiene relación con la baja calidad de la enseñanza escolar y con los fenómenos de repetición y deserción. La escolaridad contribuye a promover el empleo y a distribuir el ingreso en forma más equitativa, existiendo una relación directa entre los niveles de calificación de los trabajadores que se encuentran en los diversos estratos integrantes la fuerza de trabajo, y su escolaridad; cuanto mayores son esos niveles de calificación es también mayor la productividad agregada del sistema económico. Específicamente en el campo de la salud la adecuada escolaridad de la población facilita la diseminación de medidas que van a favor de la misma, a continuación se señalan las principales. (37)

La educación para la salud que ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. (38)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Así pues, la Educación para la Salud, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas: Preventiva y de promoción de la salud, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien evitando sus posibles consecuencias y capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables. (39)

El último programa Nacional dedicado a fortalecer la educación en salud se compromete a la planificación, seguimiento y evaluación de los programas de Salud Integral y Escuelas Promotoras de la Salud; a la definición de mecanismos de coordinación con organismos gubernamentales y no gubernamentales, para fortalecer la ejecución de los programas vigentes. (40)

2.15.ENFERMEDADES

Según datos del INEC en el año 2008 se registraron un total de 983.286 egresos hospitalarios en todo el país de los cuales las causas más comunes de enfermedades fueron diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso con un 3.5%, seguidamente de neumonía con un 3.0% colelitiasis con 2.6%, aborto no especificado con 2.5% y la quinta causa es apendicitis aguda con un 2.3%. (41)

Enfermedades infecciosas y parasitarias.

Estas enfermedades registraron un egreso hospitalario de 66.588 teniendo como principales causas: La enfermedad diarreica aguda EDA, en el año 2008 fue la causa de morbilidad más importante en el Ecuador con 34.606 casos. Como factores de riesgo que causan diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso tenemos la higiene personal deficiente (lavado de manos), desnutrición, viajes recientes a zonas endémicas, contaminación fecal del agua y de los alimentos, automedicación, antecedentes de ingesta de alimentos procedentes del mar, carnes mal cocidas, exposición previa a antibióticos, residencia en instituciones psiquiátricas, asilos, hospitales. (42)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Un índice de hacinamiento elevado, se asociaría con un incremento significativo en el riesgo de diarrea aguda en la población general. El lavado de manos se asocia con una disminución del riesgo de diarrea en la población general en un 80 %. Medidas regulatorias para el procesamiento y manejo de los alimentos en establecimientos públicos y privados. (43)

Se presentan sobre todo en la temporada de calor porque la presencia de bacterias aumenta debido a las altas temperaturas durante el día y las constantes lluvias que humedecen el ambiente. Son provocadas por virus, bacterias o parásitos intestinales que penetran al organismo por medio de alimentos y agua contaminada principalmente con material fecal, aunque el contagio puede ser también de persona a persona. Con 5490 casos se contribuyeron como la segunda causa de enfermedades infecciosas son muy variables ya que dependen del tipo y la cantidad de microorganismos que se encuentren presentes en el organismo, así también varían de acuerdo a la resistencia de la persona a la enfermedad. Las medidas a considerar para evitarlas incluyen las siguientes, tomar productos lácteos pasteurizados, procurar la buena conservación de productos alimenticios, freír o cocer bien los alimentos sobre todo pescados y mariscos, hervir durante 20 minutos el agua para beber. (44)

La infección por salmonella produce generalmente diarrea, fiebre y calambres abdominales de 12 a 72 horas después de la infección, la recuperación es sin tratamiento. Las carnes no cocinadas deberían mantenerse separadas de las legumbres, las carnes cocinadas y los alimentos listos para comer; se registraron 2765 casos en el Ecuador. (45)

La tendencia de la incidencia notificada en los últimos 10 años ha sido irregular, Los últimos datos muestran 2371 casos de tuberculosis pulmonar en el año 2008 lo que la sitúa como la cuarta causa importante de morbilidad en el país; es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de aire provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. La etapa primaria de la infección

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

generalmente es asintomática. Sin embargo la enfermedad se puede volver activa en cuestión de semanas después de la infección primaria o puede permanecer latente por años y reaparecer posteriormente. (46)

Neoplasias

Las neoplasias registraron un total de 43753 casos en el Ecuador en el año 2008 y es el leiomioma de útero la primera causa con 9193 casos, siendo la tumoración benigna más frecuente en ginecología. Una de cada 5 mujeres puede tener miomas en sus años de fertilidad generalmente afectan a las mujeres después de más de 30 años de edad, ocurren poco en mujeres menores de 20 años y a menudo se encogen y no causan síntomas en las que han llegado a la menopausia. La mayoría de las mujeres puede llevar el embarazo a término, pero algunas de ellas terminan dando a luz en forma prematura, debido a que no hay espacio suficiente en el útero. (47)

El cáncer de mama, junto con el cáncer uterino, es la principal causa de muerte en mujeres entre los 35 y 64 años en América Latina. El cáncer de mama en América Latina ocupa los dos primeros lugares de incidencia y mortalidad por tipo de cáncer en la mujer. El tumor maligno de la mama ocasiono 2979 casos de mortalidad en el Ecuador en el año 2008. (48)

Los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama incluyen una edad avanzada, la primera menstruación a temprana edad, edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber dado a luz, antecedentes familiares de cáncer de mama, el tomar hormonas tales como estrógeno y progesterona y ser de raza blanca. Entre 5 a 10% de los casos, el cáncer de mama es causado por mutaciones genéticas heredadas. (49)

En el año 2008 el total de casos de tumor maligno del estómago fue de 1997 en el país, Estadísticamente es la primera causa de muerte por cáncer en el hombre en el Ecuador y la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer. Hay mayor riesgo en edad de 50 años o más, sexo masculino, antecedentes

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

familiares, infección por *Helicobacter Pylori*, hábitos alimenticios con comidas saladas, ahumadas, conservadas en vinagre, hábito de fumar. (50)

Enfermedades de la sangre y sistema inmunológico

Las enfermedades de la sangre registraron 4760 de los cuales corresponde a anemia unos 1706 casos en el año 2008, las posibles causas de anemia abarcan: ciertos medicamentos, cáncer, colitis ulcerativa o artritis reumatoide, insuficiencia renal pérdida de sangre, dieta deficiente, embarazo, linfoma, la leucemia o el mieloma múltiple. (51)

Enfermedades endócrinas y metabólicas

El último registro indicó 7334 casos de diabetes mellitus no especificada de los 22640 casos de enfermedades endocrinas y metabólicas, ubicándola en primer lugar. (52)

Los datos indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres de raza blanca no hispanos, (4.5 %y 5.2% respectivamente), pero es mucho mayor en las mujeres hispanas (10.9%), que en los hombres hispanos (7.7%). Alrededor de un 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta de forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno debido, al menos en parte, a la dimensión de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso se incrementa. Estudios sobre el efecto de fumar sobre la tolerancia a la glucosa demuestran mayor incremento de glucosa en la sangre. (53)

Específicamente la diabetes mellitus no insulino dependiente registró 6341 casos en el país, estos representan aproximadamente del 90 - 95% de pacientes con diabetes, porque está más asociada con el sobrepeso y la obesidad que la diabetes insulino dependiente o tipo I. (54)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Hubieron 2937 casos de depleción de volumen, que corresponden habitualmente a una depleción hidrosalina debida a perdidas por vía digestiva (vómitos, diarreas, fístulas y aspiraciones), por formación de un tercer espacio (ascitis, íleo y edemas) o por vía renal (glomerulonefritis, diabetes insípida y poliuria osmótica). (55)

Fueron 499 los casos de desnutrición proteicoenergética severa no especificada donde se puede encontrar diferencias grandes entre los grupos socioeconómicos en la prevalencia de los resultados nutricionales: diferencias por sexo, raza, residencia urbana o rural, región geográfica, altura, ingresos y nivel de pobreza en los hogares. La prevalencia de desnutrición crónica es un poco mayor entre niños que entre niñas (el 24% versus el 22,1%). Las tasas de desnutrición crónica extrema son muy similares para los dos grupos. Los niños indígenas tienen una probabilidad mucho mayor de tener desnutrición crónica (46,6%) y desnutrición crónica grave (16,8%) que los de cualquier otro grupo racial. De modo similar, entre los hogares clasificados como pobres, el nivel promedio de desnutrición crónica es del 27,6 % y la desnutrición crónica extrema es del 8,1%; mientras que para hogares no pobres, las cifras son de 16,15% y 2,8%, respectivamente. (56)

Trastornos mentales y del comportamiento

Hubieron 8521 casos de trastornos mentales y del comportamiento y principalmente se debe a la ingesta excesiva de alcohol con 2109 casos; el alcohol es quizás la droga con mayor número de mecanismos de acción sobre el sistema nervioso central y la que más diversos y graves trastornos mentales produce, cuando no los agrava en aquellos que abusan y dependen de él de forma secundaria a una enfermedad mental previa. (57)

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Según la Dirección Nacional de Salud Mental, en 2000 el consumo de alcohol a nivel de regiones, en la Amazonia representa el 36% de los casos, la Sierra el 33,5%, la Costa es el 13,7% y la región insular es cercana al 0%. Además, su consumo estuvo relacionado con el 6,1% de las muertes de hombre

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ocurridas en todo el mundo el 2002, un porcentaje que entre las mujeres fue del 1,1%. (58) 1619 pacientes presentaron episodios depresivos. (59)

Enfermedades del SNC y de los órganos sensoriales

La epilepsia registró 2274 casos de un total de 8641 de enfermedades del Sistema Nervioso Central; se calcula que cerca de un 2% de los ecuatorianos tiene epilepsia, es decir, más de 200 mil personas de nuestro país padecen de ella. De éste número solo la mitad, un 50%, tendrá un diagnóstico y tratamiento adecuado; el otro 50% continuará teniendo crisis y empeorando su condición médica, psicológica y socio económica. Para subsanar este desconocimiento la Liga Ecuatoriana Contra la Epilepsia - LECE, ha desplegado un Programa Nacional Integral de Epilepsia, basado en su Primera Fase, en educación básica para pacientes y sus familias, y público en general. (60)

Enfermedades de los órganos de los sentidos

Las cataratas como causa de morbilidad produjeron 1302 casos, es la causa principal de ceguera en personas adultas. Uno de cada siete casos de pérdida de visión en personas mayores de 45 años de edad se debe a cataratas. Enfermedades en el ojo y otras enfermedades sistémicas como la diabetes también pueden contribuir al desarrollo de una catarata. Gracias a los avances de la oftalmología, la cirugía de catarata es un procedimiento muy exitoso que resulta en restaurar la visión en más del 95% de los casos. (61)

Enfermedades del sistema cardiocirculatorio

De un total de 41606 casos, 7913 pertenecen a hipertensión arterial esencial primaria. En América Latina representa el 30% de fallecimientos. En el Ecuador según el estudio de prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. Una persona es hipertensa cuando su presión sube del límite normal (presión sistólica mayor o igual a 140). El principal problema de esta patología es la falta de prevención, la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología, indica que una de cada dos personas ignora ser hipertenso y se entera después de sufrir algún evento cardíaco. (62)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



La Insuficiencia Cardíaca afecta al 1-2% de la población y aumenta drásticamente alrededor de los 75 años, hasta llegar a un 10-20% en el grupo de pacientes de 70-80 años. Ocupa el 10% de las camas hospitalarias y representa el 2% del gasto sanitario. En Ecuador el último registró destacó 4452 casos. Es recomendable el control diario de peso, ingesta y diuresis. (63)

Enfermedades del sistema respiratorio

Se registraron 29820 casos de neumonía de organismo no especificado. En algunas personas, particularmente los ancianos y las personas debilitadas, la neumonía bacteriana puede seguir a la influenza o incluso al resfriado común. Muchas personas contraen neumonía mientras permanecen en un hospital a causa de otras condiciones. (64)

Los trastornos de la nariz y de los senos paranasales contabilizaron 7352 casos de los cuales los más comunes fueron las fracturas de nariz, los huesos de la nariz se rompen más frecuentemente que otros huesos de la cara. También se presenta hemorragia nasal, rinitis no alérgica y sinusitis. (65)

