PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA PARROQUIA SANTA RITA CANTÓN SAN LORENZO PROVINCIA DE ESMERALDAS.

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

CADENA GÁMEZ JENNIFFER LORENA

ASESOR

Dr. CARLOS ALONSO

ESMERALDAS, ABRIL 2016

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la P.U.C.E.S.E, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

_____

Presidente Tribunal de Graduación

_____

Lector (a) 2

_____

Director de Tesis

_____

Director de Escuela

AUTORÍA

Yo JENNIFFER LORENA CADENA GÁMEZ con **CI. 0803714898,** declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora y de la PUCESE.

_____

Jenniffer Lorena Cadena Gámez

CI. 0803714898

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo es el resultado del esfuerzo propio, que no se hubiese llevado a cabo sin el infinito apoyo de mi madre, Cinthya Gámez Camacho; gracias madre por el apoyo incondicional en todo momento de mi vida, por el esfuerzo que por mucho tiempo lleva haciendo por mis hermanos y por mí, esfuerzo que poco a poco empieza a verse reflejado y sobre todo gracias por lidiar estos 25 años conmigo, sé que no ha sido fácil.

De ti madre aprendí que a través de la constancia, la perseverancia y los deseos infinitos por progresar, el que quiere, lo puede, lo sigue, lo logra y lo consigue.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido llevar a cabo cada una de las metas trazadas durante la experiencia universitaria.

A cada uno de los docentes y profesionales de la salud de los establecimientos en donde realicé las pasantías durante este periodo, que día a día compartieron con nosotros sus conocimientos, por la paciencia, dedicación y constancia.

A mi asesor de tesis Lcdo. Carlos Alonso, a mis lectoras Lcda. Andrea Pineda y Lcda. María Teresa Torres por el apoyo para ejecutar esta investigación.

A la Lcda. Memi Angulo y Lcda. Patricia Marines, gracias por haber formado parte del proceso en el cual me enamoré de esta carrera.

RESUMEN

TEMA: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA PARROQUIA SANTA RITA CANTÓN SAN LORENZO PROVINCIA DE ESMERALDAS.

Se denomina determinantes de la salud a aquellos factores que interactúan entre sí de manera directa y que combinados determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades que a su vez pueden generar protección o daño. Este estudio se realizó con las familias de la parroquia Santa Rita del Cantón San Lorenzo. Para su efecto se planteó como objetivo general evaluar las determinantes sociales de la salud de la parroquia Santa Rita del Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas y como objetivos específicos se identificar los determinantes sociales de salud más relevantes en la parroquia, además de establecer y conocer las características del proceso salud – enfermedad de sus habitantes para con datos más certeros orientar para la generación del conocimiento de salud.

Se efectuó un estudio de tipo descriptivo con diseño cuali-cuantitativo en la parroquia Santa Rita, con la participación de 245 familias. Los determinantes de la salud más relevantes se identificaron a través de la aplicación de un cuestionario con 20 preguntas de opciones múltiples y se establecieron los riesgos de mayor impacto. Los resultados de mayor impacto repercuten directamente sobre la comunidad en la cual el 100% de las familias son afectadas por diferentes riesgos, en cuanto al riesgo socioeconómicos el 11% de las familias tienen un nivel educativo con primaria completa y el 33% secundaria completa, en cuanto al riesgo biológicos destacan el bajo peso de los menores de 5 años con el 85% de afección y los problemas de salud maternos el 88% no tiene esquema de vacunación completo, el 50% tienen bajo peso y el 73% anemia ferropénica, en cuanto a riesgos higiénicos sanitarios destaca el impacto ambiental por parte de la industria con una afección del 100% de las familias. Obteniéndose de esta forma como conclusión principal que es indispensable la planificación educativa continua para fomentar y promocionar acciones que garanticen una mejor calidad de vida de la familia y comunidad, considerándose necesaria la identificación de los problemas para la salud y la implementación de estrategias que contribuyan en la mejora de la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Determinantes de la Salud, riesgo socioeconómico, riesgo biológico, riesgo higiénico sanitario.

ABSTRAC

TOPIC: SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH PARISH SAN LORENZO CANTON SANTA RITA ESMERALDAS PROVINCE.

It is called determinants of health to those factors that interact directly and that combined determine the levels of health of individuals and communities which in turn can cause protection or damage. This study was conducted with the families of the parish of Santa Rita del Canton San Lorenzo. For its effect was raised as a general objective to evaluate the social determinants of health of the parish of Santa Rita del Canton San Lorenzo in the province of Esmeraldas and specific objectives of the social determinants of most relevant health identified in the parish, as well as establishing and know the characteristics of the health - of its inhabitants disease for more accurate data to guide health knowledge generation. Descriptive study with qualitative and quantitative design in the parish of Santa Rita, with the participation of 245 families was made. The most important determinants of health were identified through a questionnaire with 20 multiple choice questions and risks of greater impact were established. The results of greater impact directly impact the community in which 100% of families are affected by various risks, in terms of socioeconomic risk 11% of households have an educational level completed primary and 33% secondary complete, regarding the biological risk include low weight of children under 5 years with 85% of condition and problems of maternal health 88% have complete vaccination, 50% are underweight and 73% iron deficiency anemia, regarding health hygiene risks highlights the environmental impact by the industry with a condition of 100% of families. Thereby obtaining main conclusion that it is essential continuing education planning to encourage and promote actions to ensure a better quality of life for the family and community, identifying health problems and implementation of strategies considered necessary to contribute improving the quality of life.

KEYWORDS: Determinants of Health , socioeconomic risk , biohazard , health hygiene risk.

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN……...….i
AUTORÌA……ii
DEDICATORIA……..……iii
AGRADECIMIENTO…….iv
RESUMEN……...v
ABSTRAC……..vi
ÍNDICE GENERAL……..vii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES…….viii
3.2.1. INTRODUCCIÓN…….…….…1
3.2.2 TEXTO……...……5
3.2.2.1 MATERIALES Y MÉTODOS..……..…….5
3.2.2.2 RESULTADOS……7
3.2.2.3 DISCUSIÓN..…….……14
3.2.2.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES...……..…….19
CONCLUSIONES……..….....19
RECOMENDACIONES ……..……...21
3.3 REFERENCIAS…….……..22
3.3.1 BIBLIOGRAFIA……..…….....22
3.3.2 ANEXOS……...……24

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA EN LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO……..……..…….7

GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO……..8

GRÁFICO 3 DISTRIBUCIÓN DE PORCENTUAL SOBRE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO……...…….9

GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE PROBLEMAS DE SALUD MATERNOS EN LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO ……10

GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN DE PORCENTUAL SOBRE ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO……...……11

GRÁFICO 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO……...……12

GRÁFICO 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS EN LAS FAMILIAS DE LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO……...13

INTRODUCCIÓN

Analizar los problemas de salud enfocado en las determinantes sociales es un tema de carácter relevante para la Organización Mundial de la Salud y de diferentes ministerios a nivel del país. La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de las personas (Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS, 2014).

Desde hace más de 40 años se reconoce a la estrategia Atención Primaria de Salud (APS) como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo y se define como "la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportarlo, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, 2012).

La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad; representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (Zurro, A. Martín, J. Cano, 2012).

Se denominan determinantes de la salud a aquellos factores que interactúan entre sí de manera directa y que combinados determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades que a su vez pueden generar protección o daño; se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción (Wagstaff, Adam, 2012).

El papel de algunos determinantes sociales y como la región, la zona donde se habita, el nivel educativo, los ingresos económicos, el acceso a los servicios básicos, la autopercepción del estado de salud y la accesibilidad a los servicios de salud es decir la relación hombre, sociedad, estado y naturaleza influyen en el desarrollo de las comunidades, y por ende de sus habitantes es decir aquellas inequidades sociales y sanitarias que son de carácter evitable (Marmot M, 2010).

Se proponen tres recomendaciones generales como son: mejorar la calidad de vida, luchar contra la distribución desigual midiendo y analizando el problema, lo cual está relacionado directamente con las estrategias a nivel del país para mejorar la calidad de vida de las personas. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2014).

El Ministerio de Salud debe ser un Ministerio de Vida en el cual la salud debe ir más allá del enfoque curativo, debe incluir la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación y debe incorporar la interculturalidad para hacer posible una atención con calidad y calidez (Marmot M, Wilkinson RG, (2011).

Dado que la salud es un derecho, se deben romper las barreras de acceso para la asistencia a las comunidades, no ha bastado tener equipos técnicos que trabajen por la salud de la población, se necesita además visualizar la diversidad y fortalezas de los pueblos y nacionalidades, así como los factores que inciden de manera particular en el bienestar de los individuos y colectividades, en el abordaje de su salud en el país (Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM, 2015).

