



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL
SUBCENTRO “EL BOSQUE” Y SU ÁREA DE
COBERTURA. MACHALA 2010.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD
PÚBLICA**

MAESTRANTE

DR. JORGE ARMANDO GARCÍA MALDONADO

TUTOR

DR. TOMÁS GUIDO RODRÍGUEZ LEÓN, Mg. Sc.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2012



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Esta Tesis cuya autoría corresponde al **Dr. Jorge Armando García Maldonado** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**.

Dr. Wilson Maitta Mendoza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Abigail Carriel Ubilla
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Gonzalo Sierra Briones
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Carlos Monar López
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Carmen Morán Flores
SECRETARIA
FAC. CIENCIAS MÉDICAS


CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de Magister en Ciencias, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO que: he dirigido y revisado la Tesis de Grado presentada por el Sr. Doctor **Jorge Armando García Maldonado** con C.I. 090510244-8

Cuyo Tema de Tesis es **“ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL SUBCENTRO EL BOSQUE Y SU AREA DE COBERTURA. MACHALA 2010.”**

Revisada y corregida que fue la Tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:



DR. TOMAS RODRIGUEZ LEON
TUTOR

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

Yo Ps. Clín José Fernando Apolo Morán MS.c, con domicilio ubicado en la Urb. Portal al sol km 14 ½ vía a la costa Mz. 1382 villa 12; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR**: Que he revisado la tesis de grado elaborada por el Sr. Dr. **JORGE ARMANDO GARCÍA MALDONADO** con C.I.# 090510244-8, previo a la Obtención del título de **MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**.

TEMA DE TESIS: “ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL SUBCENTRO EL BOSQUE Y SU ÁREA DE COBERTURA. MACHALA 2010.”

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.



MSC. JOSÉ FERNANDO APOLO MORÁN

C.I.#0918748393

de registro 1006-07-660069

de teléfono celular 099319912

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al creador por permitirme crecer profesionalmente. A mis padres, por su ejemplo de sacrificio y cariño permanente, a mis profesores, compañeros de la maestría y a mi familia por su apoyo incondicional y permanente para alcanzar una nueva meta para obtener este título de cuarto nivel.

JORGE

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia de la imperecedera gratitud a la Universidad Estatal de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, a sus Autoridades y Docentes que contribuyeron a nuestra formación profesional, de manera muy especial a mi Tutor de tesis Dr. Tomas Rodríguez León quien me supo alentar y apoyar en todo momento para la realización de esta investigación y a todas las personas que supieron brindarme el respaldo necesario para terminar este trabajo que constituye un enorme esfuerzo de estudio y dedicación.

Mi más sincero agradecimiento al Comité Asesor de las Maestrías, a los miembros del Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, por su entrega valiosa y asesoramiento en la elaboración y corrección de esta tesis. Agradezco también a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron desinteresadamente en la elaboración de este trabajo.

JORGE

RESPONSABILIDAD

Declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como trabajo práctico son absolutamente originales, auténticos y personales: las responsabilidades que pudieran derivarse de este trabajo competen exclusivamente al autor

Dr. Jorge Armando García Maldonado

RESUMEN

Para el conocimiento de la realidad en el proceso salud-enfermedad en que se encuentra la población es necesario efectuar un diagnóstico de salud, su respectivo análisis para que se realicen las intervenciones necesarias y den solución de alguna manera a los problemas de salud en que se encuentra esta comunidad. El problema consistía en que el diagnóstico de salud en este Subcentro estaba registrado en datos estadísticos, pero no se efectuaba un análisis de situación de salud de manera periódica, por lo menos anualmente. En este trabajo se reconoció como elementos esenciales del análisis: la identificación de los problemas, luego la priorización y posible solución de los problemas detectados. Consta de títulos determinando las características individuales de la demanda, señala las condicionantes y determinantes de la salud que corresponden al componente demográfico y socioeconómico, una recopilación y análisis de indicadores, se analizó la demanda a través de la morbilidad y mortalidad, se incluyó también información de las atenciones realizadas en consulta externa. En otros se refirió a la oferta, respuesta social y se incluye información de algunos programas de salud, como están organizados sus recursos humanos, cuán capacitados están, qué potencialidades poseen en su equipamiento e infraestructura, se determinó las coberturas de atención, prevención, promoción y se analizó los factores de riesgos existentes en la comunidad. La investigación se realizó en el Subcentro de Salud “El Bosque” y su área de cobertura, con la información obtenida del 2010. El Universo fue la población de cobertura, siendo la muestra igual que el Universo. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y el diseño no experimental, de corte transversal. Los resultados indican que las coberturas de atenciones de prevención por médicos en menores de 5 años es 58,40%, morbilidad de niños hasta 9 años 120,15%, adultos mayores el 55,21%, e inmunizaciones no son las esperadas, la ubicación geográfica del subcentro es desfavorable y se encontraron factores de riesgos biológicos en un 29,2%, socioeconómico con 37,89%, sanitarios y ambientales en 38,9%. Como conclusión, aporta información importante de la demanda y la oferta con indicadores y una propuesta de plan de acción para mejorar las coberturas.

PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO DE SALUD - ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD – DEMANDA - OFERTA – DATOS ESTADÍSTICOS – FACTORES DE RIESGO

SUMMARY

To the knowledge of reality in the health-disease in the population that is necessary to make a diagnosis of health, their analysis to take place the necessary interventions and somehow provide solutions to health problems that is this community. The problem was that the diagnosis of health in this Sub-Centre was registered in statistics, but was not carried out an analysis of health status on a regular basis at least annually. This work was recognized as essential elements of analysis: identifying the problems, then the prioritization and possible solution to the problems identified. It consists of determining the individual characteristics titles in demand, says the conditions and health determinants that correspond to the demographic and socioeconomic component, a compilation and analysis of indicators, we analyzed the demand through morbidity and mortality, was also included information of outpatient care sessions. In other referred to the offer, social response and includes information on some health programs, such as human resources are organized, how skilled they are, what potential they have in their equipment and infrastructure, we determined the coverage of care, prevention, promotion and analyzed the risk factors in the community. The research was conducted at the Health Sub-center "El Bosque" and its coverage area, with information from 2010. The universe was the population coverage, with the sample as the Universe. It was a descriptive, retrospective and non-experimental, cross sectional study. The results indicate that the coverage of preventive care by physicians in children under 5 years is 58.40%, the morbidity of children up to age 9 120.15% 55.21% the elderly, and immunizations are not as expected, the geographic location of the subcenter is unfavorable and found biological risk factors in 29.2%, 37.89% socio-economic, and environmental health in 38.9%. In conclusion, it provides important information of the demand and supply indicators and a proposed plan of action to improve coverage.

KEY WORDS: DIAGNOSIS OF HEALTH - HEALTH SITUATION ANALYSIS - DEMAND - OFFER - STATISTICS - RISK FACTORS

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINA
PÁGINAS PRELIMINARES	
I. CARÁTULA O PORTADA.....	I
II. CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR DE GRADO	II
III. CERTIFICADO DEL TUTOR.....	III
IV. CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO.....	IV
V. DEDICATORIA.....	V
VI. AGRADECIMIENTO.....	VI
VII. RESPONSABILIDAD.....	VII
VIII. RESUMEN EN ESPAÑOL.....	VIII
IX. RESUMEN EN INGLES.....	IX
X. ÍNDICE.....	X
XI. FICHA DE REGISTRO DE TESIS.....	XVI
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 OBJETIVOS.....	5
1.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.2 HIPÓTESIS.....	5
1.3 VARIABLES.....	5
2 MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 LA CONTINUA REDEFINICIÓN DE LO QUE ES SALUD PÚBLICA.....	7
2.2 CALIDAD EN LA SALUD PÚBLICA.....	7
2.3 SATISFACCIÓN EN LA CALIDAD DEL SERVICIO.....	8
2.4 UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD EN BOGOTÁ.....	8
2.5 FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA.....	9
2.6 EQUIPO DE SALLUD.....	10
2.7 LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD-PACIENTE-FAMILIAR.....	11
2.8 ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA.....	12

2.9 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES.....	12
2.10 SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA.....	13
2.10.1 ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN DE SALUD.....	13
2.11 ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA REGIÓN ANDINA Y POR PAÍS.....	14
2.12 GESTIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD.....	14
2.13 EL DIAGNÓSTICO DE SALUD, PROGRAMA DE CIUDADES SALUDABLES.....	15
2.13.1 ¿QUÉ ES EL DIAGNÓSTICO DE SALUD?.....	15
2.13.2 FINALIDAD Y OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	15
2.13.3 NIVEL DE SALUD Y FACTORES CONDICIONANTES.....	16
2.13.4 SOCIODEMOGRÁFICOS.....	17
2.13.5 RECURSOS.....	17
2.13.6 HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA.....	18
2.13.7 MEDIO AMBIENTE.....	18
2.13.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	18
2.14 ANTECEDENTES.....	19
2.14.1 BREVE HISTORIA DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD....	19
2.14.2 DEFINICIÓN DE ANÁLISIS SITUACIONAL.....	19
2.14.3 ¿QUÉ ES EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD?.....	20
2.14.4 ¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL DSS-ASIS PARA EL EBS?.....	21
2.15 DILEMA COPNCEPTUAL: DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS.....	21
2.15.1 MODALIDADES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	22
2.15.2 OBJETIVOS GENERALES EN LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS SITUACIONAL.....	23
2.15.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE UN ANÁLISIS SITUACIONAL.....	23
2.15.4 METODOLOGÍA.....	24
2.15.4.1 DIMENSIONES DE EXPLORACIÓN.....	24
2.15.5 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	25
2.15.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	25
2.15.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	26
2.15.8 INDICADORES PARA EL ANÁLISIS.....	26

2.15.9 DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICA DE SALUD DE POLICLÍNICOS. MANDATOS ESPECÍFICOS.....	26
2.15.10 NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD.....	27
2.16 MODALIDADES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	27
2.16.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD ASIS EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA.....	27
2.16.2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL SCS “EL BOSQUE”.....	28
2.16.3 PROBLEMAS EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	28
2.16.4 OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	29
2.16.5 CONFECCIÓN DEL INFORME.....	29
2.16.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD OBJETO DE ESTUDIO.....	29
2.16.5.2 DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN.....	30
2.16.5.3 INFORMACION DE LA MORBILIDAD.....	31
2.17 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LOS PAISES DE LA REGIÓN.....	31
2.18 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR.....	32
2.18.1 SALUD PRINCIPALES INDICADORES.....	32
2.19 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN ÁREA DE SALUD.....	40
2.20 CIFRAS DEL CENSO PUBLICADAS POR EL INEC HASTA EL 2011.....	41
2.20.1 SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD.....	42
2.21 DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS.....	43
2.21.1 LOS FACTORES DE RIESGO EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.....	44
2.22 LA EXPOSICIÓN A RIESGOS AMBIENTALES PROVOCA CASI UNA CUARTA PARTE DE LAS ENFERMEDADES.....	44
2.23 RIESGOS BIOLÓGICOS.....	45
2.23.1 FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS JOVENES.....	47
2.23.2 ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	47
2.24 RIESGOS SANITARIOS.....	48

2.25	PROPUESTA DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA.....	49
2.26	GUÍA PARA ELABORAR UN ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD EN ZONAS RURALES.....	50
2.27	DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE.....	52
3	MATERIALES Y MÉTODOS.....	54
3.1	MATERIALES.....	54
3.1.1	LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.1.2	PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.1.3	RECURSOS EMPLEADOS.....	54
3.1.3.1	Recursos Humanos.....	54
3.1.3.2	Recursos Físicos.....	54
3.1.4	UNIVERSO Y MUESTRA.....	55
3.1.4.1	Universo.....	55
3.1.4.2	Tamaño Muestra.....	55
3.2	MÉTODOS.....	55
3.2.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.2.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.2.3	MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	55
3.2.4	PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	55
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	57
4.1	CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE COBERTURA DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” , OBJETO DE ESTUDIO.....	57
4.2	INDICADORES DE LA DEMANDA.....	62
4.2.1	INDICADORES DEMOGRAFICOS.....	62
4.2.1.1	ESTRUCTURA POBLACIONAL.....	64
4.2.1.2	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD.....	65
4.2.1.3	DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMADOS.....	66
4.2.1.4	POBLACION URBANA Y RURAL.....	67
4.2.1.5	POBLACION POR SEXO.....	67
4.2.1.6	ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN.....	67
4.2.1.7	NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	68

4.2.2	INDICADORES SOCIALES Y ECONÓMICOS.....	69
4.2.2.1	PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONOMICAS.....	69
4.2.2.2	RIESGOS SOCIOS ECONÓMICOS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE COBERTURA CON LA INFORMACIÓN OBTENIDA A TRAVÉS DE 380 FAMILIAS VISITADAS POR EL EBAS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010.....	71
4.2.3	CONDICIONES EPIDEMIOLOGICAS, INDICADORES.....	73
4.2.3.1	PREVALENCIA DE MORBILIDADES EN LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”.....	73
4.2.3.2	PATOLOGÍAS Y EVENTOS BAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EPI 1 LOCAL.....	84
4.2.3.3	CONCENTRADO DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN 380 FAMILIAS VISITADAS POR EL EBAS DEL SCS “EL BOSQUE” DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010.....	85
4.2.4	INDICADORES AMBIENTALES.....	86
4.2.4.1	RIESGOS AMBIENTALES.....	86
4.2.4.2	CONCENTRADO DE RIESGOS SANITARIOS EN 380 FAMILIAS VISITADAS POR EL EBAS DEL SCS “EL BOSQUE” DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2010.....	87
4.2.5	MORTALIDAD: DIEZ PRIMERAS CAUSAS POR CICLOS DE VIDA.....	89
4.3	OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” 2010.....	97
4.3.1	INDICADORES DE LA OFERTA.....	97
4.3.1.1	ACCESIBILIDAD.....	97
4.3.1.2	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS.....	98
4.3.1.2.1	RECURSOS HUMANOS.....	98
4.3.1.2.2	EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA.....	98
4.4	INDICADORES DEL PROCESO.....	102
4.4.1	COBERTURAS DE ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN QUE REALIZÓ EL SUBCENTRO “EL BOSQUE” EN EL PERIODO DESDE EL 01/01/2010 HASTA EL 31/12/2010.....	102
4.5	CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (STÁNDARES).....	115
4.5.1	POA 2010 Y METAS CUMPLIDAS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” AL FINAL DEL AÑO.....	115

4.5.2	EFICACIA.....	122
4.5.3	EFICIENCIA.....	124
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	130
5.1	CONCLUSIONES	130
5.2	RECOMENDACIONES.....	134
6	BIBLIOGRAFÍA.....	137
7	ANEXOS.....	142



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DEL SUBCENTRO “EL BOSQUE” Y SU ÁREA DE COBERTURA. MACHALA 2010.		
AUTOR/ES: Dr. Jorge Armando García Maldonado	REVISORES: Dr. Tomás Guido Rodríguez León	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: De Ciencias Médicas	
CARRERA: de Medicina		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 11 /03/2012	No. DE PÁGS: 164	
ÁREAS TEMÁTICAS: Análisis Situacional De Salud		
PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO DE SALUD - ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD – DEMANDA - OFERTA – DATOS ESTADÍSTICOS – FACTORES DE RIESGO		
<p>RESUMEN: El problema consistía en que el diagnóstico de salud en este Subcentro estaba registrado en datos estadísticos, pero no se efectuaba un análisis de situación de salud de manera periódica, por lo menos anualmente. Consta de títulos determinando las características individuales de la demanda, señala las condicionantes y determinantes de la salud que corresponden al componente demográfico y socioeconómico, una recopilación y análisis de indicadores, se analizó la demanda a través de la morbilidad y mortalidad, se incluyó también información de las atenciones realizadas en consulta externa. En otros se refirió a la oferta, respuesta social y se incluye información de algunos programas de salud, como están organizados sus recursos humanos, cuán capacitados están, qué potencialidades poseen en su equipamiento e infraestructura, se determinó las coberturas de atención, prevención, promoción y se analizó los factores de riesgos existentes en la comunidad. La investigación se realizó en el Subcentro de Salud “El Bosque” y su área de cobertura, con la información obtenida del 2010. El Universo fue la población de cobertura, siendo la muestra igual que el Universo. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y el diseño no experimental, de corte transversal. Los resultados indican que las coberturas de atenciones de prevención por médicos en menores de 5 años es 58,40%, morbilidad de niños hasta 9 años 120,15%, adultos mayores el 55,21%, e inmunizaciones no son las esperadas, la ubicación geográfica del subcentro es desfavorable y se encontraron factores de riesgos biológicos en un 29,2%, socioeconómico con 37,89%, sanitarios y ambientales en 38,9%. Como conclusión, aporta información importante de la demanda y la oferta con indicadores y una propuesta de plan de acción para mejorar las coberturas.</p>		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 072982704 - 091524125	E-mail: jorge_garcia5409@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono:	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 2509054

1. INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud debe ser entendido como un proceso destinado a mejorar el conocimiento de la salud de la población, a través del conocimiento de las características del estado de salud de la población y sus determinantes, por parte de entidades encargadas de brindar servicios de salud, para la mejora continua de la prestación de atención.

En la década del 70 surgió la siguiente definición: “el diagnóstico de salud de la comunidad, es una categoría principal en el Sistema Nacional de Salud, ya que tiene una connotación más amplia que la sola noción de salud, por cuanto implica conocer todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud identificados con fines preventivos y de promoción de salud, conocer las interrelaciones sociales en la comunidad y los recursos de salud disponible. El diagnóstico de salud de la comunidad responde al concepto nuevo y social de lo que es salud.”

OPS/OMS actualmente revisa el programa de Análisis de situación de Salud, y le incorpora nuevas tecnologías para lograr sus propósitos fundamentales: hacer de uso cotidiano el análisis como inapreciable herramienta para los servicios.

Se requirió identificar problemas de salud de los usuarios, las familias y de la comunidad, su morbilidad, mortalidad, grupos vulnerables, familias con riesgos sanitarios, socio económicos, ambientales, biológicos. La insatisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios o deficiencias en la realización de los objetivos de la institución, ya sea por falta de recursos, estrategias inadecuadas, problemas de motivación, la prestación de servicios de salud de calidad, accesible y oportuna. La dotación de servicios básicos, con la eliminación de riesgos de impacto ecológico, con programas que impulsen el empleo adquisición y mejoramiento de vivienda etc, se evitarían gastos y costos sociales no previstos derivados de las malas condiciones de salud.