El asma ha producido 3486 casos en el país y para prevenirla se sugiere cubrir las camas para reducir la exposición a los ácaros del polvo, aspirar regularmente, usar materiales de limpieza sin fragancia en el hogar, mantener la casa limpia y conserve los alimentos en recipientes y fuera de los dormitorios. Si una persona es alérgica a un animal que no se puede sacar de la casa, éste debe mantenerse fuera de la alcoba. (66)

2993 casos fueron registrados de bronquitis aguda en Ecuador, generalmente un 95% se debe a virus, 5% a bacterias y *Mycoplasmapneumoniae*, *Chlamydohilapneumoniae*, *Haemophilusinfluenzae* son infrecuentes. (67)

La infección aguda de las vías respiratorias superiores con focos múltiples, constituyen un importante problema de salud pública, en Ecuador hubieron 1311 casos en 2008, pues resultan con la morbilidad más alta en el mundo.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Los agentes causales en los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana, las entidades clínicas más frecuentes son virus como influenza. La prevención de las IRA se logra con la vigilancia del estado nutricional, cumpliendo con el Esquema Nacional de Vacunación, evitando cambios bruscos de temperatura, tomando abundantes líquidos, evitar el hacinamiento, ventilando las habitaciones. (68)

Enfermedades del sistema digestivo

La principal es la colelitiasis con 26027 casos, esta enfermedad es más prevalente en mujeres que en hombres. Su frecuencia aumenta con la edad de la población, fenómeno que se observa en ambos sexos. Su aparición es relativamente precoz, especialmente en mujeres. (69)

Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo

3721 casos se debieron a absceso cutáneo, está es una acumulación de pus y de material infectado dentro de la piel o sobre ella. Los abscesos cutáneos son bastante comunes. La mayoría de los abscesos cutáneos son curables con el tratamiento adecuado. (70)

Se debe prevenir y tener cuidado con las infecciones bacterianas, mantener limpia y seca la piel que circunda las heridas menores, consultar con el médico si desarrolla signos de infección y trate las infecciones pequeñas oportunamente. (71)

Enfermedades del aparato locomotor

Estas constituyeron 18592 casos en 2008 de los cuales la dorsalgia tuvo 2884, los trastornos de los discos intervertebrales 1418, trastornos internos de la rodilla 1309, artrosis de la cadera 1218, artrosis de la rodilla 1129. (72)

Enfermedades del sistema genitourinario

Fueron 67527 los casos en el último registro, 10548 se debieron a varios trastornos del tracto genitourinario, el cálculo del riñón y del uréter es muy

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

común con 6751 casos. Algunos tipos de cálculos tienden a darse en familias y algunos tipos pueden ocurrir con enfermedad intestinal, una derivación ileal para obesidad o defectos en los túbulos renales. Ocurren con mayor frecuencia en los hombres y aparecen generalmente entre los 20 y 30 años de edad. (73)

Enfermedades del embarazo, parto y puerperio

La morbilidad por estos motivos registró 328719 casos en Ecuador, se contaron 112037 partos únicos espontáneos, 58975 por cesárea, 24167 casos de abortos por causas no especificadas y 11235 casos de falso trabajo de parto. (74)

Enfermedades del feto y recién nacido

La primera causa es la dificultad respiratoria del recién nacido con 6349 casos, el síndrome de insuficiencia respiratoria ocurre principalmente en los niños prematuros. La probabilidad de desarrollar SIR disminuye a medida que el bebé crece. Los bebés que nacen después de la semana 36, rara vez desarrollan esta afección. (75)

La ictericia neonatal fue una de las más comunes con 4054 casos y fueron por causas no específicas, es una afección caracterizada por altos niveles de bilirrubina en la sangre. La ictericia por la lactancia se observa en sí 5 al 10% de todos los recién nacidos. Esto puede presentarse cuando los lactantes no ingieren suficiente leche materna y casi nunca necesita tratamiento. (76)

Enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas

Por cada 100 habitantes existen 2,4 personas con discapacidad según el Instituto de Investigaciones de la Universidad de las Américas (UDLA) y especialista en genética, las malformaciones congénitas se presentan por dos causas: las de origen genético y las multifactoriales. (77)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Las principales mal formaciones según las últimas estadísticas son testículo no descendido con 1113 casos, malformaciones congénitas de las grandes arterias con 462 casos, labio leporino 376 casos, de un total de 34836 en total. (78)

2.16.RIESGOS BIOLÓGICOS

VACUNACION INCOMPLETA

La vacunación consiste en la administración de un microorganismo, una parte de él, o un producto derivado del mismo (antígenos inmunizantes), con el objeto de producir una respuesta inmunológica similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado. Se basa en la respuesta del sistema inmunitario a cualquier elemento extraño (antígeno) y en la memoria inmunológica. (79)

En el Ecuador durante el 2009 el 66% de niños entre 12 y 23 meses recibieron la inmunización del sarampión. (80)

Anivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, costo a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas. Asimismo, se ha documentado que la percepción que tienen los padres de la vacunación y la solicitud de su aplicación puede modificar favorablemente las coberturas de vacunación. Se ha documentado en la literatura que los niños que viven en condiciones de pobreza tienen una cobertura de 4 a 9% inferior a la reportada en niños que no cuentan con este agravante. (81)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



MALNUTRICION

El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación. (82)

	Carencias	Energía y/o proteínas y/o otros nutrientes
MALNUTRICION	Excesos	Energía y/o proteínas y/o otros nutrientes
	Desequilibrios	Energía y/o proteínas y/o otros nutrientes

(83)

En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (MIES), Ximena Ponce, 14 de cada 100 niños tienen problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27 a 23.2. (84)

Según estadísticas en el 2000, el 6.2% de niños menores de 5 años presenta insuficiencia ponderal. (85)

En el 2010 se lanza el programa de desnutrición infantil en el Cañar donde se indica q la tasa de desnutrición en niños y niñas menores de cinco años alcanzan el 35%. Existen cantones q superan ampliamente estos índices: Tenemos el cantón Cañar que tiene 71.91% de desnutrición crónica en sus niños y niñas, el cantón Suscal tiene el 69.21% de desnutrición y el de Azogues el 43.8%. (86)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

EMBARAZADAS CON PROBLEMAS

De acuerdo a las estadísticas de la Maternidad Enrique C. Sotomayor, la cultura del control prenatal, que viene impulsando desde hace cuatro años, da como resultado un menor número de niños recién nacidos con complicaciones en su salud. Según los datos estadísticos, en los 6 primeros meses del 2010, se atendieron 748 madres embarazadas; de las que resultó sólo un nacimiento con un niño enfermo. Todas estas mujeres embarazadas estuvieron dentro del Programa de 7 Controles Prenatales. Mientras que en el mes de Junio, estuvieron dentro del programa, 155 mujeres, las que al término del embarazo, dieron a luz a niños completamente sanos, lo que habla del éxito de que un buen control prenatal va en directo beneficio del binomio madre - hijo. (87)

En el 2005 una investigación realizada por el MSP y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) menciona que el Ecuador existe el 30% de riesgo de muerte en las madres adolescentes porque no existen políticas que respalden a las jóvenes y les ofrezcan orientación médica y psicológica. Las enfermedades de la reproducción, son parte del grupo I de enfermedades analizadas que tienen que ver con el rezago epidemiológico, son el reflejo de la situación de salud de la mujer ecuatoriana, que en los últimos años no ha logrado mejoras importantes como lo señala las altas tasas de Mortalidad materna y bajas coberturas de la atención profesional del parto y control de la embarazada (ENDEMAIN-94). Entre los problemas relacionados con la reproducción, encontramos; las afecciones perinatales y las enfermedades maternas. La falta de un adecuado desarrollo tecnológico en las unidades de salud que prestan atención a la mayor parte de la población de nuestro país agrava los problemas perinatales, por lo tanto estas causas aún requieren la atención prioritaria de las autoridades de salud. (88)

DISCAPACIDAD

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. (89)

CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Física, ésta cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular y amputaciones. Discapacidad sensorial que comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje. Discapacidad intelectual que se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores, así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral y la discapacidad psíquica donde las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales. (90)

En el 2004 en una investigación realizada por el CONADIS, señala que, en el Ecuador hay 1.608.334 personas con alguna discapacidad, que representa el 12.14% de la población total. El 8% de las familias de la Sierra tiene al menos un miembro con discapacidad. Este porcentaje es superior a los porcentajes encontrados en la Región Costa (4%) y Amazónica (6%). Cerca de 830 000 mujeres en Ecuador tienen discapacidad (51,6%), mientras que el número de hombres con discapacidad es 778594 (43.4%). Esta distribución no es igual a la distribución de la población nacional por sexo que es: mujeres 50.3% y hombres 49.7%, demostrando que existe mayor discapacidad en las mujeres. A fecha, en la provincia del Azuay existen 17300 personas con alguna discapacidad entre ellas: 1638 con discapacidad auditiva, 9502 con discapacidad física, 3858 con discapacidad intelectual, 267 con discapacidad en el lenguaje, 373 con discapacidad psicológica, 1662 con discapacidad visual. (91)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



PROBLEMAS MENTALES

Así como la vida y las circunstancias cambian continuamente, así también nuestro carácter, pensamientos y sentido de bienestar. Es importante encontrar un balance en la vida tanto a través del tiempo como bajo diferentes circunstancias. A veces es natural sentirse desequilibrado: triste, preocupado, temeroso o sospechoso. (92)

¿Qué factores contribuyen a los problemas de salud mental?

Los estudios científicos sugieren que muchos problemas mentales serios implican disturbios bioquímicos en el cerebro, agregan que nuestro bienestar es afectado por factores psicológicos, sociales y del medio ambiente. Así como también por las condiciones físicas, mentales, emocionales y espirituales de nuestra propia vida. El estrés puede afectar la capacidad de enfrentar cualquiera o todas estas áreas y puede dificultar el manejo de las actividades diarias. Puede que esté lidiando con dificultades para las cuales no cuenta con nuevas herramientas o la información que pueda ayudar. (93)

Las dificultades pueden ser:

- Problema de divorcio.
- La muerte de un ser querido.
- Un accidente automovilístico.
- Problemas físicos de salud.
- Emigrado debido a la guerra.
- Orientación sexual, edad, religión, cultura y clase social.
- Bajos ingresos o falta de vivienda.
- Falta de acceso equitativo a la educación, trabajo y salud.
- Historia familiar de problemas mentales.
- Víctima de violencia, abuso u otros traumas. (94)

En un sistema moderno de atención en salud mental, se distinguen en dos ejes principales: el personal médico y la comunidad, para satisfacer la necesidad de atención y prevención en salud mental. Así, nos encontramos que el médico de Atención Primaria, que antes solo significaba un mero filtro

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

para los pacientes psiquiátricos, ahora representa un pilar fundamental en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con alteraciones psiquiátricas, lo que redundará en una mayor satisfacción del paciente, un menor costo para el sistema y mayores niveles de salud. (95)

El 11.4% de las mujeres sufre trastornos psiquiátricos, un porcentaje que en los hombres baja hasta el 5,2%; según un estudio revelado hoy por una catedrática de Psiquiatría en España, quien atribuyó estas diferencias a factores como las hormonas, la mayor vulnerabilidad genética de las mujeres y también a sus peores condiciones de vida. (96)

Por otro lado un estudio en el que se estimó la prevalencia y tendencia de los trastornos mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la ciudad de México. Se obtuvo un total de 1483 casos. El 56% fueron mujeres, predominó el grupo de 20-29 años de edad. En primer lugar se encontró la Esquizofrenia (22%), seguida del Episodio Depresivo (16.5%) y el Trastorno Afectivo Bipolar (8.6%). (97)

2.17. RIESGO SANITARIOS

CONSUMO DE AGUA

Los esfuerzos del hombre por mejorar el medio ambiente en el que habita y elevar su calidad de vida, dependen de la disponibilidad de agua, existiendo una estrecha correlación esencial entre la calidad del agua y la salud pública, entre la posibilidad de acceder al agua y el nivel de higiene y entre la abundancia del agua y el crecimiento económico y turístico. La Organización Mundial de la Salud estima que 80% de todas las enfermedades en el mundo en desarrollo, son causadas por la falta de agua limpia y saneamiento adecuado, siendo ésta una de las causas de enfermedades y muertes sobre todo en los niños. Las consecuencias son devastadoras: aproximadamente 2 millones de niños mueren cada año debidamente a enfermedades relacionadas con el agua contaminada y un saneamiento insuficiente. La