Hablar de desarrollo es sinónimo de bienestar, es decir la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, la libertad, el ejercicio de derechos, la participación, el cuidado de los recursos naturales y los ecosistemas, el reconocimiento y respeto a la diversidad, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida (Navarro V, Benach J, 2013).

Para que la salud produzca impacto en la conciencia de los individuos y se convierta en productor de desarrollo es necesario que las personas asuman el compromiso de cohesión social y contribuyan de manera activa en el proceso de desarrollo social para poder cumplir con los objetivos de buen vivir (MSP, INEC, 2010).

Lo antes mencionado únicamente se logra a través del compromiso social en el que se fomente la promoción de la salud para prevenir enfermedades, manteniendo el equilibrio e

integridad del ecosistema, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones (MSP, 2012).

En el Ecuador las determinantes ambientales son una condicionante porque surgen a partir de ellas ciertas limitaciones como el acceso a agua segura, servicios básicos, a condiciones para la seguridad alimentaria, que afecta sobre todo a las poblaciones de zonas rurales y barrios populares de las ciudades exponiendo a la comunidad a una vulnerabilidad constante (Alvarez LE, 2011).

La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) la reconoce como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir (Asamble Constituyente del Ecuador)

En este aspecto el Modelo de Atención Integral de Salud centra su accionar en el cuidado y recuperación de las dimensiones biológicas, espirituales, psicológicas y sociales, basándose en la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana (MSP,2013).

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. En cuanto al perfil epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental (Bolivar, K, 2013).

Tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años se han incrementado y tienen una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. En este sentido, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas, a la población que habita en zonas rurales donde hay mayores índices de pobreza. (ENDEMAIN ECV 2010).

Relacionado a esto, en el país menos del 50% de niños y niñas menores de un año son alimentados con leche materna hasta los 3 meses de edad. (Freire, Wilma. 2011).

Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en los varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes (ENDEMAIN 2010).

El manejo de la salud pública ha sido siempre de mucha importancia, tanto es así que se establecen objetivos y directrices dentro del Modelo de Atención Integral de Salud y el Plan Nacional del Buen Vivir con el afán de mejorar la calidad de vida de las personas y hacer de salud un servicio que traspase barreras y llegue a los lugares más apartados del país (O'Donnell MP, 2014).

El Ministerio de Salud Pública como la máxima Autoridad Sanitaria, para cumplir con los objetivos del MAIS-FCI, organiza y construye los procesos con la finalidad de definir y ofertar las prestaciones de salud en los tres niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado. Esta es la parte fundamental en la que se asienta la estructura del Sistema Nacional de Salud, a través de la evaluación de las determinantes sociales de la salud de la parroquia Santa Rita del Cantón San Lorenzo, se identificaron los determinantes sociales de salud más relevantes en la parroquia, además de establecer y conocer las características del proceso salud – enfermedad de sus habitantes con datos más certeros y específicos, orientar para la generación del conocimiento de salud, aplicando los conocimientos obtenidos en el área durante el proceso formativo obtenido en la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas. Lo antes mencionado permitirá conocer la realidad de una comunidad apartada y con diversidad de etnias mostrando así información verídica y relevante sobre la situación de dicha comunidad y cuyo producto se remitirá al personal de salud local, con el propósito de ejecutar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que la habitan , en el que toda acción sea orientada a construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales, y reorientar los servicios de salud.

3.2.2 TEXTO

3.2.2.1 MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la parroquia Santa Rita perteneciente al Cantón San Lorenzo de la Provincia de Esmeraldas, a la misma le corresponden los recintos San Francisco, Valle de la Virgen y La Ceiba (la comunidad de La Ceiba es un recinto de la parroquia Ricaurte, que se encuentra bajo la jurisdicción de la Unidad Operativa de San Francisco, se la incluyo en ésta micro área por la proximidad geográfica más que por división política), a la localidad se ingresa a través de un camino vecinal, los visitantes pueden disfrutar de la acogedora sombra de grandes árboles y de las maravillas de la playa de río, la población cuenta con cabañas para el turismo y la sana diversión. (Aguirre, J. 2012).

El universo de este estudio estuvo conformado por 1.104 habitantes del recinto San Francisco (478 son hombres y 626 son mujeres), 5 integrantes del personal de salud local que libremente desearon participar en la investigación, , la muestra se constituyó de 1 representante por cada familia que fue quien brindó la información, a quien se denominó jefe (a) de hogar y que para el efecto debía ser mayor de edad, obteniendo una muestra de 245 representantes, el tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico incidental, debido a que la muestra se seleccionó directa e intencionalmente para beneficio del investigador es decir que no todos los individuos de la población tuvieron la posibilidad de ser elegidos, únicamente los que cumplían los criterios de selección procurando obtener una muestra representativa.

Para el efecto del estudio se realizó en un período de tiempo, comprendido entre Mayo 2015 - Diciembre 2015, aplicando técnicas de recolección de datos como entrevista, encuesta, y sus respectivos instrumentos de recolección, sumado a ello la revisión de carnet de vacunación de los menores de 5 años y embarazadas, sala situacional, , con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos, a los jefes de hogar se les realizó un cuestionario que constó de 20 preguntas de opciones múltiples, las mismas que se diseñaron para obtener datos puntuales sobre la relación hombre, sociedad, estado y naturaleza y cómo influyen en el desarrollo de las comunidades y por ende de sus

habitantes es decir aquellas inequidades sociales y sanitarias que son de carácter evitable, entre las cuales destacaron la región, la zona donde se habita, el nivel educativo, los ingresos económicos, el acceso a los servicios básicos, la autopercepción del estado de salud y la accesibilidad a los servicio de salud entre otros.

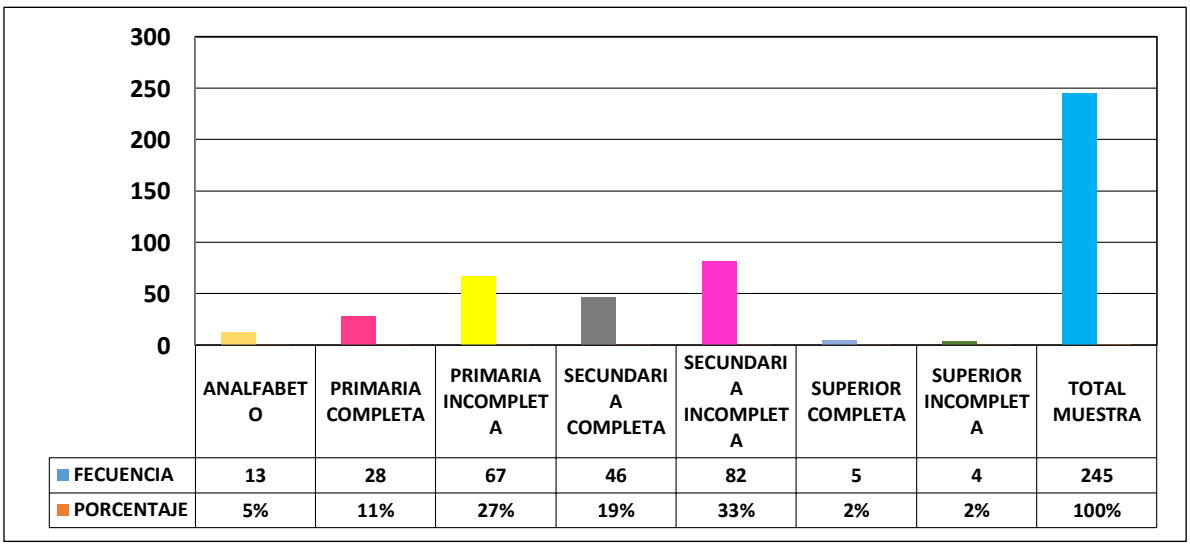
El tipo de estudio que se utilizó fue descriptivo, el mismo que permitió realizar una evaluación de los determinantes de la salud desde una perspectiva actual, y por consiguiente la realidad del fenómeno investigado. En cuanto al diseño fue de carácter cuali-cuantitativo debido a que se realizó la identificación de los determinantes sociales más relevantes y el proceso salud enfermedad a través de los resultados obtenidos en la investigación que fueron plasmados en cuadros estadísticos realizados en el programa informático Microsoft Excel versión 2010. Línea de investigación a la que corresponde la investigación: Cuidados de enfermería y salud comunitaria e intercultural; Sublímela: Población y Salud. Determinantes de la salud y la enfermedad.