El problema consistió en el Subcentro de salud “El Bosque” siempre se realizó el diagnóstico de salud con datos estadísticos, en lo que destaca el incremento de casos de mal nutrición en niños y adolescentes, de enfermedades crónicas no transmisibles, de discapacidades, la prevalencia de enfermedades vectoriales transmisibles, etc, pero no se está efectuando un análisis de situación de salud de manera periódica, por lo menos anualmente para que se realicen las medidas de prevención, promoción y todas las intervenciones que se requieran .

En este trabajo, se reconoció como elementos esenciales del análisis: la identificación de los problemas, luego la priorización y posible solución de los problemas detectados. En la cual el diagnóstico de salud fue la fase descriptiva y el análisis de la situación de salud es el elemento conclusivo para la solución de estos problemas.

El propósito de este trabajo de investigación fue el obtener una herramienta de apoyo a la gestión del personal que labora en el Subcentro de Salud “El Bosque” , a los directivos del Área 1 de Machala, a quienes lideran los procesos en la Dirección Provincial de Salud, a los líderes comunitarios y demás autoridades, permitió obtener la información necesaria para conocer la situación de salud de los usuarios y su respectivo análisis en los diferentes grupos etáreos que proceden de los barrios urbanos y rurales del área de cobertura de ésta unidad, requisito importante a las intervenciones con los diferentes programas que mantiene el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, lo que permite plantear propuestas de solución o alternativas de cambio, con la información y registros, realizado el diagnóstico de salud y su respectivo análisis situacional, reforzar la prevención y promoción, para mejorar la calidad de vida en los usuarios y la población del área de cobertura.

Para el efecto en este Subcentro se realizó un Análisis de Situación de Salud, con un diagnóstico y conocimiento de su realidad a través de la información obtenida de la actividades realizadas durante el año 2010. Los resultados obtenidos se tabularon estadísticamente, y de acuerdo a estos se realizaron cuadros con su respectivo análisis y gráficos.

Se realizó la investigación sustentándose en los enfoques de desarrollo social, derechos humanos, interculturalidad, equidad de género e interétnico.

Permitió conocer las características individuales de los (as) usuarios que asisten al Subcentro “El Bosque” , ya que estas son básicas para obtener resultados que van a fortalecer los datos de este trabajo, la infraestructura, el talento humano de la unidad de salud, al igual las características de la salud pública en la familia y la comunidad, se identificaron las inequidades y desigualdades en salud de la comunidad sin exclusiones de ningún tipo, favoreciendo la transmisión de conocimientos, capacidades, actitudes y valores que hagan posible el desarrollo integral y la consecución de mejor calidad de vida en los moradores del sector.

Además el diagnosticar los problemas para priorizarlos y buscar las soluciones de estos a corto, mediano y largo plazo en la cual los integrantes del equipo de salud, los diferentes actores sociales de la comunidad, las autoridades locales, provinciales y nacionales lo utilicen adecuadamente para desarrollar y promover un entorno saludable aportando en el desarrollo social de la población de cobertura del Subcentro.

Con lo anteriormente señalado se justificó el analizar del estado de salud del Subcentro “El Bosque” y de los usuarios que reciben atención intra y extra mural, para proponer actividades y estrategias en la solución de los problemas que afectan el desarrollo armónico del ser humano en el área de cobertura.

De la misma manera este estudio aportó información sobre la disposición y acciones de los tomadores de decisión en torno al tema. Además, brinda información relevante sobre las actitudes, opiniones y disposición de las y los proveedores de salud del sector público para ofertar servicios a la población de cobertura.

Esto implica que el equipo de salud desarrolle acciones para promover el mejoramiento en el tratamiento integral del usuario y adquiera compromisos, acuerdos al interior de este y promover la colaboración, interacción con la comunidad y la acción intersectorial. Se espera que este trabajo sea de utilidad y sirva como punto de partida para la

planificación de acciones a corto y mediano plazo que permitan mejorar la programación sobre la atención integral de los usuarios a través de los diferentes servicios y programas que el M.S.P. oferta.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar un Análisis de Situación de Salud del Subcentro “El Bosque” y su Área de Cobertura en el 2010.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características de la demanda.
2. Analizar los factores de riesgos y la prevalencia de morbilidades.
3. Registrar los niveles de mortalidad, y la composición por causas.
4. Analizar la oferta de servicios de la unidad y su relación con la demanda.
5. Analizar las coberturas de atención, prevención y promoción que realiza la unidad de salud.
6. Diseñar una Propuesta de Plan de acción local para el Mejoramiento de la Salud.

1.2. HIPÓTESIS

Realizando un análisis de situación de salud, conociendo la demanda, oferta, coberturas y resultados, incidirá en el mejoramiento de la atención a los usuarios del Subcentro de Salud “El Bosque”.

1.3. VARIABLES

1. Variables dependientes:

- Análisis situación de salud

2. Variables independientes:

- SCS. “El Bosque” y su Área de Cobertura

3. Variables intervinientes:

- Demanda
- Oferta

- Morbilidad
- Mortalidad
- Coberturas
- Factores de riesgos

2. MARCO TEÓRICO

2.1. LA CONTINUA REDEFINICIÓN DE LO QUE ES SALUD PÚBLICA

El concepto de salud pública a través del tiempo ha recibido diferentes definiciones con forme a las diferentes épocas y etapas en la que se la conceptualizado.

Vicente Navarro menciona un concepto actual de Salud Pública: “Como hemos visto, la concepción de salud y enfermedad, así como la concepción de la población —sujeto de nuestra intervención— ha ido cambiando y evolucionando históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político. Paralelamente, las responsabilidades del sector sanitario han ido variando y, renovándose de acuerdo con estos cambios conceptuales y socio-políticos; de responsabilizarse sólo de aquellos que acudían, se pasó a responsabilizarse de aquellos que no lo hacían, es decir, de toda la población. Y también se cambió la responsabilización por el curar a hacerse cargo de la población coordinando lo social con lo clínico. Estos cambios ocurren en su mayor parte entre los años cincuenta y sesenta” (24).

2.2. CALIDAD EN SALUD PÚBLICA

La calidad de la atención en Salud Pública implica diferentes elementos que requieren cumplirse y que están interrelacionados entre sí. Corresponde una buena infraestructura, equipamiento adecuado, talento humano capacitado, satisfacción del usuario, trabajo en equipo, participación ciudadana y apoyo de los organismos locales con buenos servicios sanitarios.

Guix Oliver Joan pública en relación a este tema: “A partir de la definición de los conceptos de calidad y de salud pública, y de la consideración de las organizaciones de salud pública como organizaciones de servicios, se plantea la conveniencia de poder

llegar a establecer un modelo de referencia de calidad en salud pública basado en criterios objetivos, indicadores y estándares. Se revisan los 2 principales modelos de gestión de la calidad en el terreno de las organizaciones de servicios, ISO 9001-2000 y EFQM, y se contrastan sus ventajas y desventajas en lo referente a su aplicación en los servicios de salud pública” (16).

2.3. SATISFACCIÓN EN LA CALIDAD DEL SERVICIO

La satisfacción del usuario está en relación a diversos aspectos que deben cumplirse y son indispensables.

Parámetros analizados

1. Infraestructura.
2. Capacidad de Respuesta y Oportunidad en la Atención.
3. Calidad y Calidez en la Atención.
4. Cobertura en la Atención.
5. Comunicación e Información.
6. Garantía Credibilidad y Confianza.
7. Percepción en la Mejora.
8. Empatía (13).

2.4. UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD EN BOGOTÁ

Se menciona un modelo de APS en Colombia que permite un mejor acceso de los usuarios en la atención en unidades de primer nivel: “Se ha iniciado la formación en servicio de equipos básicos con la metodología de la Universidad de Toronto (Canadá), que implica procesos de multiplicación y de observación por parte de acompañantes de universidades de la ciudad con experiencias previas. En esta primera fase se pondrán a prueba los instrumentos de trabajo con las familias y las comunidades, el sistema de información, las formas de contratación y pago de los prestadores, los indicadores de seguimiento y evaluación, y los mecanismos de trabajo en redes” (12).

2.5. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA

El concepto de salud pública ha ido evolucionando y ampliándose, al ir redefiniéndose la salud y el sujeto de intervención.

Podemos observar que lo que hacemos o debiéramos hacer en los servicios de salud es incidir para que la línea B (enfermedad) esté lo más cercana posible a la línea A (salud). Dependiendo del momento de la intervención, hablamos de una intervención preventiva primaria, secundaria o terciaria.

Intervención Preventiva Primaria (IPP) es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad. Caso bien conocido de este tipo de intervención es el destinado a inmunizar a la población en contra de ciertas enfermedades contagiosas. La IPP más importante es la consagrada a mejorar las condiciones económicas y sociales de la población y a ofrecerle los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses, así como desarrollar su potencial político.

La Intervención Preventiva Secundaria (IPS) está encaminada a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales. Las campañas de detección son los ejemplos más característicos de ésta intervención.

Intervención Preventiva Terciaria (IPT) es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Ésta incluye la medicina curativa, la atención de crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente (24).

2.6. EQUIPO DE SALUD

Hay diferentes definiciones de equipo de salud y al respecto distintos autores afirman:

Pritchard: Define al equipo como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común.

Davis y Newstrom: define el equipo operativo como un grupo pequeño cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsable y entusiásticamente a la tarea.

Para Polliack, como modelo organizacional que es, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

Bajo ésta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional, a saber:

- Debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones.
- Un miembro no puede reemplazar a otro, por lo que se espera que cada uno desempeñe el papel que le corresponda.
- La necesidad de coordinación requiere la existencia de canales adecuados de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.
- Como cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos, es de suponer que asumirá también su responsabilidad y dirigirá los aspectos propios de su Área.
- Es esencial que todos los miembros del equipo se pongan de acuerdo sobre los objetivos comunes y acepten, como grupo, la responsabilidad de alcanzar dichos objetivos.
- La eficiencia total del equipo debe ser mayor que de la suma de sus componentes.

- Finalmente, el equipo de trabajo no es una meta en sí mismo, sino el medio para lograr los objetivos propuestos.

Dificultades De Trabajo En Equipo

- Escasa experiencia.
- Falta de incentivos.
- Exceso de rigidez en algunos integrantes.
- Falta de interés.
- Dificultad en el control de gestión, en tiempos de estudio e investigación.

Funciones Del Equipo De Atención Primaria

Tienen una función clara y prioritaria sobre las demás y que no es otra que la de promover cambios cualitativos en las actitudes y hábitos de la población en todos los campos que tengan una relación directa o indirecta con la salud.

2.7. LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD-PACIENTE-FAMILIAR

Es importante la relación existente entre cada miembro del equipo de salud, quien debe liderar de acuerdo a los diferentes roles que le corresponde desempeñar, con el paciente y cada familia involucrada.

Ricardo González Menéndez señala en un trabajo publicado: “La clásica relación médico paciente se ha expandido a relación equipo de salud-paciente-familiar. Se comentan brevemente algunos factores determinantes de las modificaciones de la relación médico paciente (RMP) originalmente limitada al facultativo y al enfermo. Se discuten los resultados de un estudio preliminar donde se exploraron en un centro asistencial, las apreciaciones de pacientes y estudiantes sobre el significado del desempeño interpersonal y cumplimiento idóneo de sus funciones, de los miembros del equipo de salud en sus niveles, profesional, técnico, administrativo y auxiliar. Invita a la reflexión sobre los efectos nocivos que pueden derivarse del trato inadecuado de los diferentes integrantes del equipo y se propone que el médico, como responsable básico

de este se preocupe por sensibilizar a sus compañeros en relación con el significado de sus actitudes y comportamientos ante los enfermos y sus familiares” (15).

2.8. ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Ante la necesidad de administrar un proceso, una unidad médica o un sistema de salud, es necesario establecer un diagnóstico basado en la investigación de la situación vigente, los antecedentes, las situaciones colaterales, la exploración in situ del problema, identificación de fuerzas, debilidades, amenazas y oportunidades, para estar en condiciones de procesar alternativas de solución que permitan mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica.

Héctor Aguirre Gas de México D.F. menciona que: “En el proceso de enfrentar un problema de salud el primer paso es identificar sus características en cuanto a tiempo, magnitud, situaciones que lo acompañan, situaciones que lo agravan o lo alivian. En segundo lugar se investiga los antecedentes, los aparatos y sistemas que pudieran estar afectados y se lleva a cabo una exploración física minuciosa.

Al concluir este proceso se tendrá un diagnóstico presuntivo o de certeza que permitirá establecer un programa de estudio, conociendo la situación, fortaleza y debilidades del paciente, así como las amenazas para su salud y las oportunidades para recuperar y mejorarla continuamente” (1).

2.9. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES

La participación comunitaria siendo el involucramiento directo de la población cercana a la unidad de salud permite se determine falencias en el proceso de la atención y determinar las necesidades existentes y el objetivo principal de lograr un mayor bienestar procurando el desarrollo de la comunidad.

La participación comunitaria se entiende como una toma de conciencia colectiva de toda la comunidad, sobre factores que frenan el crecimiento, por medio de la reflexión crítica y la promoción de formas asociativas y organizativas que facilita el bien común; es decir, se pretende vincular a la comunidad para la investigación de sus propios problemas, necesidades y recursos existentes. Formulación de proyectos y actividades, ejecución de proyectos mancomunados entre las comunidades y las Instituciones, evaluación de las actividades que se realizan en cada proyecto, en ocasiones con nuestra participación en el ámbito local de nuestro municipio, los ciudadanos podemos expresar nuestros problemas y así podremos participar en las decisiones locales que nos afecten (17).

2.10. SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Los servicios de salud corresponden a diferentes niveles de atención de acuerdo a su complejidad. La APS es el primer nivel de atención y en algunos países poseen servicios de tercero y hasta cuarto nivel.

2.10.1. ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

La atención en el marco de América Latina presentan diferentes modelos.

En Brasil se aplica el sistema unificado de salud (SUS) tiene a su cargo la promoción y la recuperación de la salud a través de la provisión de atención primaria, secundaria y terciaria, que comprende procedimientos de diagnóstico y terapia. Además el Programa de agentes comunitarios de salud (PACS) que corresponde agentes comunitarios de salud está ahora consolidado no sólo en las zonas pobres del nordeste, sino también en la periferia de las regiones metropolitanas como São Paulo. Se hace una visita preliminar a cada comunidad a la que se va a asistir, y con la ayuda de los líderes se cuentan sus casas y familias. Estas se dividen en grupos que contienen entre 150 y 250 familias, dependiendo de la concentración demográfica. Entre las familias de un grupo dado se selecciona y capacita a una persona que haya vivido por espacio de más de dos años en la zona como agente de salud del grupo. Otro es el Programa de Salud de la Familia (PSF) que es una estrategia de transición para vincular los servicios de salud y

la población hasta que sea posible implantar el programa de salud de la familia (PSF) que constituye un enfoque de grupo y que en realidad extiende la funcionalidad de los agentes (23).

2.11. ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA REGIÓN ANDINA Y POR PAÍS

La OIT informa: “Los sistemas de registro de los accidentes de trabajo en la subregión presentan una alta debilidad en Bolivia, una desarticulación en el caso del Perú, están en proceso de formulación en Venezuela; en tanto que los registros de Colombia y Ecuador muestran niveles de mejora significativa.

Sin embargo, en el caso de las enfermedades profesionales el tema es más crítico. Ésta cuestión del registro de enfermedades profesionales constituye uno de los principales desafíos que deberán atenderse en la subregión andina: nos referimos a la construcción de sistemas integrados de registro y notificación de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales. Conforme se podrá apreciar más adelante, la información disponible es muy limitada.

Otro aspecto importante a mencionar es que la estadística se construye en base a la información del sector asegurado y no se tiene información del sector no asegurado, subempleado, informal, o en condiciones de precariedad laboral” (26).

2.12. GESTIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La modalidad de gestión que busca impactar en la problemática salud-enfermedad-atención, tiene la participación colectiva pobladores, organizaciones, instituciones - se constituye en el eje fundamental de ésta propuesta. El proceso es atravesado permanentemente por un enfoque estratégico, el reconocimiento de la diversidad cultural, la cogestión del recurso humano, el abordaje en red y la construcción de una mirada interdisciplinaria” (3).

2.13. EL DIAGNÓSTICO DE SALUD, PROGRAMA DE CIUDADES SALUDABLES

2.13.1. ¿QUÉ ES EL DIAGNÓSTICO DE SALUD?

Una definición muy aproximada señala que: “Se trata de una aproximación al nivel de salud de una población y los factores que la condicionan, se identifican los principales problemas y necesidades, así como los recursos disponibles, estableciendo prioridades y proponiendo Áreas de acción, sirviendo como punto de partida para la elaboración de programas y estrategias locales encaminadas a convertir esa ciudad en un lugar más habitable, acogedor y saludable” (2).

El diagnóstico de salud se desarrolla siguiendo estas fases:

- Análisis de la información.
- Identificación de problemas.

2.13.2. FINALIDAD Y OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Su principal finalidad es estimular la acción para mejorar la salud de una ciudad, y esto lo hace:

- Proporcionando información precisa, actualizada e imparcial sobre la salud de la población y sobre sus determinantes.
- Analizando la información desde el punto de vista de su impacto sobre la salud.
- Fijando objetivos para evaluar el progreso.
- Implicando a la comunidad en la planificación de su salud.

Los objetivos que se persiguen son:

- Reunir la información sobre salud relevante para la ciudad.
- Identificar problemas de salud en la ciudad.
- Identificar factores que afectan a la salud en esa ciudad.
- Sugerir áreas de acción para mejorar la salud.

- Ser un estímulo para que se realicen los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud.
- Fijar objetivos para conseguir logros relacionados con la salud.
- Estimular la acción intersectorial.
- Identificar la necesidad de nuevos datos de los indicadores de salud.
- Informar a la población y a los políticos sobre las cuestiones que afectan a la salud de una manera sencilla y asequible.