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

cobertura de agua potable y saneamiento en Ecuador aumento considerablemente en los últimos años. (98)

Sin embargo, el sector se caracteriza por:

- Bajo niveles de cobertura, especialmente en áreas rurales
 - Pobre calidad y eficiencia del servicio
 - Limitada recuperación de costos y un alto nivel de dependencia en las transferencias financieras de los gobiernos nacionales y subnacionales.
- (99)

En el año 2010, el porcentaje de la cobertura del abastecimiento de agua (conexiones domésticas) era de 96% en las zonas urbanas y 74% en las rurales. La cobertura de los servicios de agua y saneamiento tiende a ser menor en la Costa y en el Oriente que en la Sierra. (100)

En un 30% de los centros urbanos falta un tratamiento de agua "potable" de aguas superficiales. 92% de las aguas servidas se descargan sin ningún tratamiento. En las zonas rurales, según un estudio de sostenibilidad realizado en el 2004, 38% de los sistemas han colapsado y 20% son con deterioro grave, 29% tienen deterioro leve y solamente 13% son considerados sostenibles. (101)

No solo se están reduciendo las fuentes de agua, sino también su calidad, ya que las industrias utilizan químicos en la agricultura, lo que intensifica el deterioro de las fuentes naturales. (102)

MALA ELIMINACIÓN DE SÓLIDOS Y LÍQUIDOS

Un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene, según informes de la Organización de las Naciones Unidas, además cada año se vierten en todo el planeta más de 200 millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medioambiente y diseminan enfermedades. (103)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS

Aunque gran parte del mundo depende de la producción o el comercio de petróleo para alimentar sus economías, estas actividades pueden causar daños graves al medio ambiente, ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la población humana y la vida animal y pescado de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción, y los derrames de causar estragos en la fauna y el hábitat circundante. El daño ambiental que es el resultado de la retracción del petróleo y la producción también puede directamente afectan la vicia humana en la región. Los daños pueden incluir la contaminación de los recursos hídricos y la contaminación del suelo. Los seres humanos son, afectados por la devastación del medio ambiente, ya que es perjudicial para la vegetación, el ganado y para la salud del cuerpo humano. (104)

ANIMALES INTRADOMICILIARIOS

Las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas; sin embargo, existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas, sus excretas o a través de artrópodos. Las mordeduras por perro representan el accidente más habitual, en cambio las de gatos son menos frecuentes, pero pueden tener mayor infección asociada. De igual manera, perros y gatos son portadores de enfermedades por el contagio de roedores silvestres o por alimentos contaminados. Es importante que el profesional de salud informe a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas. (105)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



2.18. RIESGO SOCIOECONÓMICOS

POBREZA

La pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. (106)

El Ecuador del Siglo XXI, tiene el 38% de ciudadanos en situación de pobreza, significa que 38 de cada 100 ecuatorianos viven con menos de 2 dólares por día; y, el 16% de la población vive con menos de 1 dólar por día, según el Ministro coordinador de la política económica. En el 2010, el 1% de las familias más ricas del Ecuador se apropia el 20% del producto social y el 20% más pobre, se apropia del 2% del producto social del país. Existen más de 2.000.000 de personas expulsados de la economía ecuatoriana en el exterior, porque el Estado no puede dar empleo. (107)

El secretario nacional de SENPLADES, señala que la clasificación de pobreza por nivel de ingresos se estima cuando un individuo percibe menos de 60 dólares mensuales, mientras que se considera “externa pobreza o indigencia” si sus ingresos se reducen a menos de 30 dólares por mes o un dólar diario. (108)

DESEMPLEO

Es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencia de ambos padres. También hay impacto en lo individual la persona desempleada olvida en la mayoría de los casos la dirección de su propio destino, se invade de frustración y degradación. (109)

El estudio del INEC demuestra que actualmente hay 343.273 desocupados y 217.818 cesantes, frente a los 418.367 y 306.157 que se presentaron en el trimestre pasado (octubre-diciembre 2009). El avance registrado estaría relacionado con la recuperación de la industria manufacturera y del comercio. (110)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



ANALFABETISMO

En el Ecuador se considera analfabeta a las personas mayores de 15 años que no saben leer y escribir. (111)

Los esfuerzos que se realicen para revertir esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone el actual proceso de apertura y globalización de la economía. (112)

La crisis de la educación se manifiesta en los tres niveles de analfabetismo: el analfabetismo funcional, el analfabetismo cultural y el analfabetismo moral. (113)

El INEC demostró que el analfabetismo se elevó de 7,62% en el 2008 a 7,77% en el 2009. (114)

El analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. (115)

Analfabetismo y adultez

Los adultos analfabetos, poseen grandes limitaciones de empleabilidad debido preponderantemente a un nivel bajo de conocimientos y especialización. A ello se suma, que el individuo analfabeto tiene mayores limitaciones para conocer sus derechos y deberes, situación que puede derivar en la aceptación de contratos precarios y de baja calidad. Lo anterior aumenta la probabilidad de que dichas personas se mantengan en la pobreza. (116)

Consecuencias del analfabetismo en la salud

Investigaciones han sostenido además, que se provocan limitaciones en los conocimientos y prácticas en torno al auto cuidado, especialmente el de las

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



mujeres, desencadenando problemas en la salud, higiene y nutrición de su hogar (UNESCO, 2006). (117)

DESESTRUCTURACION FAMILIAR

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además, las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extrafamiliar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja. Familias en vías de separación: son aquellas familias que están en el proceso de disolución del vínculo conyugal y donde los hijos son los afectados. (118)

Esta disolución tiene tres etapas:

- 1. Etapa de ambivalencia:** en la que los hijos presentan síntomas de ansiedad y miedo.
- 2. Etapa de separación:** en la que los hijos se sienten inseguros, abandonados y solos.
- 3. Etapa de postseparación:** que dura hasta la llamada separación psicológica y en la que los hijos muestran muchas veces trastornos. (119)

Se realizó un estudio en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2001, donde se observó que las patologías más frecuentes fueron encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22,9%), y la relación de estos trastornos según el género correspondió a 3:1 para los adolescentes de sexo femenino. (120)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La ausencia de una figura paterna o materna en el desarrollo de un niño, puede provocar problemas emocionales en este. En muchas situaciones no se puede evitar la separación, pero cuando hay hijos, el panorama es completamente distinto. (121)

VIOLENCIA, ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN

Cuando un conjunto de personas no obtiene de su medio físico la satisfacción de las necesidades en el orden material, sufre consecuencias que se expresan en el orden médico; tenemos allí una población enferma. (122)

En el Ecuador; el consumo de alcohol, que constituye un hábito muy difundido en nuestra sociedad y que alcanza a 1 de cada 4 adolescentes antes de cumplir 15 años, y cerca del 6% de adolescentes entre 12 y 17 años de edad que han consumido algún tipo de droga. (123)

La violencia doméstica se manifiesta no solo en golpes físicos, sino también en formas sutiles que provocan impactos a más largo plazo, pero que pueden ser tan destructivos de la personalidad como los primeros, por lo que se conocen variedades de presentación física, psicológica, verbal y sexual.(124)

Actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social, caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. (125)

MALAS CONDICIONES DE VIVIENDA

El problema de la vivienda constituye en Ecuador uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares, de ellos 25.000 son hogares bajo la línea de la

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

pobreza, es decir con un ingreso familiar por debajo del costo la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales. Frente a la demanda de nueva vivienda y mejoramiento de la deficitaria, la capacidad de respuesta del Estado ha sido limitada, fundamentalmente porque Ecuador no tiene una política de Estado en materia habitacional y porque la prioridad fiscal enfocaba tradicionalmente al pago de la deuda y no la inversión social en general y mucho menos la vivienda. (126)

HACINAMIENTO

Según los registros del Municipio de Cuenca, en el centro hay 70 conventillos ubicados en nueve zonas como San Blas, 9 de Octubre, Rafael María Arízaga, María Auxiliadora y El Barranco. A parte están los que existen en las afueras de la ciudad. En estas casas viven familias de la zona rural, comerciantes del norte del país, peruanos y colombianos, según un estudio que realiza el departamento de Áreas Históricas del Municipio cuencano. (127)

Las 33 cárceles del país tienen capacidad para 7 000 presos máximo, pero actualmente hay 15 mil y al hacinamiento no termina, pese a que algunos ya han salido libres por no haber sido sentenciados durante un año una de las causas principales del hacinamiento es la lentitud en la administración de justicia y la corrupción en ciertos administradores; entender el hacinamiento en los Centros de Rehabilitación implica conocer que el Ecuador no tiene una arquitectura para rehabilitación definida. (128)

Existen diversas formas de hacinamiento: de personas por cama, de personas por cuarto, de familias por vivienda y de viviendas por terreno. Son conocidas, además, otras acepciones del concepto de hacinamiento: por ejemplo, cuando se emplea una o más habitaciones para un uso distinto, además de aquel para el cual fueron diseñadas o en relación al aislamiento de las habitaciones, es decir, cuando el tránsito de un cuarto a otro requiere atravesar una tercera, aunque no se cumpla ninguna de las otras condiciones de hacinamiento. Otro indicador para medir el uso intensivo del espacio lo constituye la cantidad de m² disponibles por persona. (129)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



Consecuencias del hacinamiento en la vida Familiar

De todos los factores que componen una situación deficitaria, el hacinamiento, en opinión de varios autores, es el indicador más grave del déficit por la amplia gama de consecuencias negativas que ocasiona. Dos factores vinculados con la disposición física de la vivienda se encuentran alterados en situaciones de hacinamiento: la privacidad y la libre circulación. Una cierta privacidad es un bien necesario para la persona, para los grupos de pares, para la separación de sexos, para la familia como unidad social independiente y para la realización de determinadas actividades familiares. La ausencia de privacidad y de buena circulación provocadas por la falta de espacio adecuado puede, en consecuencia, provocar alteraciones tanto en la salud física como mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favorecer la propagación de enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de accidentes en el hogar. Especialmente vulnerables a las situaciones anteriormente descritas son los niños, principales afectados por las carencias de espacio en sus necesidades de crecimiento y desarrollo. (130)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO 3

3.HIPÓTESIS

Los procesos de salud y enfermedad tienen relación con los factores determinantes de la salud, las cuales están determinadas por condiciones biológicas, sanitarias y socioeconómicas de la población según los riesgos que reconoce el MSP.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO 4

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar las características del proceso salud-enfermedad y los determinantes que los rigen, en la población de la Parroquia Sinincay.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Identificar los determinantes sociales de la salud.

4.2.2. Conocer las características del proceso salud-enfermedad de las familias.

4.2.3. Aportar con nuestras conclusiones para mejorar la salud.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



CAPITULO 5

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudio

Es un estudio observacional, cuantitativo, transversal. Ya que se toma a la población en un tiempo y espacio establecido se analizan los factores de salud – enfermedad y sus desencadenantes.

5.2. Área de estudio

El área de estudio es la parroquia rural de Sinincay, se realizó en el área N°2 Miraflores, la misma que se encuentra a 12 km de distancia de la ciudad de Cuenca, su nombre significa "Quebrada Honda u Hondonada del Zorro", esto se debió por la peculiar característica de su relieve y porque hasta en la actualidad se puede evidenciar la presencia de estos animales en la zona. (98)

El acceso a Sinincay, tiene diferentes vías, siendo la principal la Cuenca Miraflores- Sinincay, donde día a día, tanto, buses como otros automotores se desplazan para él, cumplimiento de sus actividades, esta se encuentra asfaltada en su totalidad.(131)

La parroquia está situada al noroccidente del Cantón Cuenca; la siendo una de las más antiguas y tercera en importancia por su área (28.8 Km²), representando el 0.90% del territorio de Cantón Cuenca.(132)

Sus coordenadas son: 719047 y 9688586 UTM, al norte; 721877 y 9681760 UTM al sur, 718016 y 9687203 UTM al oeste: 723950 y 9684723 UTM al este.(133)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Sus límites son: al Norte con la Parroquia Chiquintad, al Sur con el Cebollar, al Este con San José y al Oeste con la Cordillera occidental.(134)

Con un población total de Sinincay de 15.50/ habitantes proyección de la junta parroquial de Sinincay dato obtenido en febrero de 2011.Sinincay tiene un total de 40 comunidades de las cuales solo se trabajará con 14 de ellas.(135)

Se trabajó en la recolección de datos de la Zona 2 con las siguientes comunidades.