3.2.2.2 RESULTADOS

De acuerdo a la encuesta realizada a los jefes de hogar de la parroquia Santa Rita, se logró obtener información referente a diferentes determinantes de la salud, dentro del período Mayo-Diciembre 2015, con una muestra de 245 familias las mismas que están expuestas a diferentes tipos de riesgos, ya sean socioeconómicos, sanitarios o biológicos, con un porcentaje alarmante del 100% de afección, con mayor impacto en aquellas familias que habitan más apartadas de la unidad operativa.

Mediante la aplicación de la encuesta a los jefes de hogar sobre su nivel de escolaridad el 33% manifestó tener una secundaria incompleta, el 27% no culminó la primaria, apenas el 19% de los jefes de hogar han culminado la secundaria mientras que el 11% la primaria, pese a los programas ejecutados para erradicar el analfabetismo, en la comunidad aún existe un 5% de la misma que no ha recibido ningún tipo de instrucción educativa y en cuanto a educación superior el 2% tiene tercer nivel incompleto y únicamente el 2% posee título de tercer nivel. El nivel de escolaridad es un aspecto fundamental, orienta acerca del nivel de cultura en donde se ejerce algún tipo de trabajo e influye en la toma de decisiones y a su vez en las determinadas formas de interacción con la población.

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA

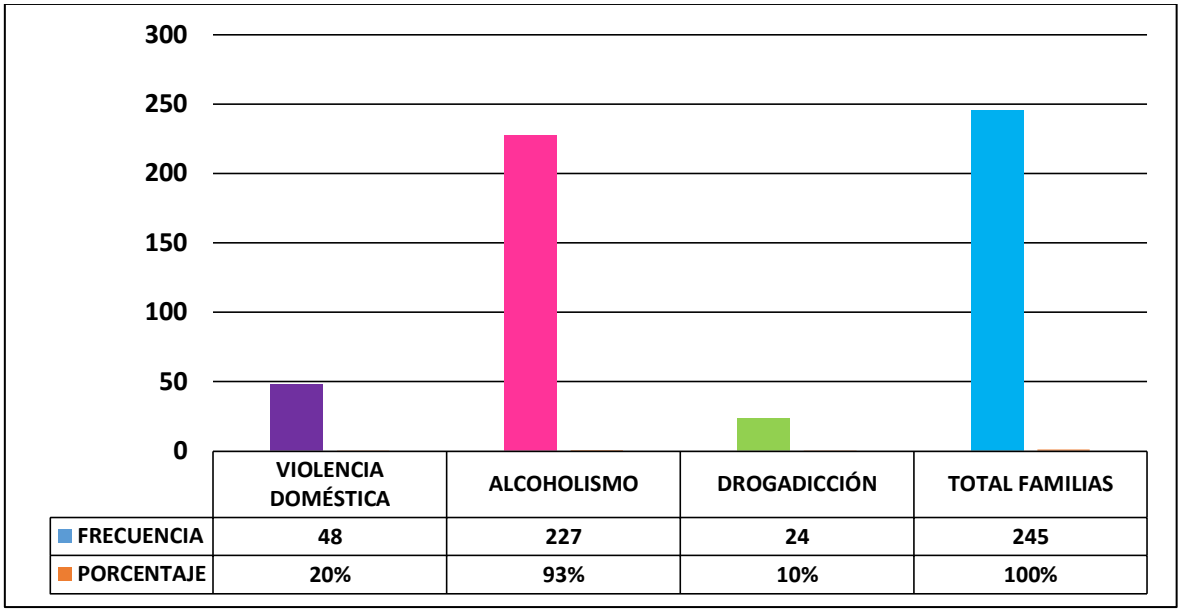


	ANALFABETO	PRIMARIA COMPLETA	PRIMARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SUPERIOR COMPLETA	SUPERIOR INCOMPLETA	TOTAL MUESTRA
FECUENCIA	13	28	67	46	82	5	4	245
PORCENTAJE	5%	11%	27%	19%	33%	2%	2%	100%

FUENTE: Encuesta realizada a jefes de hogar de la Parroquia Santa Rita
RESPONSABLE: Jenniffer Lorena Cadena Gámez
AÑO: Septiembre 2015- Abril 2016

La Constitución Política del Ecuador, promueve la vida, la protección a la familia y el derecho al buen vivir, por lo mismo es importante conocer las causas que provocan el maltrato físico, sexual, psicológico, patrimonial o económico dentro de la familia, para establecer posibles soluciones, dentro de los problemas sociales de mayor impacto en la comunidad de Santa Rita es notoria la incidencia de alcoholismo en un 93% de las familias, desencadenante de otros problemas sociales como violencia doméstica en un 20% , mientras que en menor proporción y no por ello de menor impacto la drogadicción en un 10%.

GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

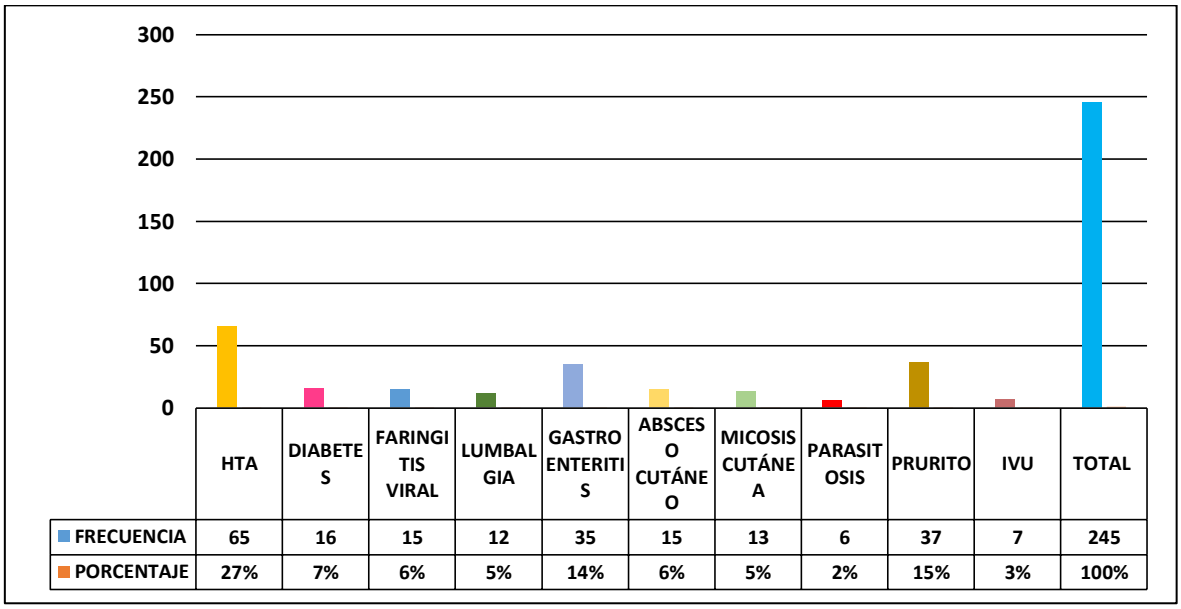


	VIOLENCIA DOMÉSTICA	ALCOHOLISMO	DROGADICCIÓN	TOTAL FAMILIAS
FRECUENCIA	48	227	24	245
PORCENTAJE	20%	93%	10%	100%

FUENTE: Encuesta realizada a jefes de hogar de la Parroquia Santa Rita
RESPONSABLE: Jenniffer Lorena Cadena Gámez
AÑO: Septiembre 2015- Abril 2016

El 27% de las familias tiene entre sus miembros al menos un integrante que padece esta afección, le sigue el prurito sin razón aparente con el 15%, seguido de las enfermedades gastrointestinales en un 14%, la Diabetes Mellitus afecta al 7% de las familias, seguido de los abscesos cutáneos y la faringitis viral ambas en un 6% de morbilidad, a continuación la lumbalgia con 5% de afección al igual que la micosis cutánea, las Infecciones de vías urinarias afectan en un 3% y por último la parasitosis con el 2% de morbilidad, según destacan en la sala situacional del centro de salud y encuesta. Los cambios en el estilo de vida, la falta de ejercicio y sobre todo la alimentación predisponen a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, en Santa Rita la alimentación se basa en los productos del mar de ahí la frecuencia de hipertensos ; en cuanto a las afecciones de la piel como prurito, abscesos y micosis se atribuye esto debido a la contaminación ambiental producida por parte de la industria maderera, frentes mineros y cultivo de palmas cuyos desechos se esparcen en el ecosistema de ahí las afecciones gastrointestinales, parasitosis e infecciones de vías urinarias producto del consumo de los productos agrícolas propios de la zona y la contaminación del río Bogotá principal fuente hídrica.