Se trata en resumidas cuentas de conocer el nivel de salud de una población y los factores condicionantes:

2.13.3. NIVEL DE SALUD Y FACTORES CONDICIONANTES

La salud viene determinada por la interacción de cuatro variables:

1. Biología humana: genética, envejecimiento.
2. Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
3. Estilos de vida: conductas de salud.
4. El sistema de asistencia sanitaria.

Excepto el primer punto el resto son modificables y hacia ellos debe dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública.

A. Nivel de Salud

El nivel de salud de una población viene dado por los indicadores de morbilidad y mortalidad.

B. Factores Condicionantes

Se comienza recogiendo datos cuantitativos, información objetiva, para lo cual se utilizan una serie de indicadores cuantificables, que aportan información sobre el nivel de salud de los ciudadanos, los factores que influyen y los recursos de los que dispone el municipio.

2.13.4. SOCIODEMOGRÁFICOS

Las estadísticas socio demográficas son tan fundamentales en la descripción de una ciudad que deben estar incluidas en todo diagnóstico de salud. Normalmente están bien definidas universalmente y son indicadores útiles para comparar ciudades.

El comienzo de todo diagnóstico de salud debería ser siempre el tamaño de la ciudad y la descripción demográfica de la población, disponible en censos regionales o nacionales. Las tendencias futuras también deberían ser registradas.

Vivienda

La vivienda es un requisito fundamental para la salud, la información se obtendrá de forma distinta según predomine la vivienda en propiedad o en alquiler. Se debe obtener información del número de personas sin hogar, de las características físicas de la vivienda (dimensiones, instalaciones de agua, calefacción, luz, gas) la densidad de ocupación.

Desigualdades

Las desigualdades entre los ciudadanos es un punto importante que debe identificarse y a ser posible cuantificarse como determinante de salud. Es muy importante identificar a los distintos grupos de inmigrantes, sobre todo a los grupos mayoritarios y los marginales, investigando su origen para ayudarles a su integración en la comunidad.

2.13.5. RECURSOS

Los recursos de la población estudiada, sirven para detectar potenciales carencias en los mismos, que pudieran ocasionar déficit en la atención integral de la salud en la comunidad (no sólo en el aspecto asistencial, sino también en el Área social y en la prevención y promoción de la salud). Los recursos básicos que habrá que estudiar son:

Sanitarios

Es importante ver tanto los recursos para la salud del Ayuntamiento y los servicios de salud (Atención Primaria, Especializada, Salud Mental y Salud Pública), incluyendo personal y medios físicos; como los programas realizados por el mismo y sus resultados.

Sociales

Igual que en el caso anterior habrá que describir los equipos de trabajo y sus proyectos.

Educativos

Se describirán los centros educativos y sus medios en la comunidad en cuestión, así como los programas municipales dirigidos a la escuela.

2.13.6. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Hábitos Tóxicos: Tabaco, alcohol y drogas.

Alimentación y actividad física.

2.13.7. MEDIO AMBIENTE

Tiene un efecto muy importante sobre el estado de salud y la percepción de ésta por los ciudadanos.

Los datos más representativos son: la calidad del aire y del agua, los servicios de alcantarillado, las áreas verdes, las radiaciones, las infestaciones, la contaminación acústica y la calidad de la comida.

2.13.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Es de vital importancia las fuentes de información empleadas, debiendo ser confiables y rigurosas. Las fuentes primarias engloban entre otras a censos, registros socio demográficos y de los sistemas de salud, encuestas por muestreo. Cuando no existe ésta

información, habrá que recogerla y esto constituye las denominadas fuentes de información secundaria.

Una vez obtenidos la información con el objetivo de realizar un Plan de Salud lo principal es realizar un análisis de la información obtenida para elaborar una lista de problemas y de ahí extraer los prioritarios, sobre los que se va a actuar preferentemente.

2.14. ANTECEDENTES.

Se requiere conocer los diferentes conceptos y evolución del análisis de situación de salud el que es descrito a continuación.

2.14.1. BREVE HISTORIA DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.

El Dr. Antonio Viteri Larreta en una publicación señala: “En 1968 Morris propone un modelo socio-ecológico sustentado en 3 grupos de factores determinantes de la salud: conducta personal, ambiente extremo (físico y social) y los factores del huésped: genéticos y adquiridos.

DEVER en 1980 propone el modelo epidemiológico de análisis de políticas de salud, compuesto por cuatro dimensiones explicativas de los problemas de salud de la población.

BERGONZOLI en 1994 retoma el enfoque sistémico, un tanto olvidado y lanza su propuesta del análisis de situación de salud, sustentado en la definición de salud como producto social” (32).

2.14.2. DEFINICIÓN DE ANÁLISIS SITUACIONAL

Los objetivos del ASIS son; el conocer la situación de salud y medir desigualdades, identificar necesidades de la población, definir prioridades y brindar evidencias para la toma de decisiones, formular estrategias de promoción y prevención, medir impacto de las políticas, planes y proyectos, evaluar la calidad de los servicios y atención médica.

En una publicación de Epidemiología señala: “Es el proceso analítico continuo de identificación de problemas de salud, priorización y elaboración de un plan de acción con participación multisectorial y comunitaria que permite mejorar la situación de salud de la población” (10).

Es el producto de la interacción de los diferentes actores sociales en el proceso integral, activo y dinámico que describe y analiza los problemas de salud de una comunidad y establece las prioridades para poder definir estrategias de intervención y lograr salud, bienestar y mejor calidad de vida de la población.

La orientación o caminos para elaborar el ASIS son; evidenciar inequidades, adaptar al espacio objeto de estudio, proceso con participación comunitaria, incluya características étnicas y culturales, género y ambientales, integración en un marco multisectorial, fortalecer capacidad técnica espacio parroquial, considere la perspectiva geográfica por Áreas de desarrollo estratégicas, favorezca el desarrollo del sistema de información en los servicios de salud.

El ASIS es de uso básico de la Epidemiología y compromete en perfeccionar sus procedimientos, a exigir que los integrantes de los equipos de salud y los diferentes actores sociales lo utilicen correctamente y especialmente promover la científicidad del método para el análisis, hoy altamente vinculado al estudio de las inequidades y desigualdades de salud (31).

2.14.3. ¿QUÉ ES EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD?

Define procesos analíticos y sintéticos desarrollados para caracterizar, medir y explicar el perfil de la salud – enfermedad de una población, incluyendo a los problemas de salud y a sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores (10).

2.14.4. ¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL DSS-ASIS PARA EL EBS?

Se debe aplicar por parte de todos los niveles del sistema de salud y de sus servicios de atención, ya que el análisis y vigilancia de la situación de salud identifica los problemas de salud en cualquier territorio- población y esto permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y de evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud.

La mayor utilidad del DSS-ASIS a nivel del sector del EBS, radica en el hecho de permitir tomar decisiones por evidencias, lo que asegura mejorar continuamente la calidad y eficiencia de la atención de salud y de las condiciones de vida (29).

2.15. DILEMA CONCEPTUAL: DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS

Casi a mediados de los 90, Bergonzoli vincula los estudios de situación de salud con la evolución epistemológica del concepto salud-enfermedad, y sustenta su concepción del análisis en la definición de la salud como “producto social”.

Gallo Vallejo y colaboradores estiman en relación con el análisis de situación de salud que su finalidad es conocer cuáles son los problemas de salud concretos de la comunidad, lo que implica la medición del nivel de salud de nuestra población y el estudio de los factores que condicionan este nivel de salud.

Por su parte Castellanos refiere que el análisis de situación de salud viene a ser en realidad el análisis de los perfiles de necesidades y problemas jerarquizados por diferentes actores sociales que interactúan cotidianamente en el seno de las instituciones.

En otro documento se expuso el criterio acerca de los enfoques conceptuales del análisis de situación de salud, la frecuente tergiversación de sus propósitos, el logro o no de sus

objetivos y su buen o mal uso en el ámbito formativo y de los servicios. En ésta ocasión se ofrece un recuento breve de esos aspectos, pues es de interés enfatizar sus enfoques metodológicos y especialmente su vigencia; puede entenderse por enfoque metodológico desde las modalidades para su realización hasta los espacios y niveles de ejecución (20).

2.15.1. MODALIDADES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

El análisis de situación de salud expone las diversas aproximaciones a los determinantes de la salud, estas no provienen de ninguna ciencia particular, como sería la epidemiología, sino de la adaptación de conceptualizaciones filosófico-epistemológicas acerca de la teoría determinista que afirma la condicionalidad causal y universal de todos los fenómenos. En consonancia con esas corrientes se introduce el término determinante de la salud que, independiente de su abordaje, resulta inherente al análisis de situación de salud y al campo epidemiológico en su conjunto (20).

Análisis de Situación de Salud (ASIS) en Buenos Aires

Ana Bou Pérez y colaboradoras realizaron un estudio con el siguiente resumen: “El análisis de situación de salud (ASIS) constituye, para el sistema de salud una herramienta metodológica de búsqueda de evidencia científica que posibilita dar cuenta de los múltiples factores que impiden en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Tiene como objetivo elaborar un diagnóstico para sistematizar y comparar la información obtenida, a través de fuentes primarias y secundarias, en una población determinada, en función de generar evidencia epidemiológica socio-cultural, es decir de carácter multidimensional para la toma de decisiones. Incluye datos de condiciones de vida, de vivienda, medio ambiente, patrones económicos que junto a los de pérdidas de la salud dan cuenta de la situación de salud de la población asumiendo los contextos de inequidad social. En este informe se describe y analiza las condiciones de salud de la población que habita en la comuna” (5).

2.15.2. OBJETIVOS GENERALES EN LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS SITUACIONAL.

- Analizar los factores condiciones del proceso salud enfermedad en la unidad de Salud.
- Analizar las condiciones de mortalidad y mortalidad de la población en la unidad de Salud.
- Analizar y evaluar la respuesta social a los problemas de salud en el subcentro.
- Aportar con una información, oportuna y confiable, que permita a las instituciones o entidades de gobierno nacional, regional o local y ONGs alcanzar óptimos de eficiencia en la gestión y en los procesos de toma de decisiones y aportar en la solución de los problemas.

2.15.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE UN ANÁLISIS SITUACIONAL

- Estandarizar los instrumentos de recolección de la información sobre salud y mortalidad.
- Analizar la calidad y consistencia de la información y el grado de compabilidad entre las fuentes de la parroquia y el cantón al que se pertenece.
- Analizar las condiciones de salud en la población, particularmente en cuanto a las enfermedades prevalentes relacionadas con la calidad de vida.
- Establecer los niveles de mortalidad general, materna infantil y de la niñez, y analizar la composición por causas.
- Caracterizar la oferta de profesionales de salud.
- Evaluar el nivel de equipamiento de los establecimientos de salud.

La situación de salud es la resultante de las acciones ejecutadas por todos los actores sociales con el propósito de proporcionar las mejores acciones para que desarrollen individual y colectivamente sus potencialidades en áreas y alcanzar en máximo bienestar comunitario (2).

2.15.4. METODOLOGÍA.

2.15.4.1. Dimensiones de Exploración

A. Oferta: Para la recolección de la información de la oferta se ha considerado aspectos relacionados con:

- Infraestructura
- Equipamiento
- Características de la atención
- Gestión de los servicios de salud
- Recursos e instituciones que ofertan servicios de salud

B. Demanda: Para la recolección de la información de la demanda se ha considerado aspectos relacionados con:

- Percepción del problema de salud.
- Necesidades de atención de salud.
- Búsqueda de la atención.
- Lugar donde recibe la atención.
- Obtención de la atención.
- Conocimiento del problema de salud.
- Actitudes sobre la atención de salud.
- Prácticas de atención en salud.

C. Análisis de Relación Oferta y Demanda:

- Acceso.
- Coberturas.
- Indicadores positivos.
- Indicadores negativos.
- Estrategias de intervención propias.

2.15.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias: Para la información cuantitativa se aplicarán entrevistas y listas de chequeo. Para la información cualitativa se aplicarán entrevistas a profundidad, guías de observación participante y entrevista semiestructurada para grupos focales. Igualmente para el caso de la información cualitativa se identificarán informantes clave según el muestreo teórico de cada uno de los objetivos que permita determinar la situación.

Fuentes secundarias: La información requerida será obtenida de los propios establecimientos de salud, de las fuentes que tiene el sector salud- red y micro red de la zona y de los libros de actas o registros de las organizaciones sociales de las comunidades. Para el caso de la información de la oferta se utilizarán fuentes primarias y secundarias de información. Se trabajará con el sistema estadístico de la red y micro red, registro de programas, informantes claves y libro de actas de las comunidades.

2.15.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información se la obtiene a través de las personas las familias y de la comunidad del ámbito de intervención de la institución que realiza el análisis situacional y del subcentro de salud donde reciben atención.

Para la obtención de la información correspondiente a los indicadores de la demanda se determinará la muestra de familias en las comunidades a intervenir. La demanda por atención de salud es el total de servicios que un grupo determinado de personas está dispuesto a buscar de uno o más proveedores durante un período específico de tiempo. Para obtener indicadores de participación social, estos se obtendrán a través de informantes claves ubicados en los municipios y consejos provinciales.

A. Información cuantitativa:

- Encuestas (hombres y mujeres) de familias seleccionadas: Se realizará mediante un cuestionario sencillo, de fácil respuesta y llenado. Con este instrumento se recabará información sobre la percepción, los conocimientos, actitudes y prácticas del proceso salud enfermedad, su percepción sobre la calidad de

atención en los servicios, expresada en términos de su satisfacción con el servicio recibido.

B. Información cualitativa:

- Entrevista al personal del equipo de salud, con el fin de obtener datos del modelo de atención, gestión, funcionamiento del sistema información y de referencia y contra referencia.

2.15.7. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Matriz pre elaborado para acopio de información de la oferta.
- Encuesta unificada para medir la calidad de los servicios de salud.
- Guía semiestructurada para la realización de grupos focales.

2.15.8. INDICADORES PARA EL ANÁLISIS

Se deben utilizar indicadores que pueden ser medibles periódicamente y que den respuesta en forma coherente e integral a sus componentes de mayor interés.

Al mencionar el término indicadores, indudablemente se acepta que el tema es otro asunto escabroso en la confección del análisis de situación de salud. Los indicadores propuestos para el análisis son bien conocidos por los especialistas de las ciencias básicas de la salud pública, y aunque existe la convención de que el personal de salud – especialmente los médicos- tienden a rechazar el lenguaje numérico, para quienes se desempeñan en la comunidad, resulta imprescindible el uso de indicadores en la identificación y solución de los problemas de salud de sus territorios (7).

2.15.9. DEPARTAMENTOS DE REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICA DE SALUD DE POLICLÍNICOS MANDATOS ESPECÍFICOS:

La importancia del servicio de estadística es la de contribuir a la identificación de los principales problemas de salud de la población que reside, trabaja y estudia en el Área de influencia de la unidad básica de salud, para favorecer la toma de decisiones de la Dirección, ofreciendo además una información estadística confiable y oportuna sobre los servicios prestados, requisitos indispensables para la planificación, programación,

ejecución y evaluación de las actividades del Sistema Nacional de Salud a nivel de la atención primaria (33).

2.15.10. NORMA TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

Historia clínica es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente (9).

2.16. MODALIDADES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

La información que se obtiene es analizada fundamentalmente de manera teórica, por lo tanto es necesaria una buena valoración en la realización de la investigación. El análisis de situación de salud permite conocer de manera directa los determinantes de la salud.

Se realiza la operacionalización en el análisis mediante los indicadores y tasas. Para el desarrollo de la investigación se elaborara una guía de clasificación, con el modelo cubano para realizar el análisis de situación de salud. Es necesario mencionar que como toda guía sirve para orientar, conducir, dirigir, pero nunca para sustituir el pensamiento lógico en la identificación y solución de los problemas de salud. Cuando ejecute el análisis aplicare los conocimientos y habilidades en la modificación o no de estos indicadores, y valorar su utilidad. Si es necesario solicitare el asesoramiento y apoyo de otros profesionales médicos y no médicos.

2.16.1. ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD ASIS EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA

Se realizó un trabajo de ASIS en un Hospital de Lima destacando, entre otros, algunos aspectos finales:

“El Análisis FODA, de la Gestión Hospitalaria, de las Metas y Logros alcanzadas, determina la situación real y el diagnóstico institucional, la determinación de las Áreas críticas que se encontraron en el año 2009, amerita tomar decisiones y acciones de fortalecimiento institucional. El ASIS 2009, tiene importantes aportes, determinado por

los cambios de los perfiles socio económicos, la situación y el acceso a la salud de la población general, que acude como Demanda de Salud al Hospital Nacional María Auxiliadora, está marcada por la influencia de los factores sociales, económicos, ambientales y la satisfacción de las necesidades básicas entre otros, influyen directamente en el estado de la salud de la población de los distritos del cono sur de Lima” (28).

2.16.2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL SCS “EL BOSQUE”

En el subcentro de salud “El Bosque”, el Director convoca al equipo de salud para realizar el análisis de situación de salud de manera semestral y anual con la información obtenida a través de estadística y elaborar la planificación de las intervenciones y mejoras en la atención de la población además cabe señalar que hay déficit en la participación de la comunidad y en la participación extra sectorial que se requiere para que el análisis sea mucho más trascendente.

2.16.3. PROBLEMAS EN EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.

Principalmente el enfoque es de tipo descriptivo con un gran volumen de información en la que se requiere una prolija organización de ésta, además no siempre se consideran determinantes tan importantes como los de saneamiento ambiental, que tanto influyen en los patrones de morbilidad por enfermedades de transmisión digestiva, casi siempre se analizan independientemente, sin detectar los posibles vínculos entre las oscilaciones de la incidencia con las características sanitarias del agua o la disposición de los residuales líquidos y sólidos.

Otros indicadores importantes como los aspectos étnicos y culturales muchas veces no se le consideran en su real dimensión para un análisis de salud.