1. Corazón de Jesús con 326 habitantes.
2. Chictarumi con 270 habitantes.
3. Jesús del Gran Poder con 293 habitantes.
4. Cruce del Carmen con 380 habitantes.
5. Bellavista con 334 habitantes.
6. Nuevos Horizontes con 239 habitantes.
7. Pan de Azúcar con 538 habitantes.
8. Maria Auxiliadora con 226 habitantes.
9. Yanaturo con 761 habitantes
10. El Carmen con 817 habitantes.
11. Playas del Carmen con 155 habitantes
12. Pumayunga Alto con 179 habitantes.
13. Pumayunga con 266 habitantes.
14. San José del Carmen con 279 habitantes.(136)

Con un total de 5.063 habitantes que integran la Zona 2.(137)

5.3. Universo y Muestra

En Sinincayse estima una población de 15.607 habitantes, que corresponde a un aproximado de 3.121 familias. En este estudio la parroquia Sinincay se dividió en tres Zonas de las cuales se nos asignó la Zona 2 debido a la mayor

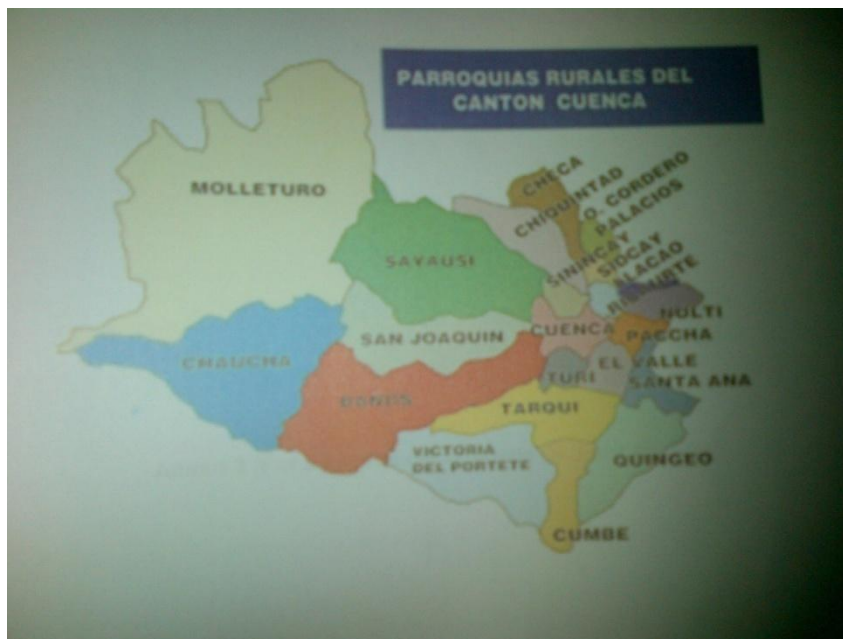
AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

accesibilidad para la recolección de datos en donde vivían 1012 familias, trabajándose con dicho número.



5.4. Criterios de inclusión

Se ha coordinado con el subcentro de Sinincay para que se trabaje con las fichas familiares para aplicar en los habitantes de la Zona 2 de la parroquia de Sinincay- Cuenca, provincia del Azuay, con las fichas familiares que ya se

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

realizó la recolección de datos y con la recolección actual de nuevas fichas familiares de las comunidades que aún no se recolecta esta información.

5.5 Criterios de exclusión

- Personas que no colaboren con dar información.
- Zonas o casas que represente un peligro contra la seguridad para el grupo que está encargado de la recolección de datos.
- Viviendas que no se encuentran habitadas o que no se ubique a sus habitantes hasta la segunda visita.

5.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

(Anexo 5)

5.7. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

Trabajamos con las 14 comunidades de la zona 2 de la división de la parroquia de Sinincay, las cuales son: Corazón de Jesús, Chictarumi, Jesús del Gran Poder, Cruce del Carmen, Bellavista, Nuevos Horizontes, Pan de Azúcar, Maria Auxiliadora, Yanaturo, El Carmen, Playas del Carmen, Pumayunga Alto, Pumayunga, San José del Carmen. (Anexo 1 y 2)

Se realizó una recolección de datos mediante las fichas familiares del MSP y aplicando del consentimiento informado y aplicación de las fichas familiares a los jefes de familia en la mayoría de los casos en otros casos a sus esposas, logrando gran acogida y colaboración por parte de la comunidad.

Técnicas

Llenar las fichas familiares del Ministerio de salud, de las cuales obtendremos la información para nuestro trabajo y aplicación previa del consentimiento informado.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



Instrumentos

Las fichas familiares del Ministerio de Salud Pública. (Anexo 3)

5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos se guardaron con absoluta confidencialidad y se usaron para el presente trabajo, y también se identificó a las familias en riesgo en la población de Sinincay para su posterior seguimiento por parte del respectivo subcentro de salud.

Se aplicó un consentimiento informando a las familias que integraron este estudio. (Anexo 4)

5.9. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO

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

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

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

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

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

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

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

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



CAPITULO 6

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN

Edad

Tabla 1. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según edad. Cuenca 2010.

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje %
Mayor de 65	559	11,0
20-64	1841	36,4
10-19	1512	29,9
5-9	550	10,9
1-4	500	9,9
Menor de 1	101	2,0
Total	5063	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

La tabla 1 indica que la distribución de la población con mayor frecuencia se encuentra entre los 20 y 64 años que representa un gran porcentaje de población económicamente productiva.

Sexo

Tabla 2. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según sexo. Cuenca 2010.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	2736	54,0
Masculino	2327	46,0
Total	5063	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El sexo de mayor frecuencia fue el femenino con el porcentaje de 54% mientras que el masculino que fue representado con un 46%.

Escolaridad

Tabla 3. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según escolaridad. Cuenca 2010.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje %
Sin escolaridad	1512	29,9
Básica	550	10,9
Bachillerato	2588	51,1
Superior	210	4,1
Especialidad	203	4,0
Total	5063	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

Se observa que el bachillerato fue la escolaridad con mayor frecuencia alcanzada que representa el 50,1% de la población, llama la atención que el 29.9% no posee ningún nivel de instrucción y se encontró un 1% que es especialista.

Ocupación

Tabla 4. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según ocupación. Cuenca 2010.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Estudiantes	2162	42,7
Agricultura	713	14,1
QQDD	412	8,1
Profesionales	363	7,2
Jornalero	356	7,0
Comerciante	103	2,0
Otros	353	7,0
Sin ocupación (0-4 años)	601	11,9
Total	5063	100,0

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

La ocupación de mayor frecuencia fue estudiante, que presentó en un 42.7% de la población; por otro lado la de menor frecuencia fue el comercio con un 2%, además 11,9% es el porcentaje de personas sin ocupación.

Presencia de riesgos en la familia

Tabla 5. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según presencia de riesgos en la familia. Cuenca 2010.

Presencia de riesgo	Frecuencia	Porcentaje %
Con riesgo	801	79,2
Sin riesgo	211	20,8
Total	1012	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

Se encontró que el 79.2% de las familias de la Parroquia Sinincay presentan algún tipo de riesgo.

Tipos de riesgo

Tabla 6. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según el tipo de riesgo. Cuenca 2010.

Tipo de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Socioeconómico	375	37,1
Higiénico Sanitarios	214	21,1
Biológico	212	20,9
No presenta riesgo	211	20,8
Total	1012	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

Los riesgos socioeconómicos fueron los de mayor frecuencia ya que representaron el 37.1% de las familias, mientras que los riesgos sanitarios el

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

21.1% y los biológicos el 20.9%, como hemos revisado el 20.8% de las familias no presentaron ningún tipo de riesgo.

Calificación del riesgo

Tabla 7. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según calificación del riesgo. Cuenca 2010.

Calificación del riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	378	37,4
Medio	211	20,8
Alto	212	20,9
Sin riesgo	211	20,8
Total	1012	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

La mayoría familias presentaron riesgo bajo con un 37.4%, riesgo medio en el 20.8%, mientras que existe un riesgo alto en el 20.9%.

Riesgo socioeconómico

Tabla 8. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según riesgo socioeconómico. Cuenca 2010.

Riesgo socio económico	Frecuencia	Porcentaje
Pobreza	108	28,8
Hacinamiento	106	28,3
Violencia	55	14,7
Desestructuración familiar	53	14,1
Malas condiciones de la vivienda	53	14,1
Total	375	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

La pobreza es el factor socio-económico de mayor frecuencia en esta población con un 28.8%, en segundo lugar se encuentra el hacinamiento con 28.3% y de

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



la violencia con 14.7%. La desestructuración familiar y las malas condiciones de la vivienda contribuyen con un 14.1% cada una.

Riesgos sanitarios

Tabla 9. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según riesgo sanitario. Cuenca 2010.

Riesgo sanitario	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de animales intradomiciliarios	108	50,5
Agua insegura	53	24,8
Mala eliminación de desechos sólidos	53	24,8
Total	214	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

La presencia de animales intra domiciliarios es el riesgo de mayor frecuencia en las familias de la Parroquia Sinincay con un 50.5%, con un 24.8% cada factor se encuentran el agua insegura y la mala eliminación de desechos sólidos.

Riesgos biológicos

Tabla 10. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según riesgo biológico. Cuenca 2010.

Riesgo biológico	Frecuencia	Porcentaje
Malnutrición	112	52,8
Enfermedad de riesgo	53	25,0
Discapacidad	23	10,8
Vacunas incompletas	14	6,6
Embarazo con problemas	5	2,4
Problemas mentales	5	2,4
Total	212	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



Elaboración: Los Autores

El riesgo biológico de mayor frecuencia es la malnutrición con el 52.8% de las familias; con un 25% se encuentra que las enfermedades de riesgo son el segundo factor más importante.

Tipo de enfermedad

Tabla 11. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según tipo de enfermedad. Cuenca 2010.

Tipo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Del sistema circulatorio	253	5,0
Del sistema digestivo	208	4,1
Endócrinas, nutricionales y metabólicas	160	3,2
Infecciosas y parasitarias	153	3,0
Del sistema respiratorio	150	3,0
Del sistema osteoarticular y tejido conectivo	100	2,0
De los órganos de los sentidos	55	1,1
Del sistema genitourinario	50	1,0
Otros	52	1,0
No presenta enfermedad	3882	76,7
Total	5063	100,0

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

El 76.7% de la población en estudio no presentó enfermedad; el 5% presentó enfermedades del sistema circulatorio (HTA), un 4.1% enfermedades del sistema digestivo mientras que un 3.2% de la población presentó enfermedades Endócrinas, nutricionales y metabólicas (Diabetes).

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



6.2. FACTORES DE RIESGO

Ocupación y enfermedades cardiovasculares.

Tabla 12. Distribución de la población de la Parroquia Sinincay Zona 2 según ocupación y enfermedades cardiovasculares. Cuenca 2010.							
Ocupación	Enfermedades Cardiovasculares						p = 0,000
	Si		No		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Agricultura	100	14,0	613	86,0	713	100,0	
Comerciante	0	0,0	103	100,0	103	100,0	
Estudiantes	0	0,0	2162	100,0	2162	100,0	
Jornalero	100	28,1	256	71,9%	356	100,0	
Profesionales	0	0,0	363	100,0	363	100,0	
QQDD	0	0,0	412	100,0	412	100,0	
Sin ocupación (0-4 años)	0	0,0	601	100,0	601	100,0	
Otros	53	15,0	300	85,0%	353	100,0	
Total	253	5,0	4810	95,0	5063	100,0	

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

Al analizar la presencia de enfermedades cardiovasculares con la ocupación observamos que en los habitantes que se dedican a la agricultura este tipo de enfermedades afecta tiene una frecuencia del 14%; en los jornaleros del 28.1% y en pacientes con otras actividades la prevalencia de este tipo de enfermedades fue del 15%, se encontró que estas diferencias son significativas y la ocupación se asocia con la presencia de enfermedades cardiovasculares.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
 NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
 DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



Animales intra domiciliarios y enfermedades respiratorias.