GRÁFICO 3 DISTRIBUCIÓN DE PORCENTUAL SOBRE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

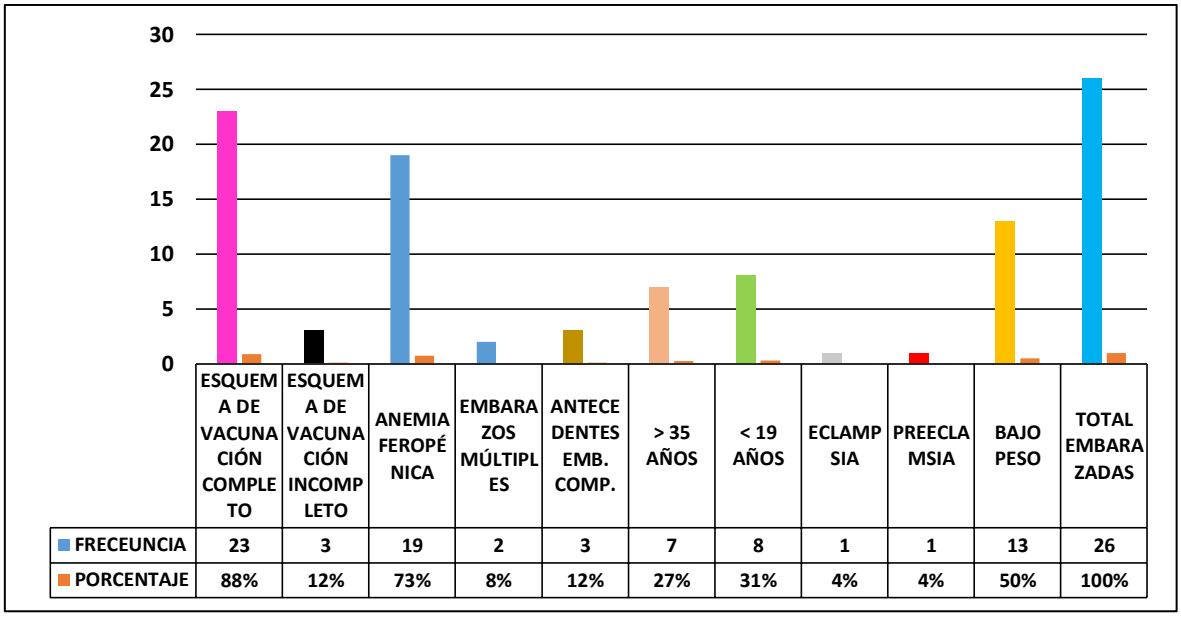


	HTA	DIABETES	FARINGITIS VIRAL	LUMBALGIA	GASTROENTERITIS	ABSCESO CUTÁNEO	MICOSIS CUTÁNEA	PARASITOSIS	PRURITO	IVU	TOTAL
FRECUENCIA	65	16	15	12	35	15	13	6	37	7	245
PORCENTAJE	27%	7%	6%	5%	14%	6%	5%	2%	15%	3%	100%

FUENTE: Encuesta realizada a jefes de hogar de la Parroquia Santa Rita
RESPONSABLE: Jenniffer Lorena Cadena Gámez
AÑO: Septiembre 2015- Abril 2016

Durante la la investigación en Santa Rita existían un total de 26 embarazadas, de las cuales el 88% tiene esquema de vacunación y controles prenatales completos mientras que el 12% no ha logrado completar el esquema básicamente por desinterés a pesar de que las vacunas son gratis, el 50% tiene bajo peso por mala nutrición además el 73% de las embarazadas presenta anemia ferropénica, ambas situaciones por consiguiente son determinantes para que el futuro bebé tenga un bajo peso al nacer y aumenta la probabilidad de un parto pre término, desafortunadamente, la mayoría de las mujeres comienzan el embarazo sin las reservas de hierro suficientes para satisfacer las crecientes demandas de su cuerpo, particularmente durante el segundo y tercer trimestre, ya sea porque no consumen ácido fólico y vitamina B12; la incidencia de embarazos de mujeres menores de 19 años es del 31% mientras que la de mujeres de más de 35 años es del 27%, las complicaciones en embarazos anteriores representa el 12% así mismo la eclampsia y la preeclampsia representan el 4% cada una.

GRÁFICO 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE ASPECTOS RELEVANTES DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO

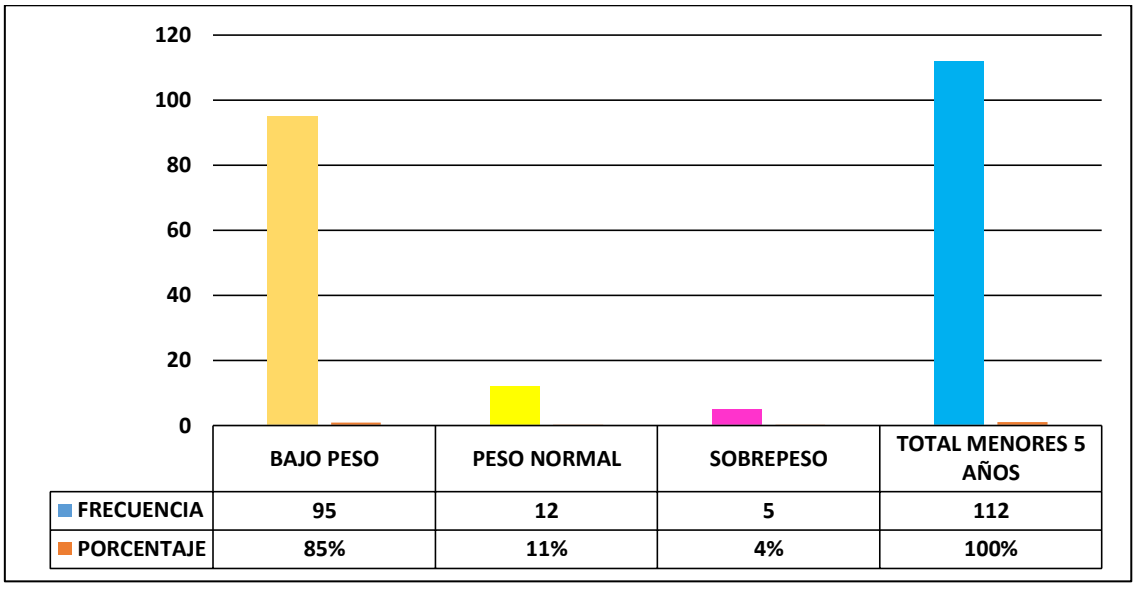


	ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO	ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO	ANEMIA FEROPÉNICA	EMBARAZOS MÚLTIPLES	ANTECEDENTES EMB. COMP.	> 35 AÑOS	< 19 AÑOS	ECLAMPSIA	PREECLAMSIA	BAJO PESO	TOTAL EMBARAZADAS
FRECEUNCIA	23	3	19	2	3	7	8	1	1	13	26
PORCENTAJE	88%	12%	73%	8%	12%	27%	31%	4%	4%	50%	100%

FUENTE: Encuesta realizada a jefes de hogar de la Parroquia Santa Rita
RESPONSABLE: Jenniffer Lorena Cadena Gámez
AÑO: Septiembre 2015- Abril 2016

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar, desde el vientre materno y hasta los cinco años se da una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano, determinante para su desarrollo físico y mental, la situación en Santa Rita no es alejada de la realidad ya que el 85% de los menores de 5 años tiene un índice de masa corporal bajo para la edad, peso y talla según se describe en los registros de la curva de crecimiento siguiendo los patrones de crecimiento infantil de la OMS, el 11% apenas tiene un peso normal y el 4% sobrepeso, pese a los programas para combatir esta problemática por parte del MSP donde se brinda chispas y vitamina no se ha logrado el objetivo pues es un trabajo que debe complementarse en el hogar y que depende básicamente de los ingresos económicos.