Por lo que es necesario una permanente capacitación a todos los miembros del equipo de salud de análisis de situación de salud, para reconocer los indicadores más importantes en la elaboración del ASIS. De ésta manera mejorara la identificación de los problemas de salud y lograr su solución, además adquirirán destrezas en el reconocimiento que los factores sanitarios, socio económico, ambientales, cultural,

étnicos, etc, inciden en la población y no solamente limitarse a describir el número de atenciones curativas o de riesgos biológicos.

Permitirán también identificar que la solución de los problemas no solamente compete al sector salud sino también a la comunidad y otros actores en la búsqueda de soluciones que favorezcan a los individuos, pues hasta la fecha en los mencionados análisis se realizan siempre de manera intramural

2.16.4. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

La información se obtiene en la unidad a través de estadística en la unidad de salud, en la cual lo diferentes indicadores se encuentran, pero los indicadores de índole socio económico, sanitarios, servicios básicos, deportes, cultura, vivienda y de impacto ambiental se los obtendrá en el trabajo de campo con el apoyo de la familia la comunidad y de manera insectorial

Y cualquier otro sector u organismo para lograr la intersectorialidad del análisis. También se aplican técnicas de recolección de información cualitativa mediante entrevistas, grupos focales y otros.

2.16.5. CONFECCIÓN DEL INFORME

2.16.5.1. Características de la comunidad objeto de estudio

Se considerará los aspectos históricos, geográficos, sus actores sociales, demográficos, religiosos, culturales, hábitos, étnicos, costumbres como características relevantes de la población a investigarse.

En lo relacionado a la historicidad, ésta se la obtendrá directamente desde la fuente por medio de los fundadores que moran en el Área de cobertura.

En la descripción geográfica se ubica el Área en cuanto a localización, características topográficas, tipos de suelo, vegetación, flora, fauna, límites territoriales y principales características climáticas como la temperatura media anual, las estaciones y las precipitaciones, los cuales son muy importantes para valorar el proceso salud-enfermedad. Cabe señalar que hay patologías prevalentes en los cambios de estación principalmente de tipo respiratorio y digestivas, cuando se pasa de invierno a verano o viceversa, otras patologías como las infecto contagiosas aumentan su incidencia durante los meses lluviosos y de calor como también en ésta misma época aumentan los casos de las enfermedades de tipo vectorial como el dengue y paludismo.

También en la época lluviosa aumentan los riesgos por inundaciones especialmente en los barrios ubicados en zonas bajas que favorecen la aparición de muchas patologías que afectan a su población.

El aspecto de los actores sociales es importante conocerlos para valorar su gestión y especialmente la participación ciudadana en búsqueda de la solución de los problemas que afectan la salud.

Es valioso también conocer los diferentes líderes en la comunidad y su participación.

Para calcular las tasas de natalidad y fecundidad por edades se recomienda tener en cuenta el tamaño de la población en estudio, lo cual es válido para el cálculo de tasas en espacios poblacionales con menos de 10.000 habitantes.

Lo importante al calcular estas tasa es su interpretación y marcada influencia en la situación de salud de la comunidad a estudiar y generalmente se limita a su valoración.

2.16.5.2. Determinantes del estado de salud de la población

En el ámbito de la Epidemiología y la salud pública el clásico modelo del “campo de salud” de LALONDE se mantiene hasta la fecha vigente pues los cuatro elementos que lo integran tienen un valor muy significativo para una buena salud del individuo, la familia y la comunidad. Estos cuatro elementos son la biología humana, los estilos de

vida saludable, el medio ambiente y su impacto como la organización de los servicios de salud públicos y privados cercanos a la población.

2.16.5.3. Información de la Morbilidad

La información de la morbilidad se obtiene a través de los registros del servicio de estadística en el subcentro en la que está centralizada toda la información de las actividades y atenciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud y se constituye de un elemento valioso como indicador epidemiológico cuya inclusión en el análisis de situación de salud es fundamental.

Se obtiene por medio de ésta información el conocimiento de las principales patologías como ser las diez principales causa de morbilidad y el perfil epidemiológico de la comunidad.

2.17. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LOS PAISES DE LA REGIÓN

El Dr. Antonio Viteri Larreta docente en el módulo de análisis de situación de salud en la Maestría de Salud Pública presentó un trabajo muy explicativo de la situación de salud en otros países y en el Ecuador por lo que me permito en razón de la importancia de la información realizar una transcripción completa del tema, lo presento en el año 2006 a través de un folleto que nos fue entregado y menciona: “Casi todos los países de la Región han alcanzado las principales metas propuestas en la histórica conferencia sobre atención primaria de salud celebrada en 1978 en Alma Ata, antigua Unión Soviética, en la que se lanzó la iniciativa de salud para todos en el año 2000.

El progreso se expresa en las constantes mejoras de varios indicadores nacionales de bienestar, tales como la esperanza de vida, la facilidad de acceso al agua potable, la cobertura de inmunización y la reducción de los resultados desfavorables para la salud, particularmente la disminución de la tasa de mortalidad infantil por enfermedades transmisibles.

El desarrollo humano experimentó un progreso espectacular y sin precedentes durante el siglo XX. Entre 1960 y el 2000 la esperanza de vida en los países en desarrollo aumentó de 46 a 63 años y las tasas de mortalidad de los niños menores de 5 años se redujeron a más de la mitad.

Entre 1975 – cuando la mitad de los adultos no sabían leer- y el 2000, la proporción de analfabetos se redujo casi a la mitad y en términos del ingreso per cápita real, éste aumentó a más del doble (de \$ 2000 a 4.200). Pero a pesar de esos impresionantes avances, las privaciones y carencias humanas siguen siendo masivas. Más de 800 millones de personas sufren de desnutrición. Alrededor de 100 millones de niños en edad escolar - de los cuales 60 millones son niñas – no asisten a la escuela y más de mil millones de personas sobreviven con menos de 1 dólar al día” (32).

2.18. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR

2.18.1. SALUD: PRINCIPALES INDICADORES

Tasa de mortalidad neonatal

Según el SIISE, la tasa de mortalidad neonatal muestra en el 2007 una tasa de 7.4 por 1000 nacidos vivos hay una tendencia descendente, en el período 1991-2000, con tasas de 11,7 y 9,3 muertes por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

Tasa de mortalidad infantil

De acuerdo al SIISE, la información disponible muestra una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 101,9 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1956 a 12.4 en el 2007.

Respecto a las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, el SIISE menciona que “las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles”.

Tasa de mortalidad general

La tasa de mortalidad general de la población ha descendido de 14,2 muertes por cada 1.000 habitantes en 1956 a 4.3 en el 2008.

Esto se debe, según el SIISE, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios masivos de comunicación, el acceso a medidas prevenibles como las inmunizaciones, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades que antes no eran combatibles, la urbanización de la población lo que la acerca a los servicios de salud de las ciudades, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria (agua, alcantarillado y disposición de basuras).

Tasa de mortalidad materna

De acuerdo al SIISE, la tasa de mortalidad materna muestra una reducción de 203,3 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1971 a 60.9 en el 2007.

Para el caso del Ecuador, se indica:

La anemia en el embarazo, el analfabetismo, el bajo nivel social y económico de la mujer, la violencia intrafamiliar, la falta de garantías para ejercer su pleno derecho a la libre elección sexual y reproductiva, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación, y las dificultades prácticas -restricciones económicas, geográficas, sociales y culturales- para acceder a servicios específicos de calidad (tanto de salud como sociales), son factores, entre otros, que contribuyen a mantener los altos niveles de morbilidad materna.

Camas hospitalarias disponibles

De acuerdo al SIISE, la relación entre el número de camas hospitalarias y la población es una medida de la oferta de los servicios de salud con hospitalización y su capacidad de respuesta al tamaño de la población.

El número de camas hospitalarias muestra un incremento de 13.393 en 1974 a 21.200 en el 2004.

Unidad de medida: Tasa por 10.000 habitantes, en 1997 era de 1.6 Camas en establecimientos de salud y al 2008 de 2.9.

Personal en establecimientos de salud

Fuente: Estadísticas de recursos y actividades de salud (ERAS) - INEC

Año: 2007 (tasa demográfica)

Elaboración: SIISE

	Médicos/as	Odontólogos/as	Obstetricas	Enfermeros/as	Auxiliares de enfermería
País	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.
Ecuador	19,1	1,6	0,3	5,8	10,5

IRA en niños/as menores de 5 años

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) - INEC

Año: 2006

Elaboración: SIISE

	Porcentaje (n/N)*100	Número n	Menores de 5 años N
País	56,0	829.571	1.481.423

IRA en menores de 5 años

Se refiere a todos los niños/as que informaron síntomas de infección respiratoria en el transcurso del mes anterior a la medición, sea ésta **leve, moderada o grave**. Los problemas respiratorios registrados incluyen gripe, tosferina, bronquitis o tos.

Diarrea en niños/as menores de 5 años tratada con SRO

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) - INEC

Año: 2006

Elaboración: SIISE

	Porcentaje (n/N)*100	Número n	Menores de 5 años con diarrea en el último mes N
País	11,0	162.423	1.481.423

Desnutrición global y crónica

Según el SIISE, indica que los factores que causan la desnutrición son de orden sanitario, socioeconómico y cultural. Los principales 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. Un elemento creciente tiene que ver con el consumo de alimentos industrializados poco nutritivos que compite, y a veces supera, el de alimentos tradicionales adecuados.

La desnutrición crónica tiende a afectar relativamente más a los varones que a las mujeres (19.5% y 15.2%), al igual que la desnutrición global (16.2% y 13%).

Concluye manifestando que el flagelo de la desnutrición pone en juego: el derecho a la vida, el derecho a crecer sanos y el derecho al desarrollo intelectual.

Cobertura de inmunización infantil

De acuerdo al SIISE se trata de un indicador de insumo que mide el resultado de las acciones de los servicios sobre la población, señalando que la cobertura de la vacunación a la población infantil ha sido una de las principales acciones públicas de salud y, tal vez, una de las pocas que se han convertido en políticas de Estado.

Niños/as inmunizados con BCG: 96.1 que corresponde a 906.113 de 936.690 niños y niñas entre 1 y 4 años en el 2009.

Niños/as inmunizados contra la poliomielitis (OVP): El 49.9 correspondiente a 467.138 de 936.690 en niños/as menores entre 1 y 4 años en el 2009.

Niños/as inmunizados con DPT de 1 a 4 años: en 1995 fué de 84.7, mientras que en 2006 es 53.6.

Asistencia profesional en el parto

Según el SIISE, en el año 2008, a nivel nacional, el 86.1% de los nacidos vivos tuvieron asistencia profesional en el parto y el 13.9% carecieron de ella, existiendo grandes diferencias a nivel urbano y rural: el 88% de los partos ocurridos en el área urbana contaron con asistencia profesional, mientras tanto en el área rural apenas el 51%.

Seguros de salud

De acuerdo al SIISE, se trata de un indicador de acceso a la salud, que muestra la cobertura de los sistemas de previsión pública y privada, así como las posibilidades que tiene la población para adquirir seguros privados.

Información al respecto señala que Ecuador tiene apenas un 20% de población con algún tipo de protección de salud, es decir, el 80% no tiene protección garantizada.

Recursos humanos médicos

Para el año 2007, el Ecuador registra una tasa de 19,1 médicos por cada 10.000 habitantes, cuando en 1990 fue de 9,5.

Médicos que trabajan en establecimientos de salud por tiempo de trabajo

Fuente: Estadísticas de recursos y actividades de salud (ERAS) - INEC

Año: 2007

Elaboración: SIISE

	Médicos a tiempo completo	Médicos a tiempo parcial (4-7 horas)	Médicos a tiempo parcial (Menos de 4 horas)	Médicos a tiempo ocasional	Total de médicos
País Ecuador	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.	Tasa por 10.000 hab.
	5,7	5,7	1,4	6,2	19,1

Número de establecimientos hospitalarios

En el año 2007, según el SIISE señala 184 establecimientos con internación pública. Centros de salud 163, Subcentro 1.262, Puestos de Salud 261, Dispensarios médicos 1.368, otros 64

En el año 2004, respecto a la entidad, las instituciones particulares son 547; del Ministerio de Salud 125; del Seguro Social 19; del Ministerio de Defensa 11; de la Junta de Beneficencia, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia 8; de la Policía Nacional 2 y de los Municipios 4.

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida, según el SIISE, constituye un indicador de las condiciones de salud en un momento dado. Al cambiar en el futuro las tendencias de la mortalidad en la población, también cambiará la expectativa de vida de las personas conforme envejecen.

Desglose: país. **Fuente:** INEC. **Año:** 1950 - 2025. **Medida:** promedio de años.

Elaboración: INEC

Años	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	%	%	%
1950 - 55	47,13	49,63	48,35
1955 - 60	50,13	52,7	51,38
1960 - 65	53,43	56,06	54,71
1965 - 70	55,36	58,22	56,76
1970-75	57,36	60,46	58,87
1975-80	59,68	63,23	61,41
1980-85	62,47	66,65	64,51
1985-90	65,29	69,88	67,53
1990-95	67,56	72,63	70,03
1995-2000	69,65	75,11	72,31
2000 -2005	71,30	77,20	74,18
2005-2010	72,12	78,02	75,00
2010-2015	72,91	78,81	75,79
2015-2020	73,64	79,54	76,52
2020-2025	74,32	80,22	77,20

Malaria en 1998 con casos confirmados 42.987, en el 2001 hay un aumento significativo con 106.641 mientras que en el 2008 se presentaron 4.952 casos.

El Dengue Clásico reportó 22.958 casos en el 2000. En el 2001 se evidenciaron cinco muertes por dengue hemorrágico. En el año 2003 se presentó un brote importante de dengue clásico y hemorrágico, que obligó al país a tomar medidas de emergencia, se

presentaron 10726 casos, en el 2008 se registraron 2840 de casos confirmados de dengue.

Para el año 2002 se reportaron 6.642 casos nuevos de **Tuberculosis** de los cuales 77% fueron tuberculosis pulmonar, las provincias más afectadas fueron Napo, Pastaza, Orellana y Guayas. En el 2008 se registraron 3.815 casos confirmados, por lo cual hay una reducción notable de casos.

La infección por **VIH/SIDA** se ha constituido en un inquietante problema de salud; entre 1990 y 2008 los casos nuevos por año en hombres aumentaron de 85 a 4.006.

Conocimiento de la existencia de ETS y del VIH/SIDA como fuente: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil - ENDEMAIN - CEPAR

Población de referencia: Mujeres de 15 a 49 años, a nivel de país en 1999 el 90.5% conocían mientras que el 2004 disminuye al 62.5%

Conocimiento de la prevención del VIH/SIDA como fuente: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil - ENDEMAIN - CEPAR

Población de referencia: Mujeres de 15 a 49 años, en 1999 el 50.7% tenían conocimiento de prevención y en 2004 disminuye al 40.3%

Hipertensión arterial

Fuente: Estadísticas epidemiológicas - MSP

Población de referencia con casos confirmados: en 1990 es 14.535, mientras que el 2008 se presentaron 100.258.

Diabetes

Fuente: Estadísticas epidemiológicas - MSP

Población de referencia con casos confirmados: en 1997 es 7.117, mientras que el 2008 se presentaron 54.003 casos.

Alcoholismo

Fuente: Estadísticas epidemiológicas - MSP

Población de referencia con casos confirmados: en 1997 es 2.682, mientras que el 2008 se presentaron 4.217.

Víctimas de violencia y maltrato

Fuente: Estadísticas epidemiológicas - MSP

Población de referencia con casos confirmados: en 1997 es 4.195, mientras que el 2008 se presentaron 10.011.

Fármaco dependencia

Fuente: Estadísticas epidemiológicas - MSP

Unidad de medida: Tasa por 100.000 habitantes: en 1997 es 263, mientras que el 2008 es 206.

Niños/as inmunizados con BCG

El 96.7% correspondiente a 906.113 de una población de 936.690 niños menores entre 1 y 4 años recibieron la vacuna BCG.

Niños/as inmunizados contra la poliomielitis (OVP)

El 49.9% correspondiente a 467.138 de una población de 936.690 niños menores entre 1 y 4 años recibieron la vacuna OPV. El último caso de **Poliomielitis** ocurrió en 1990.

Desde el 2001 no hay casos de **Fiebre Amarilla**.

Los brotes de **Tosferina** han disminuido en frecuencia y magnitud.

El país ha eliminado el **Tétanos Neonatal** como problema de salud pública en 19 provincias (86%).

La incidencia de la **Rubeola y Sarampión** descendió en todos los grupos de edad, excepto en los menores de 1 año, después de la campaña con la dupla viral (SR) en el 2002. En el 2001 fueron 1580 casos, en el 2008 se presentaron 601 casos.

En el 2009 los **Niños/as inmunizados contra el SRP** en un 90.6% corresponde a 848.570 de una población 936.690 menores entre 1 y 4 años

En abril del 2003 se introdujo la vacuna **Pentavalente** con el nuevo componente Hib que permitirá reducir las meningitis, neumonías y epiglotitis causadas por Haemophilus Influenzae tipo B hasta un 60 y 20 % respectivamente, en los menores de 5 años.

La situación epidemiológica de **Rabia**, en 1990 se presentaron 12 casos, en 1996 65 casos en el 2008 no se presentaron casos. En el 2011 se presentó un brote epidémico en la Provincia de Morona Santiago a través de la mordedura de murciélagos.

Las coberturas nacionales de vacunación subieron en 1995 fue de 76.0%, en el 2006 se reduce al 39.8%.

El país amplió y modernizó la cadena de frío, impulsando bancos de vacuna en la mayoría de las unidades operativas.

Control del niño/a sano

Fuente: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil - ENDEMAIN - CEPAR

La población de referencia en niños nacidos/as vivos en 1989 es de 84.2%, mientras que el 2004 es el 93.6%.

Control del niño/a sano atendido por el MSP

Fuente: Producción de establecimientos de salud - MSP

Población de referencia en niños menores de 1 año en 1996 es de 94.5% mientras que en el 2008 es de 117.3%

El consumo de Tabaco constituye uno de los principales problemas sanitarios de la sociedad actual. Al igual que el alcohol es una de las sustancias psicoactivas más usadas en el ámbito mundial. Su consumo constituye una de las principales causas de muerte, se estima que 4 millones de personas mueren anualmente por su uso (34).