Tabla 13. Distribución de la población de la parroquia Sinincay Zona 2 según la asociación entre animales intra domiciliarios y enfermedades respiratorias. Cuenca 2010.									
Animales intra domiciliarios	Enfermedades respiratorias						RP	IC 95%	Valor de p
	Si		No		Total				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	0	0,0	108	100,0	108	100,0	0.02	0.023	0.06
No	150	3,0	4805	97,0	4955	100,0		a	
Total	150	3,0	4913	97,0	5063	100,0		0.029	

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

No se encontró asociación entre la presencia de animales intra domiciliarios y las enfermedades respiratorias.

Malnutrición y enfermedades cardiovasculares.

Tabla 14. Distribución de la población de la parroquia Sinincay Zona 2 según la asociación entre malnutrición y enfermedades cardiovasculares. Cuenca 2010.									
Malnutrición	Enfermedades cardiovasculares						RP	IC 95%	Valor de p
	Si		No		Total				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	0	0,0	112	100,0	112	100,0	0.02	0.031	0.014
No	253	5,1	4698	94,9	4951	100,0		a	
Total	253	5,0	4810	95,0	5063	100,0		0.038	

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

Se encontró que la malnutrición se asocia con las enfermedades cardiovasculares, y que éstas son más frecuentes en pacientes que no presentaron desnutrición.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
 NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
 DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



Malnutrición y enfermedades endocrinas

Tabla 15. Distribución de la población de la parroquia Sinincay Zona 2 según la asociación entre malnutrición y enfermedades endocrinas.									
Malnutrición	Enfermedades endocrinas						RP	IC 95%	Valor de p
	Si		No		Total				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	0	0,0	112	100,0	112	100,0	0.02	0.015 a	0.271
No	53	1,1	4898	98,9	4951	100,0			
Total	53	1,0	5010	99,0	5063	100,0			

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

No se encontraron casos de enfermedades endocrinas en los 112 pacientes con desnutrición.

Pobreza y enfermedades digestivas.

Tabla 16. Distribución de la población de la parroquia Sinincay Zona 2 según la asociación entre pobreza y enfermedades digestivas. Cuenca 2010.									
Pobreza	Enfermedades digestivas						RP	IC 95%	Valor de p
	Si		No		Total				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	54	50,0	54	50,0	108	100,0	0.02	0.00 a	0.00
No	0	0,0	4954	100,0	4954	100,0			
Total	54	1,1	5008	98,9	5062	100,0			

Fuente: Fichas familiares de Sinincay

Elaboración: Los Autores

La pobreza se asocia con enfermedades digestivas, en pacientes que no presentaron pobreza no se registraron casos de enfermedades digestivas.

AUTORES:
 DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
 NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
 DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



CAPITULO 7

7.1. DISCUSION

Cada ciudad, cantón, parroquia tiene sus propias características en este caso se analizó a la parroquia Sinincay del Cantón Cuenca, la misma que está habitada en mayor porcentaje por el sexo femenino y por personas entre 20 y 64 años de edad que representa el 36.4% de la población, en tanto que la población infantil es mínima. Si lo correlacionamos con Chile con respecto a la ruralidad se obtiene una tasa de ruralidad de 35%.(139)

Si tomamos en consideración la ocupación y la escolaridad, el 50% alcanzo el bachillerato, mientras que el 42.7% estudia y un gran número se dedica al comercio. Cabe resaltar que el 29.9% no tiene ningún nivel de escolaridad, contrastando con los datos de Ecuador obtenidos por el INEC en 2008 que dice que un 10.02% no tiene ningún nivel de escolaridad en el área rural. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia, el 84% de los adolescentes entre 11 y 15 años asiste a la escuela, en comparación con el 42% entre 16 y 20 años y el 20% de 20 a 25 años. La población urbana entre los 18 y 24 años tiene una tasa de escolaridad del 32%, mientras la población rural la tiene de 10.3%, lo que significa que por cada 3 jóvenes escolarizados en la ciudad apenas hay un en el campo. (140)

Por otro lado el estudio del riesgo indica que el 79.2% de las familias presentan algún tipo de riesgo como: socioeconómico, sanitario y biológico, en nuestra parroquia en estudio el riesgo mayor que se presento es el socio económico con el 37.1%, correspondiendo a un riesgo bajo el 37.4%, y a un alto riesgo el 20.9% de las familias, en tanto que el 20.8% de las familias no presenta riesgo. La OMS y el UNICEF han desarrollado un conjunto de instrumentos para que los profesionales y proveedores comunitarios de atención primaria de salud proporcionen asistencia a los padres y madres, las familias y las comunidades sobre el modo de fomentar el desarrollo de los niños y de prevenir riesgos. (141)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En Sinincay la pobreza es el factor de riesgo que más llama la atención y es entendible por cuanto es una parroquia rural en donde existe alrededor de un 30% que no ha estudiado, situación semejante se observa en Colombia donde las condiciones de pobreza de la población, muestra una clara desventaja en cuanto a la calidad de vida y acceso a servicios públicos frente a la población urbana. (142)

La organización Mundial de la salud (OMS) en varios de sus informes calificó a la pobreza como la enfermedad más mortal del mundo. Parece lógica esta afirmación debido a que las muertes que se registran a nivel mundial gran parte de ellas se relacionan a la pobreza y las malas condiciones de vida. (143)

El hacinamiento es otro de los factores que marcan a esta parroquia, si la comparamos con estudios realizados en Honduras en donde más del (80%) de las familias presentan buenas condiciones en cuanto al índice de hacinamiento, características del medio ambiente y cultura sanitaria, características con las que no se identifica nuestra parroquia en estudio. Por otro lado, tomando en consideración el riesgo sanitario, las fichas familiares indican que el 50.5% de las familias tienen animales intradomiciliarios además de no contar con agua segura y mala eliminación de desechos sólidos lo cual comprometerían el estado de salud enfermedad de la población. (144)

En cuanto al riesgo biológico la malnutrición corresponde a un 52.8% la misma que involucra no solo desnutrición sino también sobrepeso y obesidad que de una y otra manera impactan en la salud de la población de Sinincay. Si analizamos el tipo de enfermedad, las cifras indican que el 76.7% de la población no tiene enfermedades o al menos desconoce padecerlas situación similar sucedió en un estudio realizado en Barranquilla Colombia donde la mayoría de personas percibió estar sana; sin embargo, entre los antecedentes familiares, la hipertensión ocupó el primer lugar y el cáncer el segundo. El 5.3 % de las familias se ubicó en riesgo alto, el 41% en riesgo medio y el 54% en

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

riesgo bajo, lo que concluye que el 46.3% de las familias tiene riesgo considerable, y en nuestro trabajo el riesgo bajo fue el más considerable. (145)

Al asociar la ocupación con la presencia o ausencia de enfermedades cardiovasculares se encontró que la ocupación se asocia con la presencia de enfermedades cardiovasculares, siendo mayor en jornaleros, en cuanto a este aspecto trabajos realizados en Honduras también presenta índices altos de enfermedades cardiovasculares entre ellas HTA. (146)

Al analizar la asociación entre animales intradomiciliarios y enfermedades respiratorias no se encontró relación en las mismas, en tanto que la malnutrición se relaciona directamente con las enfermedades cardiovasculares, las mismas que no se presentan en los pacientes con adecuada alimentación. Tomando en consideración las enfermedades endocrinas y la malnutrición no se muestra asociación en tanto la pobreza y las enfermedades digestivas tienen una estrecha relación. (147)

Todas estas variables caracterizan a nuestra población en estudio convirtiéndola en problemas para los cuales se debe encontrar respuestas y soluciones. Al analizar los factores que determinan el estado salud enfermedad de Sinincay podemos decir que los factores socioeconómicos son los de mayor prevalencia en esta parroquia, la pobreza, hacinamiento; además de que la ocupación está relacionada con la presencia de enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la mala eliminación de desechos sólidos este mismo caso se presenta en zonas rurales de Chile donde los comités rurales de agua potable se encargan de la operación de los sistemas de abastecimiento de agua. En localidades rurales concentradas, que tienen entre 150 y 3.000 habitantes y una concentración no inferior a 15 viviendas por kilómetro de red, el Programa Nacional de Agua Potable Rural (APR) contribuye a un progreso evidente en la prestación del servicio. Sin embargo, en Chile todavía existen muchas

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

viviendas aisladas que carecen de agua potable, situación que se palpa en Sinincay. (148)

En América Latina, mantenemos tasas superiores al 5% de analfabetismo en Guatemala, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Bolivia, República Dominicana, Perú, Brasil, Ecuador, México, Colombia y Paraguay. Sólo Argentina, Chile, Cuba y Uruguay que tienen tasas de alfabetización superiores al 95%². En Ecuador el INEC demostró que el analfabetismo se elevó de 7,62% en el 2008 a 7,77% en el 2009. Lo que demuestra que todos tenemos grados de alfabetismo distintos, que varían según nuestra historia de años de escolaridad, calidad de aprendizajes logrados y el desempeño de nuestros maestros. También de la escolaridad de nuestros padres, o de si nacimos en el campo o en la ciudad o si somos ricos o pobres. (149)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



CAPITULO 8

8.1. CONCLUSIONES

Analizar una población en números resulta complicado, pues la misma está conformada por diferentes variables que se entrelazan entre si y la definen, sin embargo, el análisis de datos nos ayuda a conseguir una visión amplia de la situación actual de la población, analizando en primer lugar los datos demográficos donde el sexo femenino es el que alcanza el mayor porcentaje y la edad entre 20 – 64 años son la mayoría, en base a estos datos podemos conocer nuestro sitio de estudio y sacar conclusiones que ayuden a los habitantes que pueblan en dicho lugar de estudio a mejorar su calidad de vida. Encontramos que el factor socioeconómico influye drásticamente en la población de estudio, dentro de ello la pobreza y el hacinamiento son sus principales desencadenantes.

Al finalizar nuestro estudio de prevalencia realizado en la parroquia Sinincay hemos llegado a las siguientes determinaciones:

1. Al realizar este estudio hemos encontrado que la pobreza y el hacinamiento son problemas alarmantes de salud que forman parte de la realidad de nuestras familias las mismas que influyen en las enfermedades digestivas mismas que fueron demostradas en esta investigación. Si se encontrara la forma de luchar contra la pobreza sería la mejor forma de combatir contra las enfermedades.
2. Existe un alto índice de analfabetismo en esta zona, pero hay que tener en cuenta que un alto porcentaje de estudiantes en un futuro contribuiría a disminuir este alto impacto de población sin instrucción. Por otra parte esto va muy relacionado con la agricultura a mas que siendo Sinincay una zona rural, lo predispone a esta población a realizar antes un esfuerzo físico que intelectual.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3. La mala eliminación de desechos sólidos junto con el agua insegura y la presencia de animales intradomiciliarios son otros determinantes que al potenciarse aumentan el riesgo de enfermedad especialmente las infecciosas, parasitarias, respiratorias asociadas a la presencia de ácaros que se encuentran en la piel de animales, sobre todo se debe pensar que la familia es el primer medio donde inicia la enfermedad. Por lo que resulta importante encontrar soluciones prontas y oportunas para mejorar esta situación no solo de la parroquia Sinincay sino de miles de familias que afrontan día a día esta realidad.

4. Como se señaló en los resultados de los riesgos biológicos la malnutrición y la presencia de enfermedades digestivas están ligadas a la alta frecuencia de enfermedades cardiocirculatorias como la Hipertensión arterial y enfermedades endócrinas como la Diabetes Mellitus Tipo II, por lo tanto si educamos en nutrición a este grupo poblacional podemos disminuir este grupo de enfermedades antes mencionadas. Como señala la OMS, para mejorar la salud de nuestros pueblos es de suma importancia conseguir condiciones sociales más equitativas y una calidad de vida adecuada para todas las personas y familias.