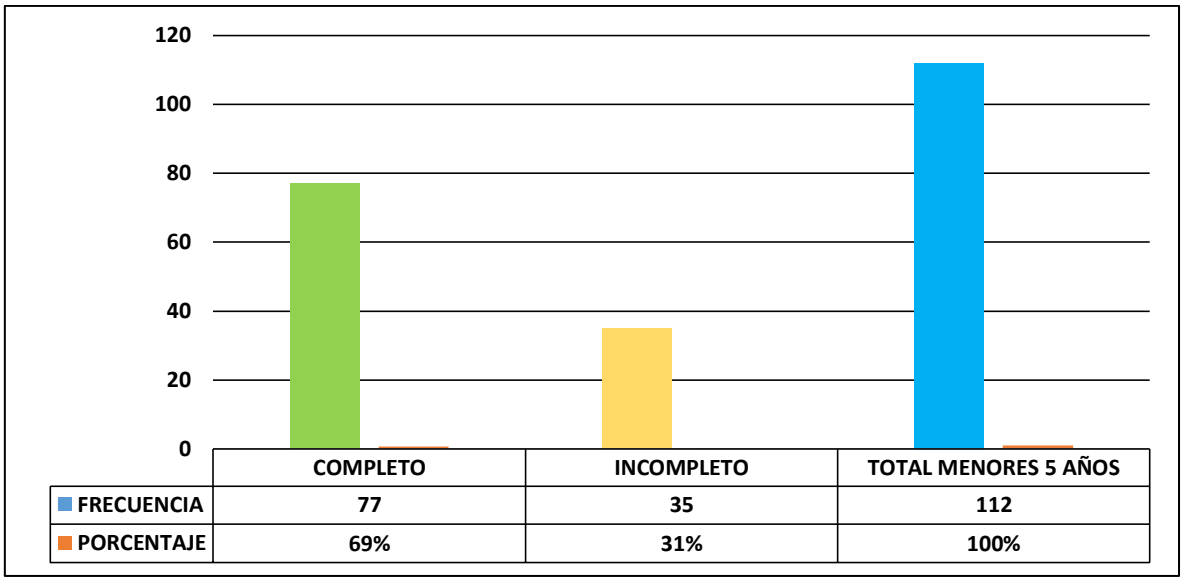
GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ESTADO NUTRICIONAL MENORES DE 5 AÑOS



FUENTE: Encuesta realizada a jefes de hogar de la Parroquia Santa Rita
RESPONSABLE: Jenniffer Lorena Cadena Gámez
AÑO: Septiembre 2015- Abril 2016

De acuerdo a la información brindada en la encuesta sobre el cumplimiento del esquema de vacunación definido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en Santa Rita el 69% de los menores de 5 años tienen completo el esquema mientras que el 31% lo tienen incompleto, pese a que es totalmente gratuito y en el cual corresponden las siguientes vacunas para menores de 5 años, para menores de 1 año BCG, HB, Rotavirus, OPV, IPV, Pentavalente (DPT,HB,Hib), Neumococo conjugada, Influenza Estacional Triv. Pediátrica (a partir de 6 a 11 meses); de 12 a 23 meses corresponden Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT), Antipoliomielítica, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SRP1 y SRP2), Fiebre Amarilla (FA), Varicela e Influenza Estacional Triv. Pediátrica, de 24 a 35 meses Influenza Estacional Triv. Pediátrica, de 36 a 59 meses Influenza Estacional Triv. Pediátrica para los infantes de 5 años corresponde la vacuna DT (Tétano y Difteria).

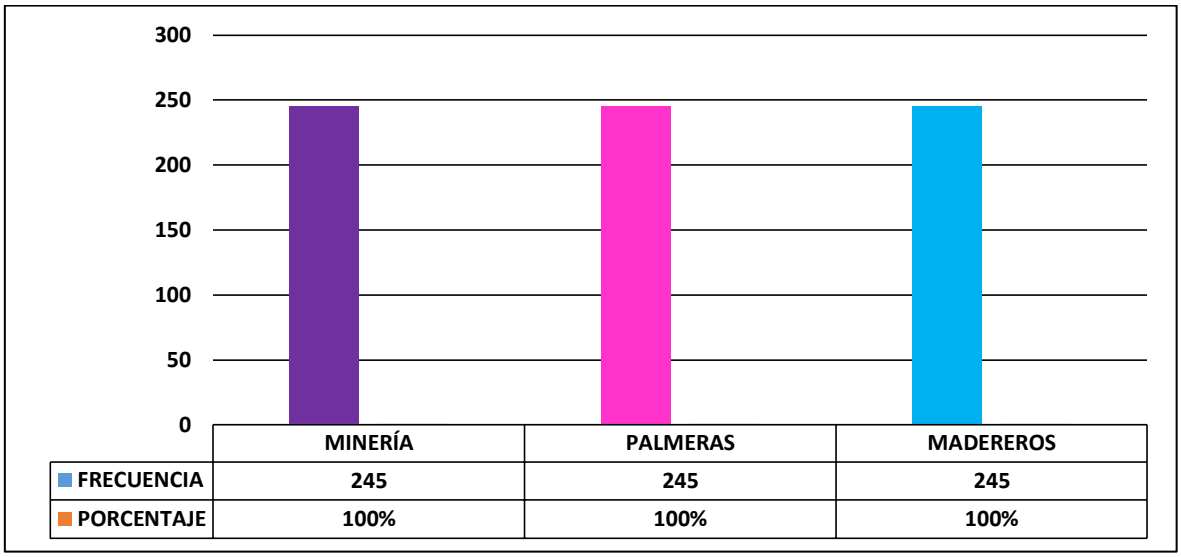
GRÁFICO 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA DE VACUNAS MENORES DE 5 AÑOS



FUENTE: Encuesta realizada a jefes de hogar de la Parroquia Santa Rita
RESPONSABLE: Jenniffer Lorena Cadena Gámez
AÑO: Septiembre 2015- Abril 2016

El 100% de las familias afirman sentirse afectadas tanto por las empresas palmicultoras de la zona como por la explotación minera, el impacto ecológico que esto ha ocasionado en la comunidad es alarmante, tanto como fuente de contaminación ecológica como desencadenante de enfermedades principalmente dermatológicas, gastrointestinales y respiratorias.

GRÁFICO 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS EN LAS FAMILIAS



FUENTE: Encuesta realizada a jefes de hogar de la Parroquia Santa Rita
RESPONSABLE: Jenniffer Lorena Cadena Gámez
AÑO: Septiembre 2015- Abril 2016

3.2.2.3 DISCUSIÓN

De acuerdo a la aplicación del instrumento, la población que habita en la parroquia Santa Rita corresponden a 478 mujeres que representan el 43% y 626 hombres que corresponden al 57%, con una población total de aproximadamente 1104 habitantes; de acuerdo a datos obtenidos en el INEC en su último censo de población y vivienda 2010, el 51% corresponden al sexo masculino mientras que el 49% a sexo femenino, el margen de diferencia se atribuye a la migración por diferentes tipos de necesidades, el rol de los jefes de hogar tienen su mayor concentración de personas entre los 26 y 59 años de edad.

En el grupo de 10 a 19 años -de los adolescentes-, una de los problemas que se refleja es la falta de comunicación entre padres e hijos, los jóvenes no tienen estudios completos y las adolescentes tienen embarazos no deseados, los adultos existen altos porcentajes de desempleo cuyo efecto repercute en la alimentación de las familias la cual es poco nutritiva. En el grupo de los adultos mayores, que comprende desde los 65 años en adelante, se sienten discriminados por la familia al no ser tomados en cuenta en muchas de las actividades.

En el censo del INEC 2010, según auto identificación de grupo étnico, el afro- ecuatoriano alcanza un 33,69% de presencia en el territorio, seguido de los negros 43,56%, los indígenas con un 8,97% y los mestizos con un 5,61%, en la parroquia el grupo étnico afro-ecuatoriano representan el 41 %, el 25% se considera mestizo, además hay una gran población de indígenas awá del 16% mientras que chachis en un 16%. Los afro-ecuatorianos se caracterizan por sus costumbres propias de alegría, de familiaridad, de parentesco ampliado, de costumbres para la alimentación, para la vida en el entorno de bosque húmedo tropical, sin embargo van dejando su tradicional cultura y cambiándola con las formas nuevas de enfrentar las adversidades.

Los indígenas manifiestan que son discriminados por los pobladores diferentes a su etnia, en su población hay un alto nivel de analfabetismo debido a la falta de empleo; al trabajo en el campo que generalmente obliga a dedicarse a otras actividades desde temprana edad; lejanía de las poblaciones Awá respecto de los centros de estudio; por la falta de escuelas en las zonas de sus fincas; y uno de mucha importancia: las barreras de idioma y de la cultura. En cuanto al nivel de escolaridad de los jefes de hogar muchos no han recibido ningún tipo de educación, en los cuales prevalece un alto índice de educación básica

incompleta donde sólo un porcentaje menor logró culminar la educación media y superior (gráfico 1).

La desestructuración familiar prevalece en la gran mayoría de las familias, en las cuales existe un patrón cultural en el medio, donde quien asume el rol de jefe de familia en la mayoría de casos es el padre, en ausencia del mismo el lugar es ocupado por las madres, esto influye para que la jefatura del hogar no refleje la composición según sexo de la población ecuatoriana, de la cual, entre separados, viudos y divorciados, representan un 10.6%, censo INEC 201, lo cual contribuye a la aparición de otros problemas sociales como alcoholismo, la violencia doméstica y la drogadicción (gráfico 2).