2.19. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN ÁREA DE SALUD

En una Área de salud la persona que dirige y controla la realización del análisis es el director, quien selecciona a los miembros del consejo de dirección que directamente lo ejecutan.

Problemas En La Confección Del Análisis De Situación De Salud

Para la confección del análisis de situación de salud surgen limitaciones o barreras especialmente entre discurso y acción, que por consecuencia nos obligan a disminuirlas o eliminarlas.

En informes de análisis de consultorio prevalece el enfoque descriptivo derivado del volumen de información que se recolectó desorganizadamente, y se reduce o está ausente el nivel de síntesis y el enfoque epidemiológico que reclama el análisis. No se correlacionan los datos primarios y secundarios con las situaciones y problemas detectados, por ejemplo, los denominados determinantes medio ambientales, específicamente referidos al saneamiento ambiental, que tanto influyen en los patrones de morbilidad por enfermedades de transmisión digestiva, casi siempre se analizan independientemente, sin detectar los posibles vínculos entre las oscilaciones de la incidencia con las características sanitarias del agua o la disposición de los residuales líquidos y sólidos (14).

2.20. CIFRAS DEL CENSO PUBLICADAS POR EL INEC HASTA EL 2011

La población registrada de acuerdo a las cifras publicadas por el INEC durante el último censo nuestro país es de 14, 483,499 habitantes.

La pobreza que no cubre las necesidades básicas al 2006 es del 45, 75.

En el mercado laboral al 2011 registra como ocupados 45,59, desempleados 6.36, con subempleo 46.74. A julio del 2001 la canasta familiar vital es de 403.2. La canasta familiar básica requiere 559.41 dolares.

En la participación ciudadana la frecuencia del uso del internet todos los días es de 180. 988. La frecuencia de todos los días escuchar noticias en los hombres es de 2, 466, 501 y en las mujeres 2.570.93. El tiempo que nuestra población le dedica al deporte a nivel nacional de lunes a viernes es de 1, 27 horas.

En lo relacionado a la vivienda e infraestructura, las que disponen de electricidad al 2001es de 89.67, teléfono 33.18, ducha de uso exclusivo 57.37, de uso común 11.63, y no tienen 33.00. En servicios higiénicos de uso exclusivo 65.24, uso común 10.30, letrina 7.80 y no tienen 16.66.

En la tenencia de vivienda son propias 67.40, arrendada 23.36. las que poseen techo de loza de hormigón 26.43, de asbesto 11.27, de zinc 44.45, teja 13.40, paja 1.59 y otros materiales 2.35

Las paredes de las viviendas son de hormigón 21.32, adobe 8.52, madera 9.69, caña revestida 5.91. El tipo de piso con entablado parquet 36.21, loza 12.89, ladrillo 33.17, caña 4.02, tierra 11.05.

El tipo de vivienda a nivel nacional al 2001, casa o villa 72.64, cuartos en casa de inquilinato 6.00, departamento 9.06, media agua 6.26, rancho 3.15, covacha 1.37, choza 0.87. En los tipos de estructura de vivienda hormigón armado 43.17, hierro 17.70, mampostería 3.93, madera 33.22, otros 1.98.

La obtención del agua por tubería dentro de la vivienda 52.10, tubería fuera de la vivienda 20.93, tubería ll lote 5.12, no recibe agua por tubería 21.86. En la provisión de agua poseen red pública 67.49 familias, pozo 12.49, rio, vertiente 12.15, carro repartidor 5.97.

En la eliminación de aguas servidas poseen red pública de alcantarillado 48.03, pozo ciego 15.56, pozo séptico 19.07. La eliminación de basura la realizan por carro recolector 62.71 familias, en terreno baldío 14.66, incineración 17.87, otra forma 4.76.

2.20.1. SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Los establecimientos de salud de acuerdo a la información que publica el INEC en su página web al 2009 sin internación es de 3.166, con internación 728. Los médicos por

establecimientos de salud 23.614. Los médicos de establecimientos de salud por tiempo de 8 horas son 4.563 y de 4 a 7 horas son 7.300.

El número de consultas médicas de morbilidad es de 21.814.773. El número de consultas médicas de prevención es de 8.495.533.

En el equipamiento, las salas y equipos que poseen servicios quirúrgicos y ginecológicos al 2007 es de 12.781.

La mortalidad infantil al 2009 es de 15,19, la mortalidad materna es de 96,34, la mortalidad general 4,26. Las principales causas de defunción al 2007 diabetes mellitus 3.291, homicidios 2.301, accidentes de transporte 2.655, enfermedades cerebro vasculares 3.140, enfermedades hipertensivas 3.048, por insuficiencia cardiaca 2.329.

Las causas de morbilidad a nivel nacional en el 2007 por parto 167.953, por trastorno de vesícula biliar 33.153, complicaciones en el trabajo de parto 31.972, por influenza y neumonía 28.973, enfermedades de apéndice 23.084.

La tasa de médico de establecimiento de salud por cada 10.000 habitantes al 2007 es de 16,15 (18).

2.21. DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Riesgo es la presencia de una característica que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado.

La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso.

Pita Fernández S. señala: “En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa "vulnerabilidad" tiene sus razones” (11).

2.21.1. LOS FACTORES DE RIESGO EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Los servicios de salud han aumentado su cobertura y mejorado notablemente en organización y calidad. Ciertas iniciativas basadas en un enfoque de riesgo, combinan acciones curativas tradicionales con otras de tipo preventivo y de promoción de salud.

El estado de la vivienda o de las redes infraestructurales de un asentamiento poblacional, la calidad del aire o de las aguas de consumo, la incidencia de conductas delictivas, se tienen en cuenta en los análisis sobre aspectos socioeconómicos de condiciones de vida o de estado de Salud de la población (30).

2.22. LA EXPOSICIÓN A RIESGOS AMBIENTALES PROVOCA CASI UNA CUARTA PARTE DE LAS ENFERMEDADES

Se debe aplicar medidas para evitar cada año millones de defunciones innecesarias. Es fundamental colaborar con sectores como los de la energía, el transporte, la agricultura, y la industria para abarcar las causas ambientales profundas.

La Organización Mundial de la Salud pública que: “Hasta el 24% de la carga de morbilidad mundial se debe a la exposición a riesgos ambientales evitables. En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado hoy, se demuestra que gran parte de estos riesgos ambientales pueden evitarse mediante intervenciones bien orientadas. En el informe también se estima que más del 33% de las enfermedades

de los niños menores de cinco años se debe a la exposición a riesgos ambientales. La prevención de estos riesgos podría salvar cada año la vida de muchísimas personas, incluidos cuatro millones de niños, sobre todo en los países en desarrollo (27).

2.23. RIESGOS BIOLÓGICOS

Clasificación de los Factores de Riesgo Biológico

Éstos se clasifican según la capacidad de producir enfermedades. Por lo tanto se dividen de la siguiente manera:

Agentes Etiológicos: Son los microorganismos causantes de enfermedades como las bacterias, los virus, los hongos, protozoarios y parásitos, platelmintos y cestodos.

Virus Congénitos: Son aquellos que tienen la capacidad de producir tumores en la persona que los tiene.

Derivados Animales: Como pelos, plumas, excrementos que desencadenan alteraciones de tipo alérgico o irritativo.

Derivados Vegetales: Como Polen, madera, esporas, antibióticos, generadores de alteraciones alérgicas e irritativas.

Medios de Transmisión

Los riesgos biológicos tienen diversas formas de transmitirse entre los que encontramos:

- El Agua.
- El Aire.
- El Suelo.
- Los Animales.
- Materias primas.
- Pacientes con enfermedades transmisivas No obstante, existen diferentes vías en que los virus puedan penetrar el organismo humano como:
 - Vía Respiratoria: A través de inhalación de sustancias tóxicas, gases o vapores y diferentes sustancias tóxicas.

- Vía Dérmica: Contacto con la piel. No siempre causan erupciones.
- Vía Digestiva: A través de la boca, el esófago, estómago e intestinos. generalmente cuando en el puesto de trabajo se ingieren alimentos, bebidas y fumar.
- Vías Parental: A través de contactos con heridas que no han sido protegidas directamente.

Control de Riesgos Biológicos

Existen 5 tácticas principales que reducen el riesgo de exposición a agentes patógenos o riesgos biológicos en su trabajo:- Controles de Ingeniería- Prácticas en el trabajo- Equipo protector personal- Reducción en la fuente- Programa de inmunizaciones o esquema de vacunación. Ninguno de estos factores es 100 % efectivo por sí solo. Se deben usar en conjunto, a manera de cinco barreras protectoras contra infecciones (21).

Control y medidas de prevención

Evitar la exposición a los agentes biológicos.

Reducir el nivel de exposición de los trabajadores.

Implementar procesos aislados.

Verificar los sistemas de ventilación.

Establecer procedimientos de trabajo adecuados para evitar o minimizar el contacto con agentes biológicos.

Equipo de protección personal

- Barreras físicas: guantes, mascarillas, gafas y batas.
- Barreras químicas: desinfectantes tópicos y ambientales.
- Barreras biológicas: vacunas y profilaxis (19).

2.23.1. FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS JÓVENES

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública por su alta prevalencia y porque constituyen la principal causa de muerte de la población adulta en la mayoría de los países.

En Chile, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte, con tasas de alrededor de 28%. A pesar que no se aprecia un significativo aumento de su frecuencia, se ha observado que los factores de riesgo estarían presentes cada vez a edades más tempranas. Es así como se ha informado un incremento de la prevalencia de obesidad y sus factores condicionantes, de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo (6).

2.23.2. ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA.

En México se realizó un estudio relacionado a ésta temática con las siguientes conclusiones: “A partir del análisis descriptivo de los datos antes presentados podemos concluir lo siguiente:

1. Los índices socio métricos (Índice de expansividad positiva 41.9%, Índice de expansividad negativa 34.45%, Cohesión comunitaria 19%, Índice de conflicto 11%) nos indican que es una institución indiferente.
2. La baja adhesión a la escuela por parte de los estudiantes podría ser explicada por las altas deficiencias que se observan en los métodos de estudio.
3. Tolerancia conceptual por parte de los estudiantes al consumo de alcohol y otras sustancias, esto nos muestra la presencia de un importante factor de riesgo hacia el desarrollo de alguna adicción en el interior del subsistema estudiantil.
4. En lo que se refiere a los trastornos alimentarios podemos decir que la comunidad se encuentra en un alto nivel de riesgo para el desarrollo de estos trastornos.

5. Notamos la presencia del síndrome de Burn Out dentro de la comunidad Docente y administrativa; detectando la presencia factores organizacionales, deficiencias en retroalimentación y mecanismos de reconocimiento, baja identificación con el trabajo que se realiza, indiferencia hacia el grupo de trabajo, presencia de conflictos internos (4).

2.24. RIESGOS SANITARIOS

Corresponde a diferentes medios de contaminación por mal tratamiento de los desechos sólidos, desechos líquidos, deficientes sistemas de alcantarillado, consumo de agua no potabilizada, contaminación del aire, deficiente infraestructura de vías públicas, contaminación de alimentos, etc.

Contaminación de Agua

Con la revolución industrial y la explosión demográfica, la demanda de agua potable ha aumentado y con todo esto las aguas residuales municipales e industriales se retornan a las fuentes de abastecimiento superficial, como son los cuerpos y corrientes de agua natural lo cual los ha convertido en un vehículo o receptáculo de desechos incluyendo los residuos químicos característicos del siglo XX.

Contaminación de Aire

Se puede definir la contaminación del aire como la presencia en la atmósfera de uno o más sustancias o sus combinaciones en cantidades tales y con tal duración que puedan afectar la vida humana, la fauna y la flora.

Los contaminantes atmosféricos son materia particulada o partículas, Compuestos que contiene azufre (SO₂, H₂S), Compuestos orgánicos (hidrocarburos, solventes), Monóxido de carbono

Contaminación de Suelos

Algunos de los contaminantes más comunes en el suelo son los hidrocarburos de petróleo derramados o depositados durante las operaciones de extracción, refinación,

transferencia y comercialización de estos productos, razón por la cual frecuentemente se encuentran suelos contaminados con petróleo, combustóleo, gasolinas, diesel y turbosina.

Contaminación de alimentos

La marea roja se puede identificar de forma visual por tres características;

- a) Color rojizo en las aguas.
- b) Presencia de peces muertos en la playa.
- c) Irritación de nariz, garganta y ojos de los bañistas.

La consecuencia más importante de la presencia de marea roja es el daño a la salud de las personas, ya que la llamada marea roja produce seis tipos de toxinas que afectan la salud del hombre en mayor o menor grado (8).

2.25. PROPUESTA DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA

Los riesgos socioeconómicos están presentes cuando existen iniquidades y desigualdades sociales, deficiencias en la educación, falta de empleo, deficientes entornos físicos acogedores y accesibles, estos influyen directamente en la salud pública del individuo, la familia y la comunidad.

En España se propone un sistema educativo de calidad que tiene un tremendo potencial para promover la salud en general y para reducir las desigualdades sociales en salud en particular fomentar la contratación fija con salarios dignos evitando las desigualdades en los tipos de contrato y retribuciones. Los planes, políticas e iniciativas urbanísticas influyen en la salud y bienestar de la población. Vivir en lugares que tengan asegurado el acceso a los bienes básicos, con alta cohesión social, diseñados para promover el bienestar físico y psicológico y protectores del ambiente natural, es esencial para la equidad en salud. También se ha señalado la importancia de las áreas verdes y de esparcimiento y del tiempo pasado en el exterior como determinantes de buena salud (22).

2.26. GUÍA PARA ELABORAR UN ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD EN ZONAS RURALES

Alfonso Nino Guerrero y colaboradora publicaron una Guía para realizar Análisis Situacional en zonas rurales sobre el tema Salud y Ambiente de la que he tomado partes de su contenido:

7	Equipamiento para comunicación difusión y educación sanitaria	Lista de chequeo, inventario Aplicación de instrumento	Oferta	Ficha de acopio
RECURSOS HUMANOS				
1	Número, tipo, lugar de procedencia, condición laboral	Información red y microred, vista a EE SS	Oferta	Matriz de acopio
2	Capacidades y competencias en salud mujer-niño, enfermedades prevalentes, urgencias.	Observación, entrevistas grupales, test	Oferta	Matriz de acopio, grupos focales
3	Política de incentivos y condiciones de trabajo	Información DIRESA, RED, Microrred	Oferta	Matriz de acopio
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN				
1	Atención ambulatoria	HIS-MIS/registros por programas	Oferta	Matriz de acopio
2	Atención extramural-oferta móvil	HIS-MIS/ informe AISPED	Oferta	Matriz de acopio
3	Atención hospitalaria	HIS-MIS/registro programas	Oferta	Matriz de acopio
4	Sistema de referencia y contrarreferencia	Archivos del sistema	Oferta	Matriz de acopio
5	Adecuación intercultural	Planes o proyectos de adecuación intercultural Capacitación Proyectos investigación	Oferta	Ficha de acopio
6	Promoción de la salud	Planes de proyectos establecimientos, inventario de comunidades y municipios saludables, escuelas promotoras de la salud	Oferta	Ficha de acopio
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD				
1	Direccionamiento de la gestión. Planificación	Existencia de planes operativos y estratégicos	Oferta	Ficha de acopio
2	Control de la gestión monitoreo, evaluación y supervisión.	Planes de monitoreo evaluación, informes de supervisión.	Oferta	Ficha de acopio
3	Sistema de información-toma de decisiones-uso de la información	Observación, software, datos, sala situaciones, archivos	Oferta	Matriz de acopio
4	Calidad de atención. Usuario externo- usuario interno	Encuestas, buzón de sugerencias, proyectos o planes de mejora	Oferta	Matriz de acopio

5	Vigilancia en salud-SICOVE	Informes del sistema Sistema NOTI % de notificación	Oferta	Matriz de acopio
RECURSOS E INSTITUCIONES QUE OFERTAN SERVICIOS DE SALUD				
1	Promotores de Salud- parteras y curanderos.	Listado, informes, archivos	Oferta	Ficha de acopio
2	ONG,s Iglesias, otros	Planes conjuntos, planes de trabajo, instrumentos y metodologías	Oferta	Ficha de acopio

ANÁLISIS DE LA DEMANDA.

Nº	INDICADOR	Fuente de Información	Tipo de Indicador	Instrumento de Recolección
PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD				
1	¿En los últimos 30 días usted o algún miembro de su familia ha estado enfermo? ¿Quién y de que?	Entrevista supervisada	Demanda	Fichas de acopio
2	¿Qué considera como enfermedades, daño o accidente? ¿Qué tipo de enfermedad?	Recetas médicas, medicamentos o entrevista personales	Demanda	Fichas de acopio
3	Grado de valoración de la enfermedad, daño o problema de salud.	Escala de valoración subjetiva y validada para la zona	Demanda	Fichas de acopio
4	Percepción de la causa de la enfermedad	Entrevista supervisada	Demanda	Fichas de acopio
NECESIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD				
1	¿Considera que su enfermedad necesita atención? ¿De qué tipo?	Entrevista supervisada	Demanda	Fichas de acopio Guías semiestructurada
2	¿Cuándo considera que los miembros de su familia necesitan atención?	Entrevista supervisada	Demanda	Fichas de acopio Guías semiestructurada
3	¿Considera que solo los enfermos necesitan atención en salud?	Entrevistas supervisadas.	Demanda	Fichas de acopio Guías semiestructurada
BÚSQUEDA DE LA ATENCIÓN				
1	¿Qué determina que usted busque atención de salud para su enfermedad, daño o accidente?	Entrevista familiar supervisada	Demanda	Fichas de acopio Guías semiestructurada
LUGAR DONDE RECIBE LA ATENCIÓN				
1	¿A dónde va para atenderse cuando considera que necesita atención?	Entrevista	Demanda	Fichas de acopio Guías semiestructurada
2	¿Por qué va a ese lugar?	Entrevista	Demanda	Fichas de acopio Guías semiestructurada

(25).

2.27. DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.- Es un instrumento científico metodológico, útil para identificar, priorizar y solucionar problemas de salud.

ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS.- Expresa el nivel de extensión de los servicios básicos como agua potable, alcantarillado, manejo de residuos sólidos y electricidad.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD.- Es el conocimiento de todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud identificados con fines preventivos, de promoción de salud, las interrelaciones sociales de la comunidad y los recursos de salud disponibles.