Al finalizar este trabajo hemos logrado relacionar las principales causas ligadas al proceso salud – enfermedad de las familias, identificamos cada uno de los riesgos; como principal riesgo socioeconómico encontramos la pobreza, biológicos llamando la atención está la malnutrición y la presencia de animales intradomiciliarios es el más importante entre los riesgos higiénico sanitarios. Los resultados encontrados en esta investigación ayudarán en la resolución de grandes problemas de salud en el sitio de estudio, es hora de buscar soluciones a los resultados presentados en este trabajo.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



8.2. RECOMENDACIONES

Durante el transcurso de la elaboración de este trabajo hemos diagnosticado problemas que deberán ser solucionados para una mejor calidad de vida, por consiguiente sugerimos:

1. La pobreza y el hacinamiento se encuentran íntimamente relacionados, junto con el bajo nivel de escolaridad, lo que conlleva a ocupar puestos de trabajo que no tengan una buena remuneración económica, por eso se dice que si se luchara contra la pobreza las enfermedades disminuirían satisfactoriamente, deben hacer conciencia sobre las consecuencias del hacinamiento en la salud de la familia, como transmisión de enfermedades respiratorias y parasitarias.
2. El analfabetismo sería otro punto de suma importancia para mejorar el estado de salud de los habitantes, pues si no tenemos una población educada menos podremos tener salud, una familia saludable formará una parroquia sana, una escuela libre de enfermedades infectocontagiosas, se debería implementar la educación en salud por parte del Subcentro de Salud, con lo que se lograría disminuir sustancialmente las enfermedades.
3. Mejorar la manejo y eliminación de los desechos sólidos, se debería poner en contacto con las autoridades encargadas del alcantarillado para buscar junto a ellos la forma de mejorar este servicio y lograr integrar un comité para mejorar el alcantarillado y agua potable; también realizando mingas, enseñando a la población a recolectar sus desechos clasificándolos como orgánica, inorgánica y asignar una zona de terreno específica para acumular la basura.
4. Para combatir la malnutrición se debe educar a la población, para lo que recomendamos la presencia de un departamento de nutrición en el Centro de Salud, pues esto ayudaría a que la población sepa escoger y

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

preparar de forma adecuada sus alimentos previniendo enfermedades metabólicas, digestivas, endócrinas, entre otras.

La presente investigación ayudara a tomar decisiones importantes en cuanto a eliminar factores que amenacen la salud de las familias, este trabajo es solo el inicio de soluciones que ayudaran a las familias de esta comunidad a mejorar la salud de sus integrantes.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



CAPITULO 9

9.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Irwin A. Scali E. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud, aprender de las experiencias anteriores. Marzo 2005. [Citada el 10 de Mayo de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
2. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud, aprender de las experiencias anteriores. Marzo 2005. [Citada el 10 de Mayo de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
3. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud, aprender de las experiencias anteriores. Marzo 2005. [Citada el 10 de Mayo de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
4. Organización mundial de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma – Ata. URSS. Septiembre 1978. [Citada el 10 de mayo de 2011] Disponible en:
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
5. Programa de las naciones unidas para el desarrollo. Declaración del milenio de las Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo del milenio. Septiembre 2000. [Citado el 10 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6. Programa de las naciones unidas para el desarrollo. Declaración del milenio de las Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo del milenio. Septiembre 2000. [Citado el 10 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>
7. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Preguntas y Respuestas. Febrero 2005. [Citada el 18 de mayo de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
8. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Preguntas y Respuestas. Febrero 2005. [Citada el 18 de mayo de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
9. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Preguntas y Respuestas. Febrero 2005. [Citada el 18 de mayo de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
10. World Medical Journal. Determinantes sociales de la Salud. Febrero 2009. [Citada el 20 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://www.wma.net/es//20activities/30publichealth/80socialdeterminants/index.html>
11. World Medical Journal. Determinantes sociales de la Salud. Febrero 2009. [Citada el 20 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://www.wma.net/es//20activities/30publichealth/80socialdeterminants/index.html>
12. World Medical Journal. Determinantes sociales de la Salud. Febrero 2009. [Citada el 20 de mayo de 2011] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<http://www.wma.net/es//20activities/30publichealth/80socialdeterminants/index.html>

13. Organización mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud, aprender de las experiencias anteriores. Marzo 2005. [Citada el 10 de mayo de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
14. Organización mundial de la salud. Factores de riesgo para la Salud. Ginebra. Mayo 2005. [Citada el 14 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/new/2005/nw04/es>.
15. Organización mundial de la salud. Riesgos Sanitarios Mundiales. La mortalidad y la enfermedad atribuibles a determinados riesgos y principales. Ginebra. Mayo 2002. [Citada el 14 de junio de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
16. Akerman M. Organización Panamericana de la Salud. Dispositivo Global de aprendizaje sobre determinantes sociales de salud y Formulación de políticas públicas. Unidad 1. Determinantes sociales en salud: Valores, Enfoques y Perspectivas. Chile – Santiago. Agosto 2007. [Citado el 10 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/cursos/undidad1C.html>
17. Organización mundial de la salud. Medicina Social. Informe de la Sociedad Civil a la Comisión sobre los determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Octubre 2007. [Citada el 18 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://journals.Sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/163/288>

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

18. Organización mundial de la salud. Centro de prensa. El derecho a la salud. Nota descriptiva N°323. Agosto 2007. [Citada el 10 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

19. Contreras J. Salud Familiar. Evaluación del Riesgo Familiar. Chile. Diciembre 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en:
<http://cambiodemodelo.blogspot.com/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>

20. Gonzales C. Teoría estructural familiar. Chile Santiago. Mayo 1999. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf>

21. Gonzales C. Teoría estructural familiar. Chile Santiago. Mayo 1999. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf>

22. Gonzales C. Teoría estructural familiar. Chile Santiago. Mayo 1999. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf>

23. Gonzales C. Teoría estructural familiar. Chile Santiago. Mayo 1999. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf>

24. Gonzales C. Teoría estructural familiar. Chile Santiago. Mayo 1999. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf>

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

25. Gonzales C. Teoría estructural familiar. Chile Santiago. Mayo 1999. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf>
26. Gonzales C. Teoría estructural familiar. Chile Santiago. Mayo 1999. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf>
27. Secretaria técnica del plan ecuador. Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Quito. Junio 2009. [Citado el 8 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.odna.org/bienvenida.html>
28. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Investigaciones sociales. Quito. Año 2008. [Citado el 8 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc
29. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc
30. INFOMED. Salud y vida. Septiembre 2005. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adulto/>
31. La Hora. 40 mil adultos mayores se debaten en la pobreza. Quito. Noviembre 2010. [Citado el 14 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101047391/1/40_mil_adultos_mayores_se_debaten_en_la_pobreza.html
32. Organización mundial de la salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de Políticas Públicas y Salud Desigualdades en

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- salud Ecuador. Bogotá. Febrero 2002 [Citado el 7 de junio de 2011]
Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/hdp/asp/encuestas.asp>
33. Foros VI Región. Enfermedades más comunes en los hombres. Santiago de Chile. Diciembre 2007. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en
<http://www.vi.cl/foro>
34. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc
35. Méndez María. Propuesta para el mejoramiento del nivel de satisfacción de los empleados públicos frente a su trabajo. Quito. Octubre 2007. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en:
<http://repositorio.iaen.edu.ec/xmlui/handle/24000/95>
36. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Seguro de salud. Quito. Junio. 2009. [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://www.iesg.gob.ec/site.php?category=seguro-de-salud>
37. Subsecretaría de política económica del ministerio de economía y finanzas, Ecuador. La Situación de la Educación en el Ecuador. Quito. 2007. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible el:
<http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/index.htm>
38. Marias I. Educación para la Salud. España. Septiembre 1998. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.xtec.es/~imarias/#menu>
39. Ministerio de salud. Educación para la salud. Quito. 2010. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<http://www.educacion.gov.ec/interna.php?txtCodilInfo=129>

40. Ministerio de salud. Educación para la salud. Quito. 2010. [Citado el 7 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.educacion.gov.ec/interna.php?txtCodilInfo=129>

41. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc

42. Vargas G. Revista de gastroenterología del Perú. Diarrea Infecciosa. Lima. Agosto 1997. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible el: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292011000300009&script=sci_arttext

43. Consejo de salubridad general. Diarrea aguda en adultos en el primer nivel de atención. México. Julio 2004. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.csg.salud.gob.mx/>

44. Centro nacional de vigilancia epidemiológica. Infecciones gastrointestinales. México. Septiembre 2008. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

45. Centers for disease controls and prevention. Salmonellosis. Atlanta, Georgia. Diciembre 2005. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.cdc.gov/salmonella/>

46. Organización mundial de la salud. Enfermedades Transmisibles. Tuberculosis. Quito. Marzo 2008. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

[http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259
&task=display&id=59](http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=59)

47. Medline Plus. Miomas Uterinos. Bethesda, Maryland. Enero 2011. [Citado en 18 de mayo de 2011] Disponible el: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>
48. DEGUATE. Prevalencia del cáncer de mama. Guatemala. Octubre 2006. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.deguate.com/artman/publish/salud_salud.shtml
49. WIKIPEDIA. Cáncer de mama. Enero 2011. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_mama
50. Médicos Ecuador. Prevención del Cáncer de estómago. Guayaquil Marzo 2008. [Citado por 18 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/especialidades/articulos_cancer_pacientes.htm
51. Medline Plus. Anemia. Bethesda, Maryland. Enero 2011. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>
52. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc
53. MSD Merck. Diabetes. Madrid. Enero 2009. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.msd.com.ec/msdec/patients/diabetes/diabetes_index.html

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

54. Médicos Ecuador. Diabetes mellitus Tipo II. Guayaquil Enero 2008. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/especialidades/articulos_diabetes_pacientes.htm
55. UNINET. Indicaciones de la fluidoterapia. Almería, España. Marzo 2008. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c0602i.html>
56. NUTRINET Ecuador. Las cifras de desnutrición en el Ecuador. Quito. Abril 2007. [Citado el 18 de mayo de 2010] Disponible en: <http://ecuador.nutrinet.org/ecuador/situacion-nutricional/58-las-cifras-de-la-desnutricion-en-ecuador>
57. Salud al día. Alcohol y salud mental. Barcelona. Noviembre 2000. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_alcohol_salud_mental2
58. El Hoy. El consumo de licor se acelera. Quito. Mayo 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-consumo-de-licor-se-acelera-267380-267380.html>
59. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc
60. Programa nacional integral de epilepsia. Viviendo con epilepsia. Quito. Junio 2006. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en: http://www.epilepsiaecuador.org/index.php?option=com_content&view=a

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

rticle&id=6&Itemid=7

61. Sociedad nacional de oftalmología y ortópica. Quito. Febrero 2010. [Citado el 25 de junio de 2011] Disponible en: http://snooecuador.com/index.php?option=com_content&view=article&id=21:cataratas&catid=11:temas-de-salud&Itemid=17
62. El Hoy. Tres de cada 10 personas son víctimas de hipertensión arterial en el Ecuador. Quito. Mayo 2006. [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/tres-de-cada-10-personas-son-victimas-de-hipertension-arterial-en-el-ecuador-234869-234869.html>
63. Fistera. Insuficiencia Cardíaca. España. Febrero 2001. [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/icc.asp>
64. MEDICOS Ecuador. Neumonía. Guayaquil Julio 2008. [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/especialidades/articulos_neumonia_pacientes.htm
65. MSD Merck. Trastornos del oído, la nariz y la garganta. Madrid. Enero 2005. [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible el: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_19/seccion_19_213.html
66. Medline Plus. Asma. Bethesda, Maryland. Octubre 2009. [Citado el 22 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000141.htm>
67. Fistera e Movil. Infecciones respiratorias. Valencia. Febrero 2010. [Citado el 22 de mayo de 2011] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<http://www.fisterra.com/fisterrae/movil/guias.asp?idGuia=695#21361>