Las determinantes socieconómicas condicionan el nivel de escolaridad por consiguiente la calidad de vida, evidentemente a mayor preparación en educación mejores oportunidades para llevar una vida digna , sin embargo la mayor parte de los jefes de hogar son desempleados, tienen un trabajo informal, sobreviven a través de algún tipo de negocio propio, se dedican a las artesanías, albañilería y en su gran mayoría sobreviven mediante algún tipo de jubilación; la mayor actividad económica en la parroquia es la pesca seguido de la agricultura, con ingresos económicos en donde las familias tienen un ingreso menor al salario mínimo vital.

Según la curva de Preston (OMS 2005) que ha evaluado los ingresos económicos y la esperanza de vida, mostrando en 1975 una esperanza de vida de 48,8 años relacionada con un ingreso por habitante de 1000 dólares, incrementándose en cuatro años para el 2005 con el mismo ingreso económico; se señala que este incremento se debió a las mejoras en nutrición, educación, tecnologías sanitarias, capacidad institucional para obtener y utilizar la información, capacidad de la sociedad para utilizar la información en forma práctica; esto permite ver que, si bien es importante el nivel de ingresos, los otros determinantes tienen que mostrarse positivos. Lo anterior se ve agravado más aún por cuanto, Latinoamérica tiene una de las distribuciones de ingresos más inequitativas en el mundo y las desigualdades están presentes tanto en los países ricos como en los pobres de la Región (O'Donnell MP, 2014).

En la Parroquia Santa Rita los centros poblados cuentan con servicios básicos limitados como energía eléctrica, agua potable, vivienda, infraestructura educativa, centros de salud y la recolección de residuos sólidos. La vialidad interna en la cabecera parroquial es

deficiente. En la actualidad de acuerdo al censo de población y vivienda 2010 la población de Santa Rita obtiene el líquido vital de pozo, ríos, vertientes, acequias o canales y de aguas lluvias. La parroquia no cuenta con un programa de recolección de basura, es decir, el manejo de desechos sólidos es nulo; en algunos recintos depositan la basura en la rivera del rio, contaminándolo, la eliminación de excretas es mediante el uso de pozo séptico lo cual predispone a la aparición de enfermedades vectoriales. Las características físicas de la vivienda condicionan el nivel de salud de las familias tanto es así que existen viviendas en las cuales el hacinamiento es evidente debido a que tienen más de 7 habitantes en un espacio que sería ideal para menos.

En lo biológico, Santa Rita refleja lo que sucede a nivel nacional con las principales causas de morbimortalidad, la hipertensión y la diabetes son las enfermedades más sobresalientes, seguido de el prurito sinrazón aparente, gastroenteritis, faringitis viral, absceso cutáneo, micosis cutánea, lumbalgia, infecciones de vías urinarias y parasitosis (gráfico 3). Los estilos de vida se han generalizado, independiente del área donde se habite, desplazando rasgos saludables, por otro tipo de dietas; el acceso a la tecnología también ha colaborado en ese sentido, perdiéndose gran parte del tiempo dedicado a la actividad física como oportunidad para la recreación, optando por distracciones donde la característica general es el sedentarismo. Lo anterior se corrobora con lo manifestado por la OMS en el sentido de que, el envejecimiento de las poblaciones, el acceso a información, la crisis de estado en todos los sentidos, la globalización, han introducido cambios en la dieta, han contribuido a aumentar la prevalencia de obesidad y otros factores de riesgo y han exacerbado los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Su distribución puede intensificar las inequidades existentes en salud así como las enfermedades con las que están relacionados como es el caso de las cardiovasculares y la diabetes, especialmente en las poblaciones pobres, no solo en ancianos, sino entra la población trabajadora en edad reproductiva; por ello, los equipos de salud deben desarrollar un trabajo más integral.

En lo que ha salud materna se refiere, el principal problema que se encontró en Santa Rita fue embarazadas con esquemas de vacunación incompletos, anemia ferropénica, bajo peso, embarazo en menores de 19 años y mayores de 35, antecedentes de embarazos complicados, embarazos múltiples, eclampsia y preclamsia, cabe destacar que durante la investigación no se presentaron casos de muertes maternas (gráfico 4).

Este problema está relacionado con lo que se menciona a nivel nacional, donde gran parte de la carga de morbimortalidad en este grupo está relacionado con problemas de salud sexual y reproductiva, es así que para el 2006, el 15% de partos fue de mujeres entre 10 y 19 años, y, en el año 2007, el MSP reportó 168 casos de muerte materna de los cuales, 35 de ellas ocurrieron en mujeres de 10 a 19 años. Parte de los cambios operados por la migración y la influencia de la globalización, tienen que ver con un inicio sexual más temprano y las consecuencias que de ello se derivan. La problemática señalada se inscribe en el contexto regional donde cada año en Latinoamérica y El Caribe, 22,000 mujeres en edad reproductiva mueren a consecuencia de complicaciones durante los periodos de embarazo, nacimiento y posparto (Castillo C, 2012).

El estado nutricional de los menores de 5 años que habitan Santa Rita está condicionada por múltiples factores entre ellos el económico, en donde un porcentaje representativo tienen bajo peso para la talla y la edad (gráfico 5).

Los factores que causan la desnutrición son de orden sanitario, socioeconómico y cultural, incluyen la falta o desigual acceso a los alimentos, falta de disponibilidad o acceso de servicios de salud, inadecuada atención pre y post-natal, deficiencias educativas de adultos y menores y la dieta y costumbres alimenticias inapropiadas.

La no correcta nutrición es una de las causas subyacentes en aproximadamente la tercera parte de las defunciones infantiles a nivel mundial. Durante el pasado año, la subida de los precios de los alimentos, unida a la disminución de los ingresos, elevó el riesgo de malnutrición, sobre todo entre los niños (Rivadeneira, F. González, V. 2011).

Aunque en el mundo la proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (según los patrones de crecimiento infantil de la OMS) descendió del 25% en 1990 al 18% en 2005, los avances han sido desiguales. En algunos países, la prevalencia de la desnutrición ha aumentado, y en 2013 todavía había en el mundo unos 186 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento (Landone, MA. 2013).

Los niños menores de 5 años tienen muchos de ellos esquema de vacunación completo mientras que otra porción lo tiene incompleto o descontinuado (gráfico 6), esto se convierte en un desencadenante de afecciones para los menores predisponiéndolos aún más ante posibles epidemias que afectan a la niñez, tal parece que, la gratuidad y la convocatoria no son suficientes para lograr una concurrencia total de las madres para

completar la vacunación de sus hijos. Al respecto, se señala que, las diferencias en el desarrollo de los sistemas de salud se evidencian en los resultados de salud. Por ejemplo, en el año 2000, la tasa de defunciones por enfermedades prevenibles mediante inmunización fue 0.1 por 100,000 habitantes en Argentina, mientras que en República Dominicana fue diez veces más alta, mostrando la influencia de los demás determinantes según datos de (OMS).

En la parroquia el 100% de la población se ha visto afectada tanto por la industria maderera, minera y palmera (gráfico7). En el territorio de la parroquia de Santa Rita existen remanentes de bosques intervenidos; la gran mayoría de la selva boscosa, los daños ambientales son incalculables pues eliminan especies de flora y fauna propias del territorio, alterando los sistemas ecológicos creados naturalmente. Esta situación afecta entonces a la vida comunitaria de los habitantes asentados en las comunidades de la parroquia, porque su supervivencia es aún dependiente de los recursos del ecosistema que actualmente no se los encuentra, o están contaminados o que por esta desproporcionada explotación simplemente han desaparecido, así mismo los ríos que son fuentes hídricas de supervivencia están totalmente contaminados y es el mayor causante de enfermedades gastrointestinales.

Lo expuesto explica los niveles de riesgo a los que se ve expuesta la comunidad de Santa Rita y sus respectivas determinantes, en donde la totalidad de la población se ve afectada por riesgo socioeconómico, riesgo higiénico sanitario, riesgo biológico, el reflejo de todo esto es la presencia de múltiples factores que condicionan la calidad de vida.

Pese al esfuerzo del Gobierno a través de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS éste todavía está distante para alcanzar indicadores satisfactorios; algunos países de ingresos medios, como Chile con su Atención Primaria de Salud, el Brasil con su iniciativa de salud familiar y Tailandia con su plan de cobertura universal, han mejorado análogamente el equilibrio entre la atención hospitalaria especializada y la atención primaria. Los primeros frutos son alentadores: mejora de los indicadores de resultados y marcado aumento de la satisfacción de los pacientes. En todos estos casos, el cambio se produjo en el marco de una iniciativa orientada a la cobertura universal, en la que se preveían más derechos de acceso y protección social para los ciudadanos.