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN.- Esta en relación a la educación, saneamiento, nutrición, capacidad económica y el cual refleja una mayor o menor morbilidad

ETNIA.- Expresa la presencia de grupos étnicos y comunidades indígenas

ESTADÍSTICAS DE LOS SERVICIOS.- recoge la información de la consulta externa en actividades preventivos y promocionales de los programas de salud.

INDICADORES.- Son variables que intentan medir en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones políticas para evaluar logros y metas.

MORBILIDAD.- Son los eventos tangibles de un proceso complejo denominado enfermedad.

PROBLEMAS DE SALUD.- Son aquellos que impiden la realización del bienestar de una persona o de una comunidad. En general se trata de enfermedades que enfrentan la comunidad o sus miembros.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.- La comunidad interviene en la identificación de los problemas, planteamiento de necesidades y la proposición de posibles soluciones.

RIESGOS.- Es un proceso donde existe la posibilidad de que haya una alteración respecto de los resultados por lo tanto es la variación que se puede producir en los resultados esperados de una situación dada, dentro de un período determinado.

SALUD.- Proceso social en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar.

SITUACIÓN DE SALUD.- es un conjunto de problemas de salud descriptos y explicados desde la perspectiva de un actor social es decir de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha situación.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se efectuó en el Subcentro “El Bosque” Área 1, que está ubicado al sur oeste de Machala lo integran 18 barrios urbanos y 5 barrios rurales. A la clase media alta corresponde 5 barrios, 13 barrios a la clase media y media baja los cuales están ubicados en el sector urbano marginal de la ciudad y el sector rural.

Por lo tanto la población de “El Bosque” está compuesta por familias de diferentes ingresos económicos, los de mejores ingresos no acuden a este subcentro por razones obvias, los de medianos ingresos, subempleados y desempleados son los usuarios frecuentes.

3.1.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Periodo: 1 de enero al 31 de diciembre 2010

3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1. Recursos Humanos

- Maestrante
- Tutor

3.1.3.2. Recursos Físicos

- Archivos
- Bolígrafos
- Elementos bibliográficos
- Computador
- Cámara fotográfica
- Cartuchos
- Cuadernos
- Hojas de papel A4

- Impresora
- Vehículo

3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1. Universo

Es toda la población de cobertura del Subcentro de salud “El Bosque”.

3.1.4.2. Tamaño Muestra

La muestra es igual que el universo.

Criterios De Inclusión

- Todos los usuarios del subcentro “El Bosque” en el año de estudio
- Los usuarios que estaban registrados debidamente en estadística con su historia clínica

Criterios de Exclusión

Se excluyen del estudio:

- Usuarios con información incompleta
- Usuarios que no constan en el parte diario.

3.2. MÉTODOS

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo

3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- No experimental
- Transversal
- Retrospectivo

3.2.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Para poder obtener la información necesaria para la investigación se utilizó el método cuantitativo con la recopilación de datos registrados en estadística del subcentro y de observación a través de la investigación de campo.

3.2.4. PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron revisados cuidadosamente. Se tabularon estos, se transformaron las frecuencias a porcentajes, los presentó en cuadro estadístico y representaciones gráficas, finalmente se analizaron los resultados estadísticos y se interpretaron utilizando la base teórica respectiva.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE COBERTURA DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”, OBJETO DE ESTUDIO

Aspectos Históricos

Constitución e historia de la comunidad

Por el año de 1980, siendo un primero de mayo un grupo de líderes jóvenes motivados por la necesidad de supervivencia básica invadió estos terrenos produciéndose un asentamiento de familias, que transcurrido dos meses se les concede título de propiedad, cuyo nombre de “El Bosque” hace honor a la florida plantación de árboles de algarrobos existentes en el área.

Un año más tarde, en compañía de líderes barriales, se construye la primera escuela hecha a base de caña y de madera, para aquel entonces el sustento de los parvularios era una humilde bonificación de origen comunitario. Aquella escuela decía llamarse "Rosita Paredes" que en la actualidad recibe el nombre de "Paúl Harris".

La población de “El Bosque” está compuesta por familias de extracción popular, caracterizada por el desempleo y el subempleo, el trabajo informal, y la presencia de numerosas necesidades insatisfechas y derechos sociales no cumplidos. Se trata de una comunidad que se esfuerza por mantenerse organizada alrededor de objetivos colectivos de mejoramiento de la infraestructura y servicios sociales.

Recursos y servicios de la comunidad

Instituciones Educativas

En las escuelas y Colegios se hace promoción, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica en jornadas de salud. Además gracias a la ayuda del Inspector se supervisa la infraestructura, higiene y bar escolar.

El Subcentro “El Bosque” posee un área de cobertura a Escuelas y Colegios rurales y Urbanos siendo los siguientes:

Escuelas y Colegios

CUADRO No 1.1

Escuelas rurales fiscales

ESCUEIAS	ALUMNOS	DIRECTOR	PROFESORES	UBICACIÓN
Eloy Alfaro	78	Lcda. Flor María Chuchuca	4 docentes	Vía Pajonal. El cambio
Veinticinco de Junio	48	Lcda. Dunia García	6 docentes	Kilometro 5 vía pajonal.
Azucena León Rosado Morales	15	Lcda. Maritza Blanche Cuenca	2 docentes	El Cambio
Manuel Centeno	96	Lcdo. Ricardo León García	7 docentes	Ceibales vía pajonal

Análisis: Cuatro escuelas en el área rural de la cobertura del subcentro, cabe señalar una escuela apenas cuenta con 15 alumnos y 2 profesoras para los 7 grados de la primaria en las restantes si tienen un profesor por cada grado, estos niños reciben una atención integral en el cumplimiento de todos los programas del MSP que realiza el personal del subcentro.

CUADRO No 1.2

Escuelas Urbanas Fiscales

ESCUEIAS	ALUMNOS	DIRECTOR	PROFESORES	UBICACIÓN
Paul Harris	320	Lcdo. Jorge Enrique Sánchez	17	Francisco Rosales y Calle Principal
Cruz Ramírez de Cruz	350	Carlos González	18	Ambrosio Guzmán y Babahoyo
Galo Plaza Lazo	773	Lcdo. Pedro Bravo Ramírez	23	Pichincha y Gonzales Suarez
Pablo Aníbal Vela	212	Lcda. Mariana Baldón	14	Calle Buenavista y Manuel Estomba
Paquisha	648	Colombia Vilela	17	Cdla las Brisas

Análisis: Dos son las escuelas con mayor población estudiantil: escuela Galo Plaza Lazo, Paquisha, siendo la escuela promotora la Paul Harris. En todos los centros educativos se cumplen los programas de atención médica, odontológica, exámenes de laboratorio, desparasitación y entrega de medicinas gratuitas y programas de inmunización.

CUADRO No 1.3

Escuelas particulares	ALUMNOS
Jesús de Nazaret	90
Tía Patty	140
Jesús del Gran Poder	58

Análisis: Estas escuelas tienen los 7 grados de educación básica y también son atendidos en el programa de inmunización, charlas, talleres, actividades de promoción y prevención.

CUADRO No 1.4

Escuela y colegios particulares

Escuelas y Colegios	ALUMNOS
Eloy Alfaro	840
Santa María	520
Marcel Laniado de Wind	1250
Unidad Particular del pacifico	970
Colegio Bolivariano	110

Análisis: También se benefician con el programa de inmunización, charlas, talleres y otras actividades de promoción y prevención.

CUADRO No 1.5

Colegio fiscal

COLEGTO	ALUMNOS
Juan Montalvo	585

Análisis: Los adolescentes de primero de bachillerato reciben una atención integral con programa de inmunización, charlas, talleres es decir actividades de promoción y prevención.

CUADRO No 1.6

Guarderías

Caperucita (situada Bosque sector 5)	29 niños que van desde los 8 meses hasta los 4 años
25 de junio	30 niños que van desde 2 meses hasta 4 años de edad

Análisis: Estas guarderías reciben todos los programas que el Ministerio de MIES tiene implementado como se menciona en los anteriores cuadros.

Otras Instituciones (MIES-INFA, Universidad)

Casita de mis sueños

Hogar geriátrico Esteban Quirola F.

Universidad Metropolitana

Grupos Relacionados con Salud

Existe el club del Adulto Mayor del subcentro “El Bosque”.

CUADRO No 1.7

Clínicas

SERVICIOS DE SALUD	Nº DE CAMAS	RECURSOS HUMANOS
Clínica Vargas	8	10
Clínica la Cigüeña	23	21
Clínica Guayaquil	8	7
Clínica Santa Mónica	6	5
Clínica de la Mujer	4	3

Análisis: Son 5 clínicas con especialistas que están ubicadas en el área de cobertura.

CUADRO No 1.8

Laboratorios Particulares

PROPIETARIO	R. HUMANOS
Dra. Cecilia del pilar Valverde	2
Dr. Luis Angulo Carvajal	2
Obst. Judith Sánchez	2
Dr. Carlos Guevara	2

Análisis: Cuatros son los laboratorios del área de cobertura.

CUADRO No 1.9

Consultorios Particulares

PROPIETARIO	R. HUMANOS
Dr. Manuel Córdova	1
Dr. Santiago Salazar	1
Dr. Jorge Carvache	1
Dr. Patricio Gallardo	1
Dr. Manuel Córdova	1

Análisis: Cinco son los médicos que dan atención privada a nivel de consultorio

CUADRO No 1.10

Farmacias

<ul style="list-style-type: none">• Santa Bárbara• Hermano Miguel• Kerly• Las brisas• Profesional• San Francisco• Científica	<ul style="list-style-type: none">• San Marcos• Gaby• Fybeca• Siloe• La cigüeña• María Emilia• Larco	<ul style="list-style-type: none">• Astriz• Francis• Juan de la cruz• El Bosque• Cruz Azul• Reina del Cisne
---	---	--

Análisis: veinte son las farmacias ubicadas en el área de cobertura del subcentro.

Misión del SCS “El Bosque”

Brindar atención, integral e integrada, con enfoque de género, generacional e intercultural con calidad y calidez, así como atención de morbilidad a la población asignada y que corresponde a la delimitación geográfica respectiva, además brindar un seguimiento especial de conformidad con el modelo de atención en salud familiar y comunitaria a los grupos, familias e individuos de mayor riesgo.

Visión del SCS “El Bosque”

En el año 2012 el equipo de Salud “El Bosque” cuenta con una área geográfica definida, consideran a la salud como un derecho, cuya operativización lo realiza con un recurso humano motivado, estable, comprometido y capacitado para cumplir con todas las actividades.

El Subcentro de salud “El Bosque” es una unidad operativa de atención primaria correspondiente al primer nivel de atención, cuenta con una infraestructura adecuada para brindar bienestar al usuario interno y externo. La participación de la comunidad es activa, las atenciones que realizan son de promoción, prevención, curación y rehabilitación, de forma equitativa; respetan la diversidad; valoran la medicina tradicional y la alternativa los aspectos étnicos e intercultural.

4.2. INDICADORES DE LA DEMANDA

- **INDICADORES DEMOGRÁFICOS**
- **INDICADORES SOCIALES Y ECONÓMICOS**
- **CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS**
- **INDICADORES AMBIENTALES**

4.2.1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

División Geopolítica, Localidades

Límites Geopolíticos

El área de cobertura del subcentro “El Bosque” se encuentra limitada de la siguiente manera:

- Al norte: calle 25 de Junio.
- Al sur: Vía Balosa {en dirección al nuevo cementerio}.
- Al este: con la Urbanización Quirola, Vía Pajonal.
- Al oeste: Av. Buenavista.

Área de cobertura de la unidad de salud

El subcentro de salud “El Bosque” tiene un área de cobertura conformado por dos parroquias La Providencia y 9 de Mayo, y aéreas urbanas y rurales.

Área urbana

Cdla. Lilian María 1 y 2, Las Acacias, Parque de la madre, Bolívar, Ciro Cerato, Oliva Fadul de Álvarez, Cdla. De empleados del HTD, Géminis, Barrio Manuel Encalada, 25 de Junio, 5 de Mayo, L2 de febrero, La cuatro mil, Cdla. Las Brisas. Las Crucitas, García Guillen, Urbanización Ciudad Verde, Urbanización Santa Inés, El Obrero, El Roble, Machalilla, El Carmen, Nuevo San Ramón.

Además la comunidad de “El Bosque” se divide en cinco sectores: sector 1 cuatro manzanas, sector 2 seis manzanas, sector tres cinco manzanas Sector cuatro cinco manzanas, sector cinco 14 manzanas

Área rural

Vía Pajonal, Ceibales, Los Ángeles, las Mercedes Kilómetro 10, Nuevo Pajonal y Ceibales 2.

CLIMA Y TEMPERATURA

El clima de Machala es considerado tropical, con régimen climático templado, durante la temporada seca o los meses fríos, junio a diciembre, la temperatura varía entre 23 °C y 25 °C y en la temporada lluviosa o de los meses cálidos, enero a mayo, se observan temperaturas que alcanzan un promedio mensual comprendidos entre los 26 °C y 28 °C. La temperatura media anual del aire es de 25.5 °C. Los valores extremos de temperatura alcanzan valores entre 17.5 °C \ 35.8 °C

Altitud

La topografía es principalmente de áreas planas. La zona se destaca por su relieve ondulado y plano con riego, con más del 95% de los suelos con pendientes inferiores al 5%.

Humedad

El área de estudio tiene un alto índice de evaporación y la humedad relativa registra valores del orden del 70% hasta 80% incrementándose la temporada lluviosa. Los valores máximos se registran durante los meses de febrero, marzo y abril, mientras que en diciembre y enero se presentan los valores mínimos.

Precipitación

Dos periodos muy marcados: invierno desde Enero hasta Junio y verano desde Julio hasta Diciembre La precipitación media anual es de 102 mm, con excepción de periodos anormales (Fenómeno del niño)

4.2.1.1. ESTRUCTURA POBLACIONAL

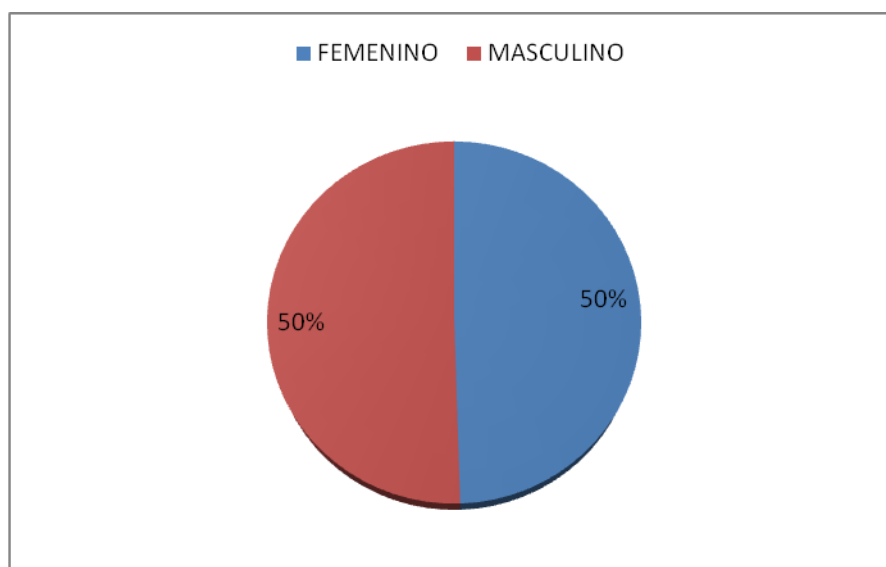
CUADRO No 2.1
Población Por Sexo

FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
8924	9103	18.027
50,00%	50,00%	100,00%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En el sexo masculino son 9104, ligeramente predomina en relación al sexo femenino que corresponden 8924.

GRÁFICO No 2.1



Población Por Sexo

4.2.1.2. Distribución de la población según los grupos de edad

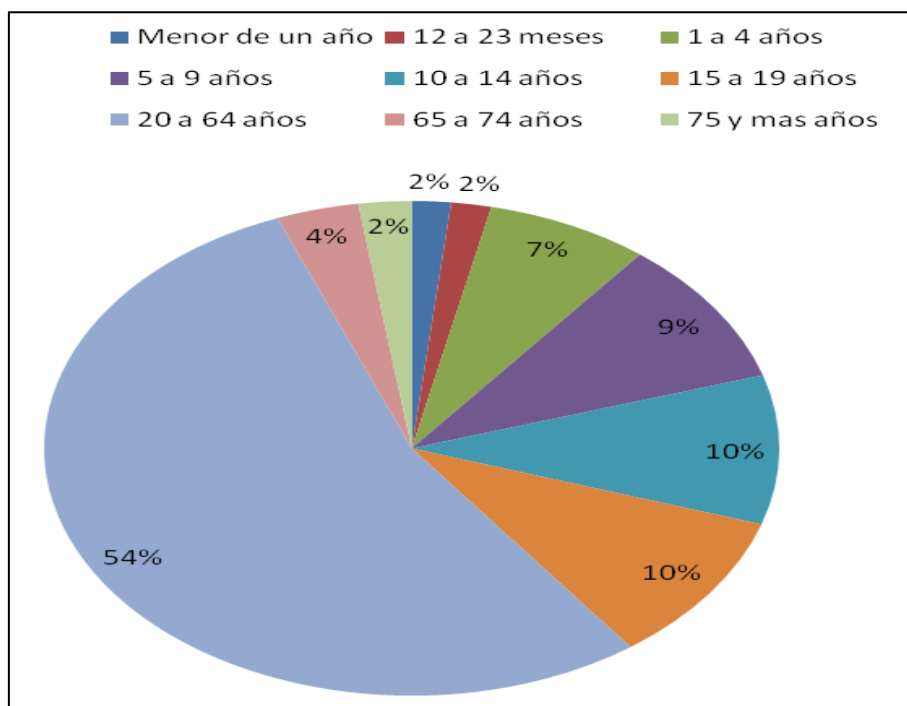
CUADRO No 2.2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD		
	NÚMERO DE PERSONAS	%
Menor de 1 año	309	2,00%
12 a 23 meses	319	2,00%
1 a 4 años	1295	7,00%
5 a 9 años	1722	9,00%
10 a 14 años	1757	10,00%
15 a 19 años	1782	10,00%
20 a 64 años	9769	54,00%
65 a 74 años	655	4,00%
75 y mas años	419	2,00%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: La población en el año 2010 es de 18028 personas del área de cobertura del subcentro “El Bosque”, en la que se destaca como mayor grupo etáreo las edades comprendidas entre 20 a 64 años con el 54%, le siguen los adolescentes, grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años con el 10% cada uno están, los menores de 5 años son el 11% y los adultos mayores presentan el 6% de la población.