68. GEOSALUD. Infección respiratoria aguda. México. 2010. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en: http://geosalud.com/enfermedades_infecciosas/IRA.htm
69. Pontificia universidad católica de chile. Epidemiología y patogenia de la colelitiasis. Santiago de Chile. Junio 2009. [Citado el 20 de mayo] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/temasgastro/Colelitiasis.html>
70. Medline Plus. Abscesocutáneo. Bethesda, Maryland. Agosto 2009. [Citado el 14 de junio del 2011] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000863.htm>
71. Medline Plus. Infecciones de la piel. Bethesda, Maryland. Agosto 2009. [Citado el 25 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/skininfections.html>
72. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc
73. Medline Plus. Cálculosrenales. Bethesda, Maryland. Septiembre 2009. [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000458.htm>
74. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

75. Rosenblum L. Síndrome de Insuficiencia Respiratoria en Recién Nacidos. Massachusetts. Septiembre 2010. [Citado el 6 de mayo de 2011] Disponible en: <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=de6453e6-8aa2-4e28-b56c-5e30699d7b3c&chunkiid=103513>
76. Medline Plus. Ictericia del recién nacido. Bethesda, Maryland. 2009. [Citado el 13 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001559.htm>
77. La Hora. Alarmante índice de malformaciones. Quito. Mayo 2010. [Citado el 18 de febrero de 2011] Disponible en: http://www.ecuadorinmediato.com/Noticias/news_user_view/la_hora_quito_alarante_indice_de_malformaciones--126220
78. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de estadísticas Hospitalarias. Camas y egresos en el Año 2008. Quito Mayo 2010. [Citado el 9 de junio de 2011] Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc
79. Donato A. Vacunas. Salud y Sociedad. Mayo 2007. [Citado el 24 de abril de 2011] Disponible en: <http://www.salud.bioetica.org/vacunas.htm>
80. WorldDevelopmentIndicatorsDatabase. Diciembre 2010. [Citado el 28 de marzo de 2011] Disponible en: http://ddpext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&R EPORT_ID=9147&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED&HF=N/CPProfile.asp&WSP=N
81. Macías M. Factores de riesgo para esquema de vacunación incompletos en niños de 6 a 60 meses en el Instituto Nacional de Pediatría, Revista de enfermedades infecciosas en pediatría. Vol. XXII. Num. 86, Octubre –

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Diciembre 2008. [Citado el 28 de marzo de 2011] Disponible en:
http://www.enfermedadesinfecciosas.com/files/reip86_03.pdf
82. De la Mata C. Malnutrición, Desnutrición Y Sobrealimentación, REV. MÉD. ROSARIO 74: 17 - 20, Noviembre 2008. [Citado el 29 de marzo de 2011] Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/mata.pdf>
83. Salud, Ecuador contra la malnutrición. Octubre 2010. [Citado el 2 de abril de 2011] Disponible en:
<http://www2.esmas.com/salud/nutricion/215645/ecuador-contra-malnutricion>
84. Organización mundial de la salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Mayo 2010. [Citado el 2 de abril de 2011] Disponible en:
http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
85. NUTRINET. Para erradicar el hambre y la desnutrición en América Latina y el Caribe. Marzo 2011. [Citado el 4 de abril de 2011] Disponible en:
<http://ecuador.nutrinet.org/banco-de-conocimiento/eventos/100/430-lanzamiento-de-programa-de-desnutricion-infantil-en-canar-martes-16-de-marzo>
86. Junta de Beneficencia de Guayaquil. El programa "7 controles prenatales" beneficia al binomio madre-hijo. Septiembre 2002. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en:
<http://www.jbg.org.ec/es/actividades/campanas/796-el-programa-q7-controles-prenatalesq-beneficia-al-binomio-madre-hijo>
87. El Hoy. De cuatro embarazadas, una es adolescente. Septiembre 2007. [Citado el 4 de febrero de 2011] Disponible en:
<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/de-cuatro-embarazadas-una-es-adolescente-215102-215102.html>

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

88. Nuevo León Unido. ¿Qué es la discapacidad? Junio 2011. [Citado el 22 de septiembre de 2011] Disponible en: http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad
89. Centre for addiction and mental health. La salud mental y problemas que pueden presentarse. Marzo 2011. [Citado el 22 de septiembre de 2011] Disponible en: http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Multilingual_Resources/spanish_about_mentalhealth.pdf
90. Consejo nacional de discapacidades. Personas Registradas en el CONADIS. Marzo 2011. [Citado el 22 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.conadis.gob.ec/mapa.php?p=AZUAY>.
91. El Universo. Más del doble de mujeres que hombres sufre trastornos mentales. Diciembre 2010. [Citado el 12 de septiembre de 2011] Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2010/12/15/1/1384/mas-doble-mujeres-hombres-sufre-trastornos-mentales.html>.
92. Trejo A. Velásquez Pérez, Leora. Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Abril 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/339.htm, Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 15, No 2-3.
93. Trejo A. Velásquez Pérez, Leora. Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Abril 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/339.htm, Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 15, No 2-3.
94. Trejo A. Velásquez Pérez, Leora. Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Abril 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/339.htm,
Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 15, No 2-3.
95. Trejo A. Velásquez Pérez, Leora. Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Abril 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/339.htm, Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 15, No 2-3.
96. Trejo A. Velásquez Pérez, Leora. Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Abril 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/339.htm, Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 15, No 2-3.
97. Trejo A. Velásquez Pérez, Leora. Prevalencia y Tendencia de Trastornos Mentales en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Abril 2007. [Citado el 14 de junio de 2011] Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/339.htm, Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 15, No 2-3.
98. Informe sobre desarrollo humano. Agua para el consumo humano, Capítulo 2. Octubre 2006. [Citado el 21 de junio de 2010] Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/03-Chapter%202_ES.pdf.
99. WIKIPEDIA. Agua potable y saneamiento en Ecuador. Enero 2005. [Citado el 14 de mayo de 2011] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador
100. EXPLORED. En Ecuador, el agua se acaba gota a gota. Julio 2006. [Citado el 5 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/en-ecuador-el-agua-se-acaba-gota-a-gota-291649-291649.html>.
101. EXPLORED. En Ecuador, el agua se acaba gota a gota. Julio 2006. [Citado el 5 de mayo de 2011] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/en-ecuador-el-agua-se-acaba-gota-a-gota-291649-291649.html>.

102. Corbett D. Producción de petróleo y daños al medio ambiente. Abril 1996. [Citado el 15 de abril de 2011] Disponible en: <http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www1.american.edu/ted/projects/tedcross/xoilpr15.htm>.
103. Highlights en investigación. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría Vol. XXIII Núm. 89, Zoonosis intradomiciliarias: Las mascotas como entes portadores de enfermedades. Agosto 2006. [Citado el 29 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.enfermedadesinfecciosas.com/files/reip89_2.pdf
104. Highlights en investigación. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría Vol. XXIII Núm. 89, Zoonosis intradomiciliarias: Las mascotas como entes portadores de enfermedades. Agosto 2006. [Citado el 29 de mayo de 2011] Disponible en: http://www.enfermedadesinfecciosas.com/files/reip89_2.pdf
105. Problemas sociales del ecuador. Octubre 2007. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/proso/proso.shtml>
106. Problemas sociales del ecuador. Octubre 2007. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/proso/proso.shtml>
107. El Mercurio. Pobreza latente en Ecuador. Noviembre 2010. [Citado el 14 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec/229781-pobreza-latente-en-ecuador.html>, 2010
108. El Mercurio. Pobreza latente en Ecuador. Enero 2011. [Citado el 18 de mayo de 2011] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- <http://www.elmercurio.com.ec/229781-pobreza-latente-en-ecuador.html>,
2011
109. Spanish News. Disminuyen índices de pobreza en Ecuador entre 2006 y 2010. Diciembre 2010. [Citado el 20 de mayo de 2011]
Disponible en:
http://spanish.news.cn/iberoamerica/2010-07/17/c_13402239.htm.
110. Alava G. Impactos del desempleo. Enero 2010. [Citado el 14 de noviembre de 2011] Disponible en:
<http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/141723-impactos-del-desempleo>.
111. WIKIPEDIA. Demografía del Ecuador. Noviembre 2008. [Citado el 10 de noviembre de 2011] Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_del_Ecuador
112. Viteri G. Observatorio de la Economía Latinoamericana. Enero 2003. [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible en:
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm>
113. Nash R. Los Tres Tipos de Analfabetismo. Agosto 1999. [Citado el 16 de noviembre de 2011] Disponible en:
<http://www.contra-mundum.org/castellano/nash/Analfabetismo.pdf>
114. Nash R. Los Tres Tipos de Analfabetismo. Agosto 1999. [Citado el 16 de noviembre de 2011] Disponible en:
<http://www.contra-mundum.org/castellano/nash/Analfabetismo.pdf>
115. Nash R. Los Tres Tipos de Analfabetismo. Agosto 1999. [Citado el 16 de noviembre de 2011] Disponible en:
<http://www.contra-mundum.org/castellano/nash/Analfabetismo.pdf>
116. Nash R. Los Tres Tipos de Analfabetismo. Agosto 1999. [Citado el 16 de noviembre de 2011] Disponible en:
<http://www.contra-mundum.org/castellano/nash/Analfabetismo.pdf>

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

117. Nash R. Los Tres Tipos de Analfabetismo. Agosto 1999. [Citado el 16 de noviembre de 2011] Disponible en: <http://www.contra-mundum.org/castellano/nash/Analfabetismo.pdf>
118. Morla R. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 2 / Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Febrero 2006. [Citado el 29 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.utpl.edu.ec/ilfam/images/stories/DOCUMENTOS/Migracion/nucleo%20separaci%F3n.pdf>.
119. OFELIA. Desestructuración familiar. Junio 2007. [Citado el 14 de noviembre de 2011] Disponible en: http://www.articulo.org/articulo/930/desestructuracion_familiar.html, 2007.
120. OFELIA. Desestructuración familiar. Junio 2007. [Citado el 14 de noviembre de 2011] Disponible en: http://www.articulo.org/articulo/930/desestructuracion_familiar.html, 2007.
121. OFELIA. Desestructuración familiar. Junio 2007. [Citado el 14 de noviembre de 2011] Disponible en: http://www.articulo.org/articulo/930/desestructuracion_familiar.html, 2007.
122. Enfermedades Sociales. Drogadicción alcoholismo etc. Marzo 2002. [Citado el 23 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/enso/enso.shtml>.
123. Morla R. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 2 / Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Julio 2009. [Citado el 14 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.utpl.edu.ec/ilfam/images/stories/DOCUMENTOS/Migracion/nucleo%20separaci%F3n.pdf>

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

124. Castellos M. Medisan, Homosexualidad, familia, violencia y drogadicción. Agosto 2008. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san13208.pdf.
125. Castellos M. Medisan, Homosexualidad, familia, violencia y drogadicción. Agosto 2008. [Citado el 3 de junio de 2011] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san13208.pdf.
126. Ruiz S. Contrato Social por la Vivienda en Ecuador. Quito. Noviembre 2007. [Citado el 14 de noviembre de 2011] Disponible en: <http://www.ciudad.org.ec/custom/revista/17//silvanacontsoc.pdf>.
127. El Comercio. Hacinamiento en 70 casas de nueve sectores de Cuenca. Febrero 2011. [Citado el 10 de noviembre de 2011] Disponible en: http://www4.elcomercio.com/Pais/hacinamiento_en__70_casas_de_nueve_sectores_de__cuenca.aspx.
128. El Hoy. Infierno carcelario: hacinamiento y falta de sentencia. Abril 2009. [Citado el 10 de noviembre de 2011] Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/infierno-carcelariohacinamiento-y-falta-de-sentencia-341939.html>.
129. Lentini M. Las Transformaciones en la Política Habitacional y su papel en la Generación de espacios de vida. Argentina 1997. [Citado el 10 de noviembre de 2011] Disponible en: <http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/quilmes/P1/22.htm>.
130. Lentini M. Las Transformaciones en la Política Habitacional y su papel en la Generación de espacios de vida. Argentina 1997. [Citado el 10 de noviembre de 2011] Disponible en: <http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/quilmes/P1/22.htm>.