3.2.2.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos se establece que en la parroquia Santa Rita del Cantón San Lorenzo las determinantes sociales de la salud tienen su mayor impacto en el aspecto socioeconómico debido a que mucho de los riesgos están determinados por el tipo de familia considerada como base de la sociedad y una familia desestructurada es más vulnerable a riesgos sociales, los ingresos económicos, el nivel de escolaridad, la ocupación del jefe de familia son una condicionante para una mejor calidad de vida en el sentido de que a mayor educación mejores oportunidades de trabajo y por ende una vida más digna para los miembros de la familia.

  El Gobierno Autónomo Descentralizado de San Lorenzo es actor en la salud pública debido a que al hablar de riesgos higiénico sanitario, se hace referencia a riesgos que son competencias del mismo, la ausencia de alcantarillado, acceso a agua potable, eliminación de excretas, eliminación de basura y la contaminación a la cual ha sido sometida la comunidad por la implementación del cultivo de palmas, la extracción de madera y el asentamiento de frentes mineros predisponen la aparición de enfermedades vectoriales, gastrointestinales, dermatológicas, infecciones de vías urinarias entre otras; al hacer mención sobre el riesgo biológico se destacan aquellas situaciones en la que el equipo de salud debe centrar su accionar, a través de la aplicación de los diferentes programas del MSP para reducir la vulnerabilidad de las comunidades, en este aspecto sobresalen el alto índice de niños menores de 5 años con bajo peso y esquema de vacunación incompleto, problemas de salud maternos como deficiencia de hierro, esquema de vacunación incompleto y bajo peso, el consumo de sustancias psicoactivas y por ende disfuncionalidad familiar, enfermedades crónico degenerativas sobresalen en este aspecto como principal causa de morbilidad.

- Los riesgos socioeconómico, higiénico sanitario y biológico son las determinantes de salud que condicionan la calidad de vida en la parroquia Santa Rita.
- La percepción de los problemas de salud está determinada por las condiciones materiales, la alimentación, el tiempo, la ubicación geográfica, ausencia de medicamentos en la comunidad, es decir que no se ve a la salud como prioridad sino que acuden al primer nivel de atención en presencia de dolencias que condicionan sus actividades cotidianas y luego de haber realizado prácticas ancestrales para mejorar la salud como curanderos y medicina alternativa; sin embargo son los niños, por su percepción de mayor vulnerabilidad, los sujetos que reciben mayor atención en cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención. Las contadas veces en que acuden al sistema sanitario, lo hacen por los niños.
- Es indispensable la planificación educativa continua para fomentar y promocionar acciones que garanticen una mejor calidad de vida de la familia y comunidad, considerándose necesaria la identificación de los problemas para la salud y la implementación de estrategias que contribuyan en la mejora de la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- El equipo de salud debe analizar permanentemente los indicadores de salud con la finalidad de tener una perspectiva más amplia sobre los accionares a desarrollar, si bien es cierto los estilos de vida condicionan la salud de la población, es prioritaria la implementación de estrategias de educación comunitaria, elaborándolas de manera organizada y planificada para disminuir la vulnerabilidad de las comunidades, ejecutando minuciosamente cada uno de los programas y protocolos que consta el Ministerio de Salud Pública para de esta manera cumplir con los objetivos establecidos en la Constitución Ecuatoriana y en el Modelo de Atención Integral de Salud.

- El equipo de salud debe educar continuamente sobre la importancia del proceso salud-enfermedad-atención a la población, haciéndoles conocer sus derechos para que puedan hacerlos efectivos; los servicios de salud no pueden continuar aislados de la población, son parte de ella por lo tanto, el empoderamiento del trabajo comunitario pasa por la relación directa que se establezca con las personas, con su hábitat particular y general.

- El equipo de salud y la comunidad deben ejecutar las estrategias de acuerdo a los diferentes tipos de riesgos para que contribuyan a mejorar la calidad de vida, trabajando con los temores de la comunidad, fomentando la participación activa de los actores que a su vez deben asumir estos valores, cultivarlos y practicarlos cotidianamente para lograr la reducción de los riesgos (Anexo 1).

- Los líderes comunitarios deben definir una estructura organizativa que esté en capacidad de establecer sus propias necesidades y soluciones a través de la participación comunitaria, desarrollando estrategias que contribuyan a la reducción del impacto de los diferentes tipos de riesgos, además de fomentar la participación de aliados estratégicos como los GAD para que contribuyan con proyectos de mejora ya que son el marco jurídico y territorio donde se generan agentes sociales que pueden aportar a la mejora de la salud comunitaria que sirvan de poyo en la detección y cuantificación de la incidencia de las determinantes sociales de la salud.

3.3 REFERENCIAS

3.3.1 Referencias Bibliográficas

1. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS, (2014). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ. 29;320:1200-4.
2. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, (2012). Politics and health outcomes. Lancet. 368:1033-7.
3. Amando Martín Zurro, Juan Francisco Cano Pérez, Joan GenéBadia. (2012). AtenPrimaria. 366:782-3.
4. Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacinal de Estadisticas y Censos (2010). Datos esenciales de Salud. Indicadores básicos de Salud Ecuador.
5. Wagstaff, Adam. (2012). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. RevistaPanamericana de SaludPública, 11(5-6), 316-326.
6. Navarro V, Benach J, (2013). Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; School of Hygiene and PublicHealth, Johns Hopkins University (USA).
7. Ministerio de Salud Pública , Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Indicadores Básicos de Salud, (2010).
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FCI.
9. Álvarez LE, (2011). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev GerencPolítSalud. 8(17):69-79.
10. Asamblea Constituyente, (2008). Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro.

11. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud, (2013). Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural.
12. Bolivar, Kalindy, (2013). "Construyamos Salud". Sistematización de la Experiencia "Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas" Corporación Utopía, Quito.
13. ENDEMAIN (2010). Encuesta de Condiciones de Vida.
14. Wilma B. Freire (2011-2013). ENSANUT-ECU. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos.
15. Aguirre, J. (2012). Evolución del espacio geográfico en el Cantón San Lorenzo, provincia de Esmeraldas, entre los años 1960 y 2000. Tesis para obtener el título de Licenciado en Geografía y Estudios Ambientales. Uni-versidad Católica de Ecuador.
16. Marmot M, (2010). Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet.;370:1153-63.
17. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, (2014).
18. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM, (2015);. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. SocSci Med. 61:1576-96.
19. Bolivar, Kalindy, (2013). "Construyamos Salud". Sistematización de la Experiencia "Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas" Corporación Utopía, Quito.
20. Marmot M, Wilkinson RG, (2011). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ. 19:1233-6.
21. O'Donnell MP, (2014). Definition of health promotion. Amer J Health Promot;1:4-5
22. Castillo, C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. OPS. Segunda. Washington : Paltex, 2012.
23. Rivadeneira, F. González, V.Aporte a la salud pública en el Ecuador. Quito : CREAR editores, edición V, 2011.
24. Landone, MA. (2013). A new perspective on Health of Canadians. A working document. Otawa. Office of the Canadian Minister of Nactional Health and Welfare.
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.Diponible en http://www.msp.gov.ec/.

3.3.2 ANEXOS

ANEXO 1

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PRESENTES EN LA PARROQUIA SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO Y ACCIONES A REALIZAR.

PROBLEMAS	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES
EMBARAZADAS DE RIESGO	• Menores de 19 años. • Mayores de 35 años. • Falla del método anticonceptivo. • Violación.	• Amenaza de aborto. • Amenaza de Parto Pretérmino. • Retardo de crecimiento intrauterino. • Climaterio precoz. • Trastorno disfuncional. • Trauma psicológico.	• Charlas de educación sexual, prevención de embarazos no deseados. • Y planificación familiar.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	• Secundaria a otras patologías. • Genética. • Stress. • Sedentarismo. • Sobrepeso. • Diabetes.	• ACV. • Infarto del Miocardio. • Insuficiencia renal. • Fibrilación Auricular.	• Control médico mensual. • Dieta recomendada por el médico. • Charlas educativas en la unidad. • Alimentación adecuada. • Ejercicio diario.

DIABETES	• Herencia • Mala alimentación • Obesidad y Sobrepeso	• Retinopatía diabética. • Pie Diabético. • Neuropatías asociadas a la diabetes mal controlada. • Cetoacidosis diabética. • Coma hiperosmolar no cetócico.	• Control médico mensual, control de glicemias. • Charlas educativas en la unidad • Concienciar a familiares y pacientes sobre el régimen de alimentación. • Control de toma de medicamentos.
DESNUTRICIÓN INFANTIL	• Malos hábitos alimenticios. • Pocos ingresos económicos en la familia.	• Peso bajo y talla baja según desviación estándar. • Dificultad en el aprendizaje. • Muerte	• Cambios de estilos de vida. • Charlas en la unidad y durante la consulta a la madre o familiar. • Cambios en la alimentación. • Control mensual.
PARASITOSIS	• Ingesta de alimentos mal cocidos. • No hervir el agua antes de beberla.	• Desnutrición • Obstrucción intestinal	• Desparasitación empírica cada 6 meses • Consejos dieto terapéuticos • Hervir el agua antes de ingerirla

Elaborado por :Jenniffer Lorena Cadena Gámez.