GRÁFICO No 2.2



Distribución de la población según los grupos de edad

4.2.1.3. Distribución de la Población Según los Grupos Programáticos

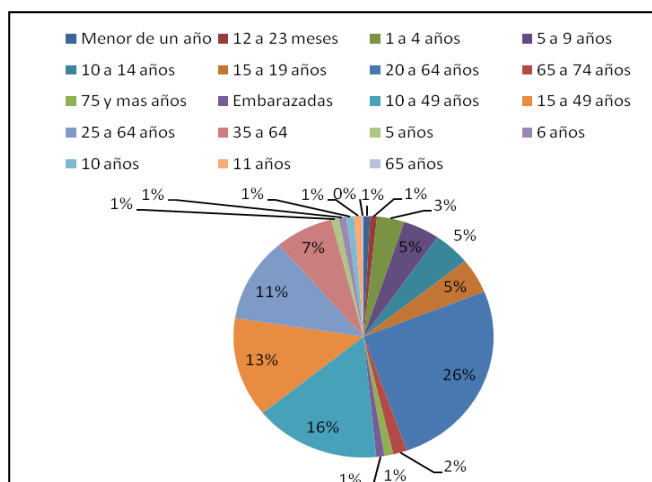
CUADRO No 2.3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS		
	NÚMERO DE PERSONAS	%
Menor de 1 año	309	1,00%
12 a 23 mese	319	1,00%
1 a 4 años	1295	3,00%
5 a 9 años	1722	5,00%
10 a 14 años	1757	5,00%
15 a 19 años	1782	10,00%
20 a 64 años	9769	26,00%
65 a 74 años	655	2,00%
75 y mas años	419	1,00%
Embarazadas	387	1,00%
Edad fértil		
10 a 49 años	5950	16,00%
15 a 49 años	5074	13,00%
Detención oportuna del CA		
Doc. Mamario 25 64 años	4284	11,00%
Doc. Cervico uterino 35 a 64 años	2764	7,00%
5 años	356	1,00%
6 años	357	1,00%
10 años	361	1,00%
11 años	361	1,00%
65 años	83	1,00%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Por grupos programáticos están los diferentes grupos los etáreos que reciben atención integral intra y extra mural de prevención, curación promoción y rehabilitación, embarazadas, de planificación familiar, detección oportuna de cáncer Cervico Uterino y mamario; los escolares que reciben atención integral de salud escolar y programas de adultos mayores.

GRÁFICO No 2.3

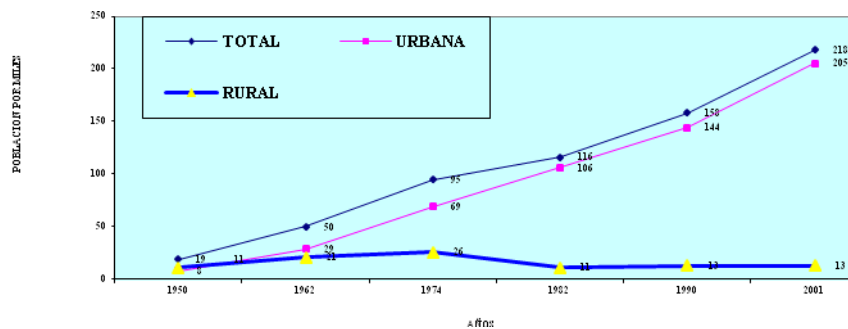


Distribución de la Población Según los Grupos Programáticos

4.2.1.4. Población Urbana y Rural

De acuerdo a los censos de 1950 al 2001 la población por áreas de la ciudad de Machala es la siguiente:

GRÁFICO No 2.4

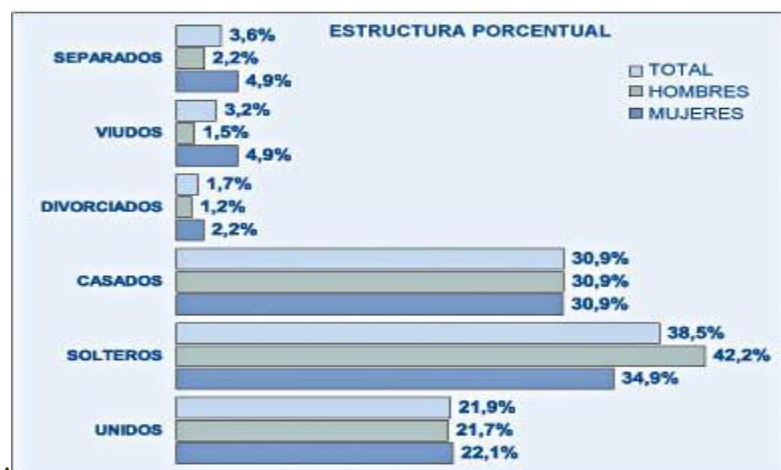


4.2.1.5. Población por sexo GRÁFICO No 2.5



La población por sexo

4.2.1.6. Estado Civil de la Población GRÁFICO No 2.6



4.2.1.7. Nivel de Instrucción

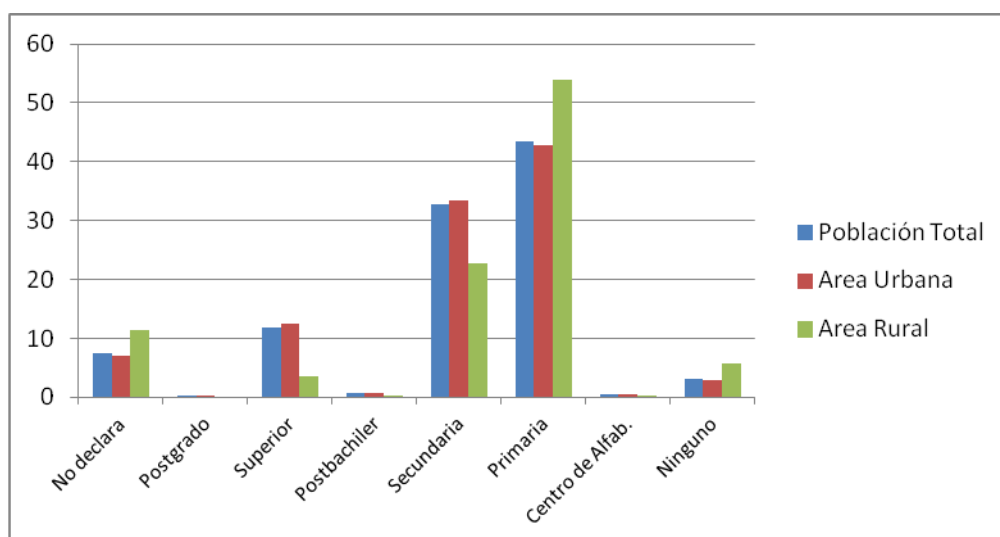
CUADRO No 2.4

Nivel de Instrucción	Población Total (%)	Área Urbana (%)	Área Rural (%)
No declara	7,4	7,1	11,5
Postgrado	0,1	0,1	0
Superior	11,8	12,4	3,5
Postbachiler	0,8	0,8	0,3
Secundaria	32,8	33,5	22,8
Primaria	43,5	42,7	53,9
Centro de Alfab.	0,4	0,4	0,3
Ninguno	3,2	3	5,8

Fuente: INEC 2001

Análisis: Del último Censo realizado el 2010 a la fecha no existe información disponible por lo que se presenta el registro de censo del 2001, donde se puede observar que hay un mayor porcentaje de población con instrucción primaria en un 43,5%, con instrucción secundaria un 32,8%, instrucción superior un 11,8% y con no alfabetos un 3,2% estos últimos predomina en el sector rural en un 5,8%, igualmente en el mismo sector prevalece la instrucción primaria con un 53,9%.

GRÁFICO No 2.7



Fuente: INEC 2001

4.2.2. INDICADORES SOCIALES Y ECONÓMICOS

4.2.2.1. Principales Actividades Económicas

La economía del área de cobertura se sustenta gracias al esfuerzo de su gente quienes desempeñan sus actividades en el sector rural con la agricultura de banano, cacao y la venta de animales de granja como fuentes fundamentales de ingresos. La población del sector urbano y urbano marginal labora en empresas exportadoras de camarón, locales comerciales de diversa índole, restaurantes, bazares, tiendas, comercios minoristas e informales.

Vivienda

La migración ha jugado un papel importante en cuanto a las estructuras de la vivienda, la mayoría son de construcción mixta (cemento, bloque o ladrillo) con buena fachada con cubiertas o losas planas, a diferencia de las personas de bajos recursos económicos quienes poseen viviendas de caña con techos de zinc y pisos de tierra.

La mayoría de viviendas son propias, algunas cedidas, pocas arrendadas y muchas se obtuvieron por invasiones territoriales. Gran parte de las viviendas tan solo cuentan con sala, cocina, un baño y de dos a tres dormitorios para un grupo de 6 a 8 personas por familia.

La mayor parte de la población cuenta con el servicio de agua entubada, cisternas o tanques. Algunos hogares prefieren hervir el agua para su consumo, otros en cambio compran agua de botellón o cloran el agua para beber.

Las viviendas poseen servicio de luz eléctrica incluyendo alumbrado público.

Parte de la comunidad cuenta con servicio de alcantarillado, excepto algunos sectores que poseen solo letrinas para la eliminación de excretas, en los barrios Machalilla 1-2, San Ramón y en el sector rural los barrios Las Mercedes, Ceibales, Los Ángeles, Nuevo Pajonal.

En cuanto al manejo de la basura existe un vehículo recolector que visita la comunidad los días martes, jueves y sábados a partir de las 08h30 de la mañana, la disposición de la basura es mal utilizada por los moradores ya que la colocan en el centro de las calles convirtiéndose en un importante foco para vectores y transmisión de enfermedades.

Religiosos

El área de influencia de “El Bosque” cuenta con diferentes tipos de religiones se encuentran: predominando la católica, cristiana y evangélica. Entre las iglesias católicas tenemos la de Ceibales, de la Virgen de Chilla y la del parque de la madre; en cambio entre las iglesias evangélicas están: La Pentecostal y la iglesia de Jesucristo de todos los santos de los últimos días.

Casas Comunes

Con casas comunes en los barrios Manuel Encalada, 12 de febrero, Ciro Cerato, La Cuatro Mil, El Carmen, Machalilla, Lilian María, El Bosque.

Centros de Recreación

Parques

- Ismael Pérez Pazmiño ubicado en el barrio 12 de Febrero
- Parque de la madre el cual es un lugar de sano esparcimiento y acogedor para personas adultas mayores.
- Parque La Florida

Centro comercial Shopping

Este lugar cuenta con centros comerciales, agencias bancarias, patios de comida, salas de cines, centros de esparcimientos para niños. El centro comercial Shopping es una fuente de trabajo para muchas familias.

Empresas

- Banaplast ubicada en el kilómetro 2 1/2, ésta empresa es procesadora de material plástico.

- Darpa ubicada en la calle 10 de Agosto, ésta empresa también se dedica al procesamiento del material plástico.
- Fábrica de Hielo

Cementerio

En el área de cobertura están ubicados los dos cementerios Municipales de Machala, el uno ubicado en el centro de Machala y el nuevo cementerio ubicado cercano al barrio Machalilla, sector urbano marginal.

Centro de Expendio de Alimentos

La comunidad “El Bosque” cuenta con el mercado 25 de Junio el mismo que provee a la ciudadanía de alimentos en tiendas, puestos de frutas, un patio de comidas. Las condiciones del expendio son higiénicas, siendo un local moderno con escaleras eléctricas y baterías sanitarias.

4.2.2.2. Riesgos socios económicos de la población del área de cobertura con la información obtenida a través de 380 familias visitadas por el EBAS durante el primer semestre del 2010.

CUADRO No. 2.5

Meses		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	total
Riesgos Socioeconómicos	Pobreza	8	22	0	4	4	1	39
	Desempleo o trabajo informal del jefe de F.	6	20	0	4	4	0	34
	Analfabetismo	0	3	0	1	2	0	6
	Desestructuración familiar	2	9	0	3	2	0	16
	Violencia	0	0	0	0	0	0	0
	Alcoholismo	0	2	0	0	1	0	3
	Drogadicción	0	0	0	0	0	0	0
	Malas condiciones de la vivienda	4	8	0	1	2	1	16
	Hacinamiento	0	5	0	6	7	3	21
Total de Riesgos Socioeconómicos								135

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Porcentaje de pobreza: Es el 10.95%

Porcentaje de Desempleo o trabajo informal del jefe de Familia: Es el 9.55%

Porcentaje de Analfabetismo: 1.68%

Porcentaje de Desestructuración familiar: 4.49%

Porcentaje de Violencia: 0%

Porcentaje de Alcoholismo: 0.84%

Porcentaje de Drogadicción: 0%

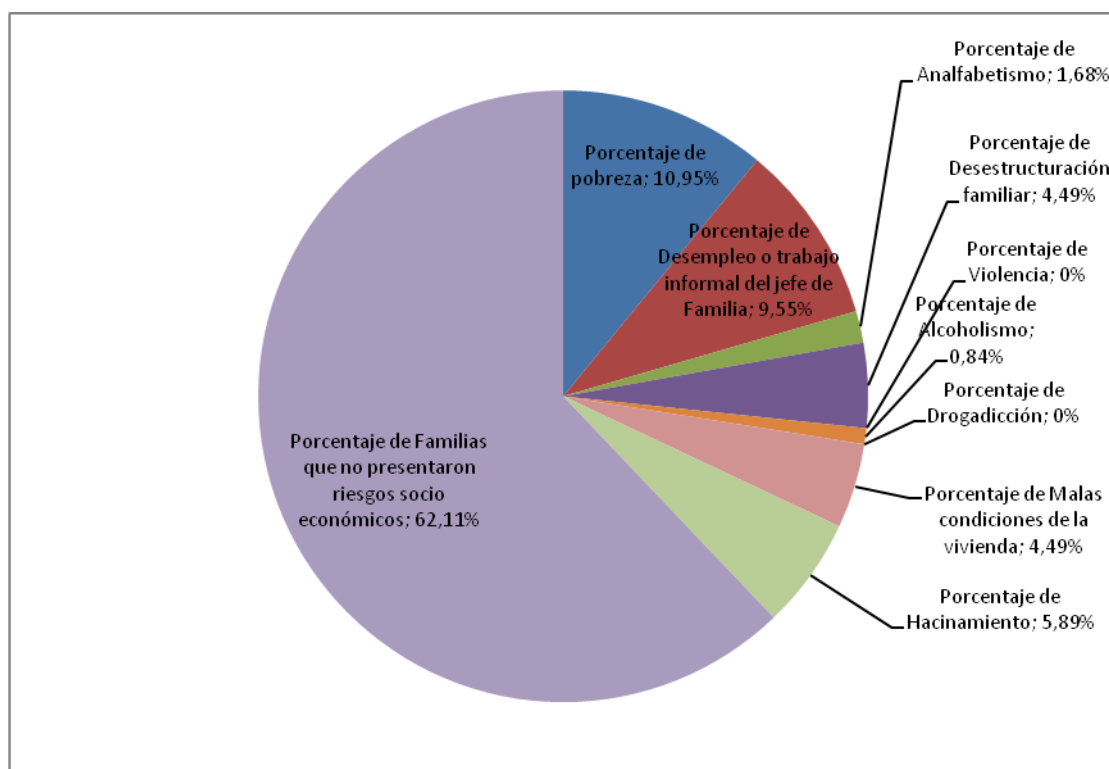
Porcentaje de Malas condiciones de la vivienda: 4.49%

Porcentaje de Hacinamiento: 5.89%

Porcentaje de Familias que no presentaron riesgos socios económicos: 62,11%

Análisis: el mayor porcentaje corresponde a las familias que no presentaron ningún riesgo con el 62,11%. Con riesgos con un 10,95%, las familias en pobreza, con desempleo o trabajo informal del jefe de familia el 9.55%, en hacinamiento 5,89%, con desestructuración familiar 4.49%, malas condiciones de la vivienda 4.49%, en menor porcentaje alcoholismo con 0,84%

GRÁFICO No 2.8



Riesgos socios económicos de la población del área de cobertura con la información obtenida a través de 380 familias visitadas por el EBAS durante el primer semestre del 2010.

4.2.3. CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS, INDICADORES.

4.2.3.1. PREVALENCIA DE MORBILIDADES EN LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”.

CUADRO No 2.6

Diez principales causas de morbilidad de menores de 1 a 11 meses SCS.

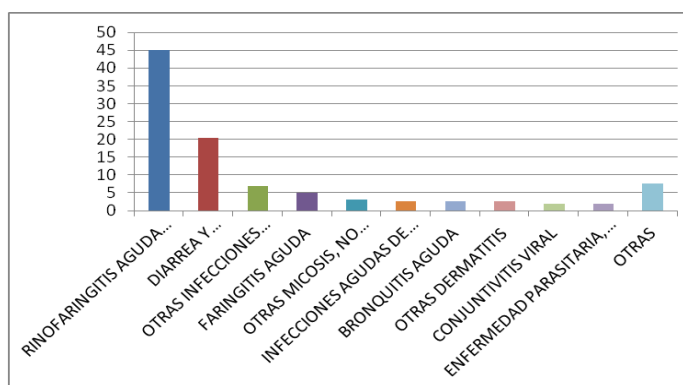
“El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			260	100,0
1	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	117	45,0
2	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	53	20,4
3	L08	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	18	6,9
4	J02	FARINGITIS AGUDA	13	5,0
5	B48	OTRAS MICOSIS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	8	3,1
6	J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MÚLTIPLES NO ESPECIFICADOS	7	2,7
7	J20	BRONQUITIS AGUDA	7	2,7
8	L30	OTRAS DERMATITIS	7	2,7
9	B30	CONJUNTIVITIS VIRAL	5	1,9
10	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	5	1,9
		OTRAS	20	7,7
		POBLACIÓN		218

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En el grupo de menores de 1 año, 1 mes a 11 meses con 29 días, fueron atendidos 260 niños de una población asignada para este grupo de edad de 218, el porcentaje mayor corresponde a infecciones respiratorias agudas, tipo gripe en un 45% y a enfermedades diarreicas agudas en un 20,4%. Significativamente es mayor el número de atenciones en relación a la población asignada en los niños menores de 1 año.