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

131. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
132. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
133. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
134. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
135. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
136. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
137. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
138. Junta parroquial de la parroquia de Sinincay. Datos tomados de los archivos de 2008 – 2009. [Citado el 3 de enero de 2011]. Disponible en: Biblioteca de la Junta Parroquial.
139. Berdegué, J., Jara E., Modrego, F., Sanclemente X., Schejtman, A., COMUNAS RURALES DE CHILE, Documento de trabajo N° 60 Programa Dinamicas Territoriales Rurales. [Citado en 27 de junio de 2012] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<http://www.rimisp.org/FCKeditor/UserFiles/File/documentos/docs/pdf/DT R/N60-2010-Berdegue-Jara-Modrego-Sanclemente-Schejtman-Comunas-rurales-Chile.pdf>

140. Juventud colombiana en el naciente milenio. 2001. [Citado el 27 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/EDUCACION.HTML> LA
141. Organización Mundial de la Salud, DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA. Agosto 2009. [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/index.html>
142. Organización Panamericana de la Salud, Colombia, Juventud Colombiana en el naciente milenio. 2001 [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/EDUCACION.HTML>
143. Organización Mundial de la Salud, La OMS y la pobreza. [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en: <http://www.pobrezamundial.com/la-oms-y-la-pobreza/>
144. Biblioteca virtual de salud. Noviembre 2008. [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl2_03/articulos/a4_v9_supl203.htm
145. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la comuna seis del municipio de Ibagué. Enero 2008. [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522008000200010&script=sci_arttext
146. Caracterización del estado de salud de las familias pertenecientes al consultorio no. 37 del policlínico norte. 2008. [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEJO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl2_03/articulos/a4_v9_supl203.htm

147. Caracterización del estado de salud de las familias pertenecientes al consultorio no. 37 del policlínico norte. 2008. [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl2_03/articulos/a4_v9_supl203.htm

148. Wikipedia. Agua potable y saneamiento en Chile. [Citado el 27 de junio de 2012] Disponible en:

http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Chile

149. Concha C.Universidad de Alberto Abad. Chile en el Día Internacional de la Alfabetización 2011.Septiembre 2011. [Citado el 28 de junio de 2012] Disponible en:

<http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/reduc/pdf/pdf/txt825.pdf>

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

9.2. ANEXOS

Anexo 1 (Área de Estudio)

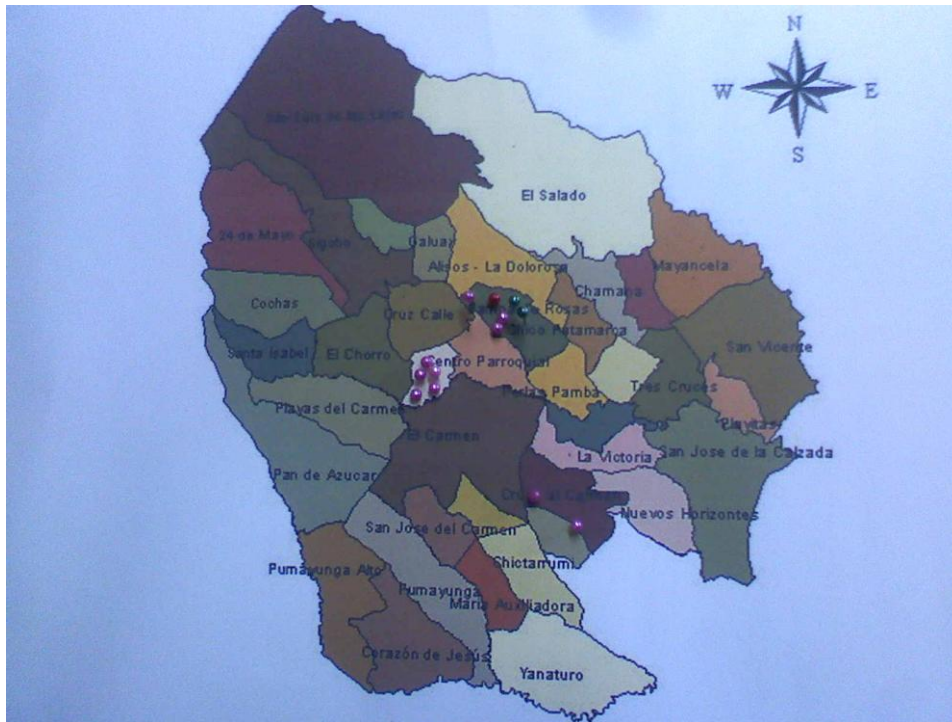


AUTORES:
DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 2



AUTORES:
DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 3 (Ficha Familiar del Ministerio de Salud Pública)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO UD		AREA N°		CODIGO LOCALIZACIÓN			NUMERO DE FICHA FAMILIAR									
PROVINCIA	CANTON	PARRISIA	SECTOR	MANZANA	# DE FAMILIA	DIRECCIÓN HABITUAL DE LA FAMILIA (CALLE O REFERENCIA)						1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA								
BARRIO	NUMERO DE CASA	COMUNIDAD	GRUPO CULTURAL	NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE DE FAMILIA		NUMERO DE TELEFONO	FECHA DE LLENADO	NUMERO DE CASPETA		LATITUD	LONGITUD	ALTITUD								
2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD													ACTUALIZAR LOS DATOS CADA 12 MESES EN UNA NUEVA CARPETA							
GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES		PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCCUPACION	SEXO	ESCOLARIDAD			ESQUEMA COMPLETO DE VACUNAS		SALUD BUUCAL	RIESGO, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	NUMERO DE CEDA DE CIUDADANA					
MEJORES AÑO						H	M	SN	BAJ	BACH	SUP	ESP	SI	NO	SI	NO				
1-3 AÑOS																				
4-10 AÑOS																				
11-14 AÑOS																				
15 AÑOS Y MAS																				
TOTALS																				
GRUPO	APELLIDOS Y NOMBRES		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	FECHA PROBABLE DEL PARTO	SEMANAS DE GESTACION	DOSIS DE VACUNACION DT			ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS			ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS								
EMBARAZADAS						PRIVENTA	SEGUNDA	REFUERZO	GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CEASAREAS								
3 MORTALIDAD FAMILIAR																				
NOMBRE			PARENTESCO	EDAD AL FALLECER	CAUSA												4 RESPONSABLE DEL LLENADO			
REGISTRAR SOLO LOS FALLECIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS																				
NOMBRE Y APELLIDO			CODIGO	FIRMA																

SHS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 1)

FICHA FAMILIAR - ANAMNESIS

5 CALIFICACION DEL RIESGO FAMILIAR																					
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		FECHAS DE CALIFICACION																			
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE:		0= SIN RIESGO				1= RIESGO MUY BAJO				2= RIESGO BAJO				3= RIESGO MODERADO			4= RIESGO ALTO				
A	1 PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA																				
	2 PERSONAS CON MALNUTRICION (SOBREPESO O DESNUTRICION)																				
	3 PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO																				
	4 EMBARAZADAS CON PROBLEMAS																				
	5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD																				
	6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES																				
B	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA																				
	8 MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS																				
	9 MALA ELIMINACION DE DESECHOS LIQUIDOS																				
	10 IMPACTO ECOLOGICO POR INDUSTRIAS																				
	11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS																				
C	12 POBREZA																				
	13 DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA																				
	14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE																				
	15 DESESTRUCTURACION FAMILIAR																				
	16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCION																				
	17 MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA																				
	18 Hacinamiento																				
	NIVEL DE RIESGO TOTAL		SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL	SIN RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
CALIFICACION (SUMAR EL VALOR DEL RIESGO DE LOS COMPONENTES EN LA CELDA DE "TOTAL" Y MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE SEGUN EL RANGO TOTAL)																					
CALIFICACION DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0= SIN RIESGO 1-14 = RIESGO BAJO 15-34 = RIESGO MEDIO 35-72 = RIESGO ALTO																					
RESPONSABLE DE LA CALIFICACION																					

SHS-MSP / HCU-anexo 1 / 2008 (hoja 2)

FICHA FAMILIAR - RIESGOS

AUTORES:
 DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
 NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
 DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nosotros, Diana Elizabeth Arévalo Delgado, Nataly Raquel Becerra Chacho y Daniel Teodoro Bermeo Rocha, estudiantes de la Universidad de Cuenca de la escuela de Medicina estamos desarrollando la investigación titulada **“DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS DE EL SININCAY. CUENCA 2011”**.

Esta encuesta dura aproximadamente 10 a 15 minutos en la cual se obtendrá la información acerca del estado de salud de su familia, así como los determinantes sociales que en ella influyen. Se consideraron datos acerca de la vivienda, enfermedades comórbidas, educación, y riesgos tanto sociales, económicos como biológicos de los miembros de esta familia.

Por lo que solicitamos a usted nos autorice realizarle la encuesta

Además las investigadoras se comprometen a respetar la confidencialidad de la información proporcionada que servirá para identificar a las familias en riesgo en la población de Sinincay y el estudio no representa riesgo de afectación a su familia o terceros.

Firma de Autorización

JEFE DE FAMILIA

CI:

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 5

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Número de años de vida		Números de años cumplidos	< 1 año
				1 - 4 años
				5 - 9 años
				10 - 19 años
				20 - 64 años
				65 años y más
Ocupación	Tarea o		Grupos de Trabajo	0 Fuerzas Militares
	Función que cumple un individuo, por el cual recibe un salario o beneficio.			1 Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas privadas.
				2 Profesionales universitarios científicos e intelectuales
				3 Técnicos postsecundarios no universitarios y asistentes
				4 Empleados de oficina
				5 Trabajadores de los servicios y vendedores
				6 Agricultores y trabajado
Sexo	Diferencia biológica y morfológica que distingue a los organismos individuales		Tip	Masculino
				Femenino
Escolaridad	Años aprovechados de estudio		Nivel de conocimiento en estudios	Sin escolaridad
				Básico
				Bachillerato
				Superior
				Especialidad
Riesgo	Condiciones o Acontecimientos que determinan la posibilidad que suceda un evento, impacto o consecuencia adversos.		Tipo de riesgo	Riesgos Biológicos
				Riesgos Sanitarios
				Riesgos Socioeconómicos

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
 NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
 DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Enfermedad	Afección estructural, funcional o psicológica que repercute en el estado de bienestar de un organismo.		Grupos de enfermedades por sistemas o clases	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Enfermedades infecciosas y parasitarias 2.- Neoplasias 3.- Enfermedades de la sangre y sistema inmunológico 4.- Enfermedades endócrinas 5.- Desórdenes mentales 6.- Enfermedades del SNC y de los órganos sensoriales 7.- Enfermedades de los órganos de los sentidos 8.- Enfermedades del sistema cardiocirculatorio 9.- Enfermedades del sistema respiratorio 10.- Enfermedades del sistema digestivo 11.- Enfermedades de la piel 12.- Enfermedades del aparato locomotor 13.- Enfermedades del sistema genito urinario 14.- Enfermedades del embarazo, parto y puerino 15.- Enfermedades del feto y recién nacido 16.- Enfermedades congénitas malformaciones y alteraciones cromosómicas
RIESGOS BIOLÓGICOS			Tipo de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunación 2. Malnutrición 3. Enfermedades de impacto (Sí/No) 4. Embarazadas con problema (Sí/No) 5. Personas con discapacidad (Sí/No) 6. Personas con problemas mentales (Sí/No)
RIESGOS SANITARIOS			Tipo de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de agua (Sí/No) 2. Mala eliminación de sólidos líquidos (Sí/No) 3. Impacto ecológico por industrias (Sí/No) 4. Animales Intradomiciliarios (Sí/No)
RIESGOS SOCIO ECONÓMICOS			Tipo de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pobreza (Sí/No) 2. Desempleo (Sí/No) 3. Analfabetismo (Sí/No) 4. Desestructuración familiar (Sí/No) 5. Violencia/alcoholismo/drogadicción (Sí/No) 6. Malas condiciones de la vivienda (Sí/No) 7. Hacinamiento (Sí/No)

AUTORES:

DIANA ELIZABETH AREVALO DELGADO
 NATALY RAQUEL BECERRA CHACHO
 DANIEL TEODORO BERMEO ROCHA