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE VERIFICACIÓN O TÉCNICA
Determinantes socio Económicas	Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.	Nivel educativo	Grado de escolaridad. - deserción escolar	Primario Secundario Superior	encuesta
		ingreso familiar:	promedio de ingreso mensual	50-100 mensual 200-300 mensual 400-600 mensual 700-800 mensual	Encuesta
		Tipo de trabajo	Ocupación	Agricultor Ganadero Maestro Carpintero Albañil Pecador	Encuesta
		Violencia intrafamiliar:	maltrato físico maltrato psicológico	Si No a veces	Encuesta

Determinantes culturales		Relaciones familiares:	Aceptación o rechazo Relación entre madre, padre e hijos	Si no Muy Buena buena Mala	encuesta
		Factores religiosos:	tipo de religión	Católicos Evangelios Testigo de Jehová	encuesta
		Creencias(partos)	Domiciliar Hospitalario	Si No	encuesta
Prácticas salud sexual y reproductiva	Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción	usa métodos	Preservativos masculino y femeninos Píldoras Anticonceptivos implante	Si no	encuesta
	Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades.	Hacinamiento:	Nº de personas que habitan en la casa.		encuesta
			Nº de habitaciones o dormitorios de la casa	2 3 4 5 6	encuesta

Determinantes del entorno.	A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.	Vivienda	Tipos de vivienda	Madera Mixta Hormigón	Operación
		Presencia de animales domésticos:	Perros, Gatos. Chancho Pollo ganado vacuno	Si No	encuesta
Acceso a los servicios de salud:	Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud	tipo de servicios de salud que utiliza	MSP IESS Institución privada		encuesta
		distancia a unidad de salud.-	Camina. En transporte		Encuesta
		Servicio básicos	Agua potable Energía electica Alcantarillado Línea telefónica Letrinas	Si no	encuesta

Educación	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen	Obtención de información sobre salud sexual y reproductiva:	unidad de salud Centros escolares tipos de programa de la televisión periódico	Si no	encuesta
Enfermedades	Proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud.	Tipo de enfermedades en el hogar	Hipertensión arterial, Gripe, Diabetes Mellitus, Estrés, Artritis, Varicela, Cáncer Paludismo Dengue Infecciones respiratorias Infecciones de la piel Desnutrición Enfermedades diarreicas tuberculosis Trastornos neonatales:	Si no	encuesta

Estilo de vida	Son conductas y comportamiento en mejora de su bienestar físico, mental y social que tienen los seres humanos.	Requerimiento nutricional	Carbohidratos	Todos los días 2-3 veces por semana 1 vez al mes No consume	Encuesta
			Proteínas	Todos los días 2-3 veces por semana 1 vez al mes No consume	encuesta
			Grasas	Todos los días 2-3 veces por semana 1 vez al mes No consume	Encuesta
			Verduras y frutas	Todos los días 2-3 veces por semana 1 vez al mes No consume	encuesta
			Agua	1 a 2 vasos por día 3 a 4 vasos por día 5 a 7 vasos por día 8 vasos por día	encuesta
		Hábitos no saludables	Alcohol	No, nunca he probado el alcohol Sí, alguna que otra vez Sí, los fines de semana Sí, varias veces a la semana No, nunca Alguna que otra vez (U	encuesta

			Tabaco	n cigarrillo o dos a la se mana) Entre 1 y 5 cigarros al día Sí, alrededor de medio paquete al día Sí, un paquete o más al día	Encuesta
		Actividad físico- recreat iva Práctica actividad física Camina Trota Juega algún deporte Ninguna Encuesta	Ver TV	Frecuentemente Algunas veces Nunca	encuesta
			Leer	Frecuentemente Algunas veces Nunca	encuesta
			Paseos	Frecuentemente Algunas veces Nunca	encuesta
			Oír radio	Frecuentemente Algunas veces Nunca	Encuesta
			Calidad del sueño	Bastante buena Buena Mala Bastante mala	encuesta
			Que tiempo realiza acti vidad física	1.-Una vez por semana 2.-Tres veces por sema na 3.-Todos los días 4.-A veces 5.-Nunca	encuesta

Elaborado por :Jenniffer Lorena Cadena Gámez.

ANEXO 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA DIRIGIDA A JEFES DE HOGAR DE LA PARROQUIA SANTA RITA CANTON SAN LORENZO

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA PARROQUIA

SANTA RITA DEL CANTÓN SAN LORENZO PROVINCIA DE ESMERALDAS.

1.- Edad:

2.- Sexo: M F

3.- Esquema de Vacunación: C I

4.- Estado nutricional: Bajo peso Normal Sobrepeso

5.- Enfermedades crónicas no transmisibles:

Obesidad	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer
Diabetes	Enfermedades cerebrovasculares	Otra
HTA	Problemas articulares	Ninguna

6.- Embarazadas con problemas:

Embarazos múltiples	Tener más de 35 años	Tener menos de 19 años
Eclampsia	Preeclampsia	Bajo peso
Enfermedad crónica	Desnutrición	Ningún problema
Antecedentes de embarazos complicados		Otros

7.- Discapacidad: Si No **Cual:**

8.- Trastorno mental: Si No **Cual:**

9.- Agua potable: Si No

10.- Eliminación de excretas:

Alcantarillado Pozo séptico Otro

11.- Eliminación de basura:

Carro recolector Campo abierto Río Quema

12.- Eliminación doméstica de desechos sólidos:

Alcantarillado Campo abierto Conectado a pozo séptico Otro

13.-Animales intradomésticos: Si No **Cual:**

14.- Ingresos económicos:

Salario básico Menos del salario básico Sobre el salario básico

15.- Ocupación del jefe de familia:

Empleado Negocio propio Artesano Obrero

Trabajo informal Agricultor Desocupado Jubilado

Otro

16.- Nivel de escolaridad del jefe de familia:

Primaria completa Primaria incompleta

Secundaria completa Secundaria incompleta

Superior completa Superior incompleta Ninguna

17.- Tipo de familia: Estructurada Desestructurada

18.- Problemas sociales:

Violencia intradomiciliaria: Si No

Alcoholismo intradomicialiario: Si No

Drogadicción intradomiciliaria: Si No

19.- Calidad de la vivienda: Adecuada Inadecuada

20.- Hacinamiento:

Más de 3 personas en una habitación: Si No

Menos de 3 personas en una habitación: Si No

Elaborado por : Jenniffer Lorena Cadena Gámez

ANEXO 4

PRESUPUESTO

DETALLES	TOTAL		
Tesis Examen complexivo	1		
Matrícula	Total unitario		Total final
Horas asesoría	1	1700	1700
TOTAL	21		
2. Equipos			
2.1 computadora	1		
2.2 Cámarafotográfica	1		
2.3 Impresora	1		
Subtotal	3		
3. Materiales y presupuesto		Total unitario	Total final
3.1 Lápices	2	0.25	0.50
3.2 Resma de hojas A4	1	5.00	5.00
3.3 Carpeta	1	0.50	0.50
3.5 Copias	20	0.03	0.60
3.6 Esferos	5	0.40	2.00
3.7 Internet	10	0.60	6.00
3.8 Impresiones	10	10.00	100.00
3.9 Anillados	10	2.00	20.00
Subtotal	61	$2518.78	$1934.60
4.Movilización			
		Total unitario	Total final
4.1Transporte	7	4.50	31.50
4.2 Alimentación	7	3.50	24.50
4.3 Movilización interna	40	2.50	100.00
Subtotal	40	$2.50	$100.00
Total			$1990.60

Elaborado por :Jenniffer Lorena Cadena Gámez.

ANEXO 5

CRONOGRAMA

MESES	MAYO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES																																								
Elaboración del tema de tesis																																								
Presentación de tema de tesis																																								
Aprobación del tema																																								
Elaboración del marco teórico																																								
Reunión con el asesor y corrección del anteproyecto de tesis																																								
Exposición de anteproyecto																																								
Recolección de datos en la comunidad																																								
Tabulación de información																																								
Revisión por lectores																																								
Corrección y elaboración final de tesis																																								
Entrega de 1er borrador																																								
Entrega de 2° borrador																																								
Entrega de 3er borrador																																								
Empastado de tesis																																								
Sustentación y defensa de tesis																																								

Elaborado por : Jenniffer Lorena Cadena Gámez