GRÁFICO No 2.9



Diez principales causas de morbilidad de menores de 1 a 11 meses SCS.

“El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.7

Diez principales causas de morbilidad de menores de 1 a 4 años

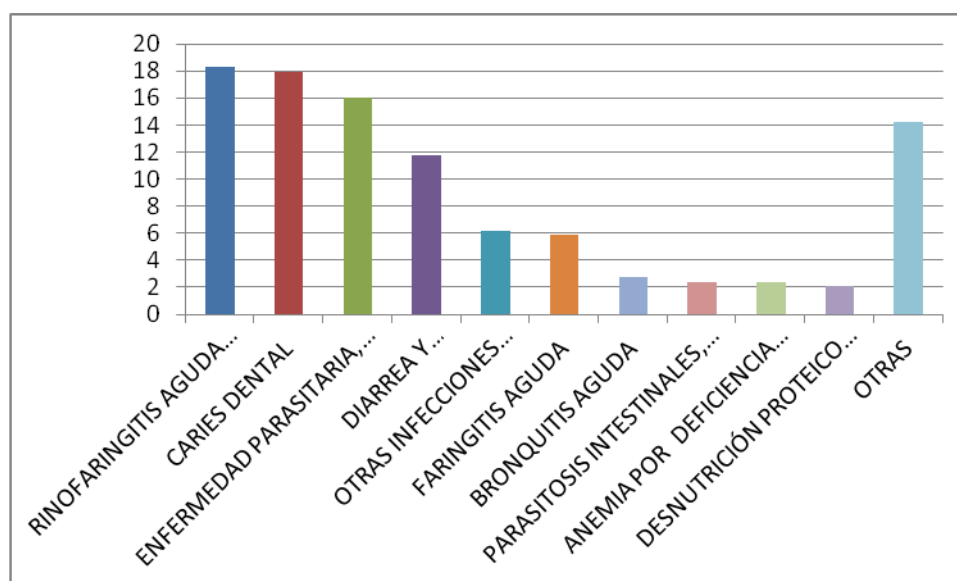
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			1161	100,0
1	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	213	18,3
2	K02	CARIES DENTAL	208	17,9
3	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	186	16,0
4	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	137	11,8
5	L08	OTRAS INFECCIONES LOCALES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	72	6,2
6	J02	FARINGITIS AGUDA	68	5,9
7	J20	BRONQUITIS AGUDA	32	2,8
8	B82	PARASITOSIS INTESTINALES, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	28	2,4
9	D50	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	28	2,4
10	E43	DESNUTRICIÓN PROTÉICO CALÓRICA SEVERA NO ESPECIFICADA	24	2,1
		OTRAS POBLACIÓN	165	14,2
				1.295

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Este grupo corresponde a 1161 atenciones de una población asignada de 1295 y como causas principales que los afectan son: la rinofaringitis viral con un 18,3%, las caries dental se representan un 17,9%, las parasitosis un 11,8% en menor porcentaje están la anemia con un 2,4% y la desnutrición con 2,1%. Significativamente es menor el número de atenciones en relación a la población asignada para los niños de 1 a 4 años.

GRÁFICO No 2.10



Diez principales causas de morbilidad de menores de 1 a 4 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.8

Diez principales causas de morbilidad de menores de 5 a 9 años

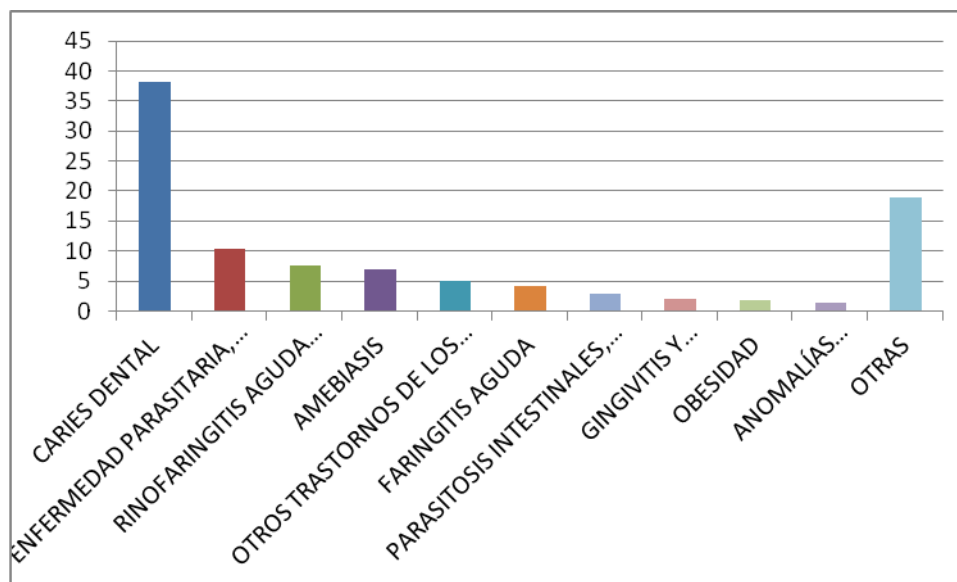
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			1982	100,0
1	K02	CARIES DENTAL	758	38,2
2	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	207	10,4
3	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	150	7,6
4	A06	AMEBIASIS	139	7,0
5	K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES	99	5,0
6	J02	FARINGITIS AGUDA	84	4,2
7	B82	PARASITOSIS INTESTINALES, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	56	2,8
8	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	39	2,0
9	E66	OBESIDAD	38	1,9
10	K07	ANOMALÍAS DENTOFACIALES (INCLUSO LA MALOCLUSION)	28	1,4
OTRAS			374	18,9
POBLACIÓN				1.722

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Corresponden 1982 atenciones en una población asignada de 1722, de las cuales las caries dental corresponden a la primera causa de morbilidad con un 38,2%, la parasitosis 10,4%, amebiasis 7% y resfrío común el 7,6%. Significativamente es mayor el número de atenciones en relación a la población asignada.

GRÁFICO No 2.11



**Diez principales causas de morbilidad de menores de 5 a 9 años SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.9

Diez principales causas de morbilidad de menores de 10 a 14 años

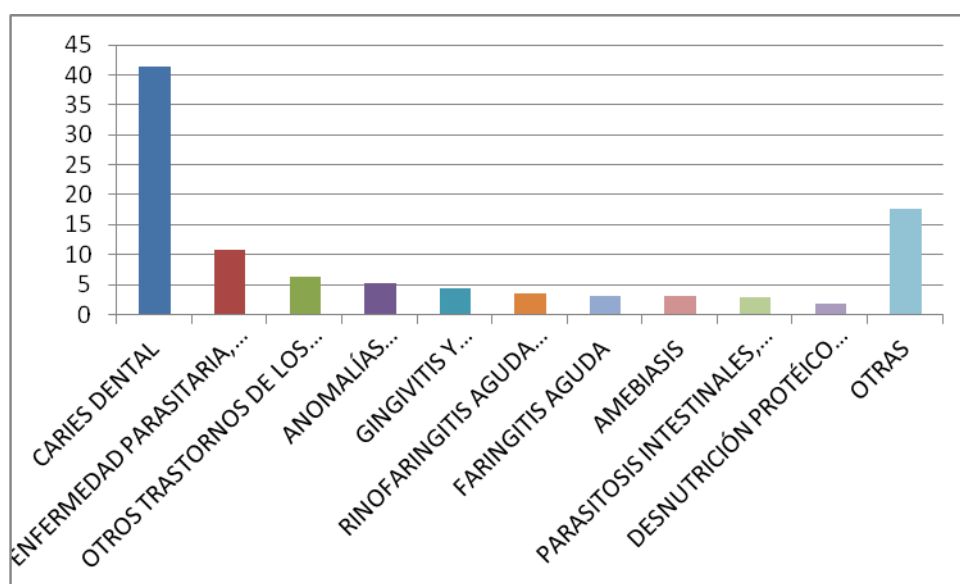
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			1147	100,0
1	K02	CARIES DENTAL	475	41,4
2	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	123	10,7
3	K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES	71	6,2
4	K07	ANOMALÍAS DENTOFACIALES (INCLUSO LA MALOCCLUSION)	61	5,3
5	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	51	4,4
6	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	41	3,6
7	J02	FARINGITIS AGUDA	35	3,1
8	A06	AMEBIASIS	34	3,0
9	B82	PARASITOSIS INTESTINALES, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	32	2,8
10	E43	DESNUTRICIÓN PROTÉICO CALÓRICA SEVERA NO ESPECIFICADA	21	1,8
		OTRAS	203	17,7
POBLACIÓN				1.757

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Son 1147 atenciones en una población asignada de 1757, en los adolescentes menores significativamente la caries dental están en mayor proporción con un 41,4%, la parasitosis con un 10,7% y amebiasis común 3%. La desnutrición se presenta en 1,8%. Este registro de alto porcentaje de caries se debe a que las dos odontólogas realizan atención en las escuelas públicas en el marco del programa de salud escolar.

GRÁFICO No 2.12



Diez principales causas de morbilidad de menores de 10 a 14 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.10

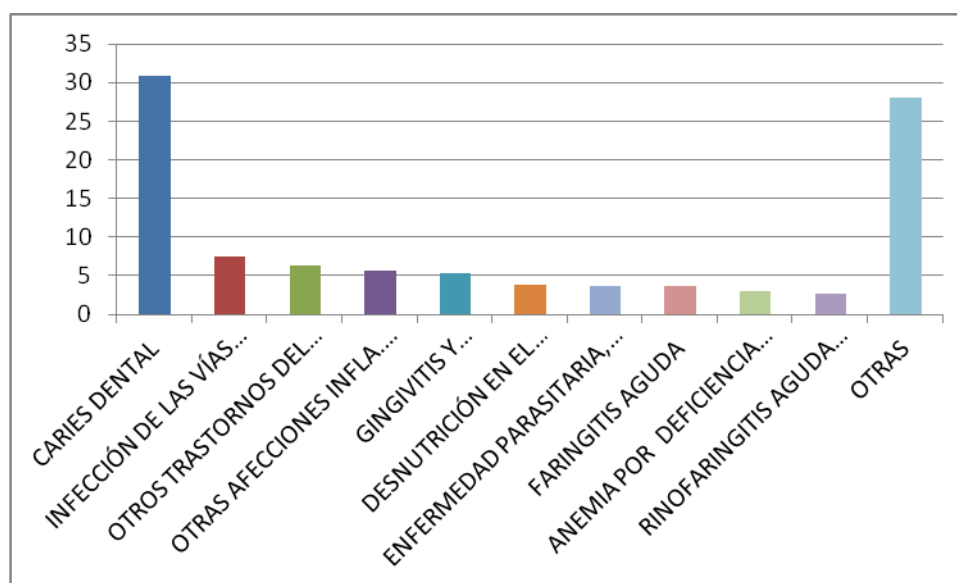
Diez principales causas de morbilidad 15 a 19 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			608	100,0
1	K02	CARIES DENTAL	187	30,8
2	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	45	7,4
3	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	38	6,3
4	N76	OTRAS AFECCIONES INFLA. DE LA VAGINA	34	5,6
5	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	32	5,3
6	O25	DESNUTRICIÓN EN EL EMBARAZO	24	3,9
7	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	22	3,6
8	J02	FARINGITIS AGUDA	22	3,6
9	D50	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	18	3,0
10	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	16	2,6
		OTRAS	170	28,0
POBLACIÓN			1.782	

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: 608 atenciones se realizaron de una población asignada de 1782 personas. En los adolescentes mayores las caries dental predominan en un 30,8%, las adolescentes embarazadas con un 6,3%, afecciones inflamatorias de la vagina con un 5,6%, la desnutrición en el embarazo con un 3,9% y el resto corresponden a IRA con un 9,2% y anemia con un 3%. Demuestra que fue atendido significativamente un grupo reducido de adolescentes en relación a la población asignada.

GRÁFICO No 2.13



**Diez principales Causa de Morbilidad 15 a 19 años SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 Hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.11

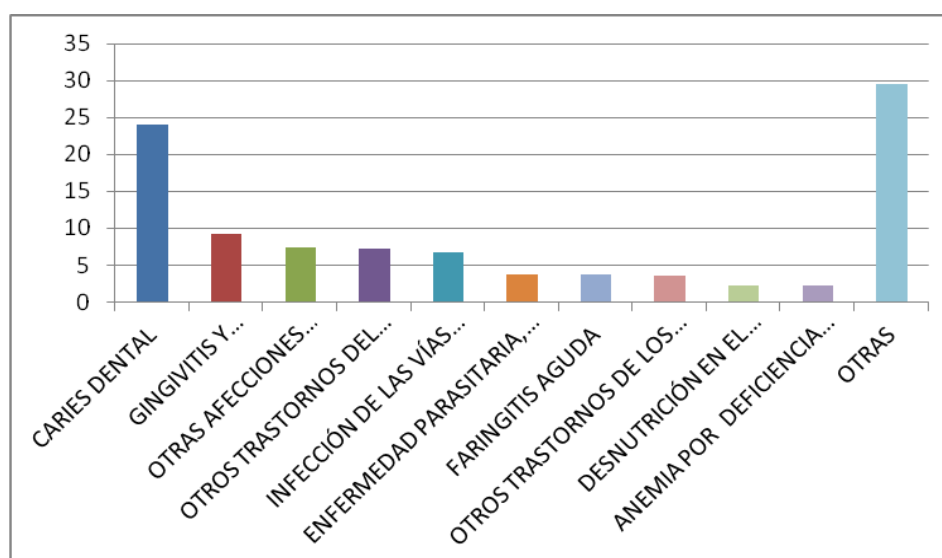
Diez principales causas de morbilidad 20 a 35 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			1248	100,0
1	K02	CARIES DENTAL	300	24,0
2	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	115	9,2
3	N76	OTRAS AFECCIONES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA	92	7,4
4	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	91	7,3
5	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	84	6,7
6	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	47	3,8
7	J02	FARINGITIS AGUDA	47	3,8
8	K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES	45	3,6
9	O25	DESNUTRICIÓN EN EL EMBARAZO	29	2,3
10	D50	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	28	2,2
		OTRAS	370	29,6
POBLACIÓN				5.569

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En este grupo fueron atendidos 1248 de una población asignada de 5569, las caries son la principal causa, aunque en menor porcentaje que los anteriores grupos con un 24% y las gingivitis y enfermedades periodontales con un 9,2% las IVU con un 7,3%, las IVU en embarazadas un 6,7%, las afecciones de la vagina un 7,4%. Se observa que en este grupo poblacional la cobertura de atención es baja en relación a la población asignada.

GRÁFICO No 2.14



Diez principales causas de morbilidad 20 a 35 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.12

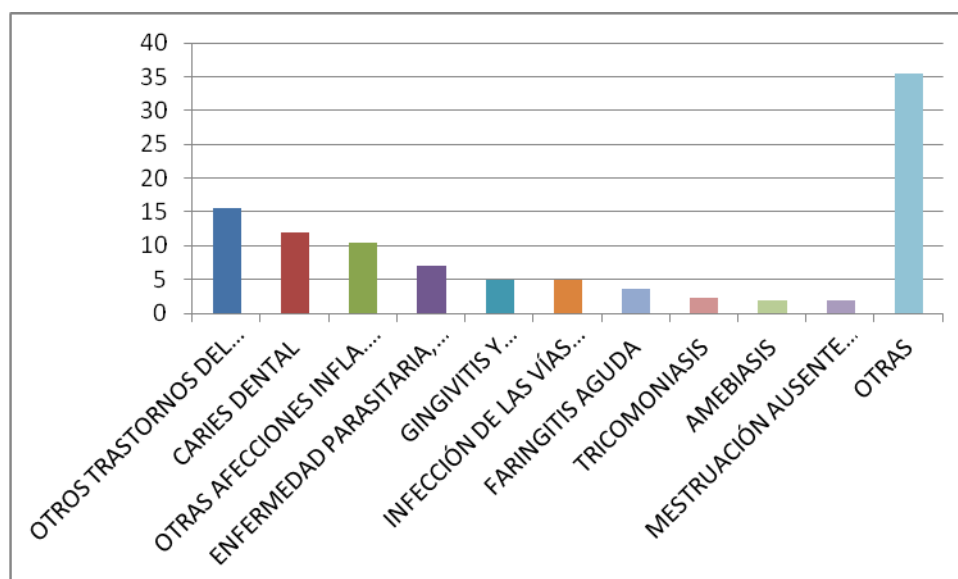
Diez principales causas de morbilidad 36 a 49 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			758	100,0
1	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	118	15,6
2	K02	CARIES DENTAL	90	11,9
3	N76	OTRAS AFECCIONES INFLA. DE LA VAGINA	79	10,4
4	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	53	7,0
5	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	38	5,0
6	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	38	5,0
7	J02	FARINGITIS AGUDA	27	3,6
8	A59	TRICOMONIASIS	17	2,2
9	A06	AMEBIASIS	15	2,0
10	N91	MESTRUACIÓN AUSENTE ESCASA O RARA	15	2,0
OTRAS			268	35,4
POBLACIÓN			3.100	

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Se realizaron 758 atenciones de una población asignada de 3100, con porcentajes similares están presentes las IVU con un 15,6%, caries dental 11,9%, afecciones inflamatorias de la vagina con un 10,4%, con menor porcentaje la parasitosis con un 7% y amebiasis con 2%. Demuestra una baja cobertura de atenciones en este grupo poblacional en relación a la asignada.

GRÁFICO No 2.15



Diez principales causas de morbilidad 36 a 49 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.13

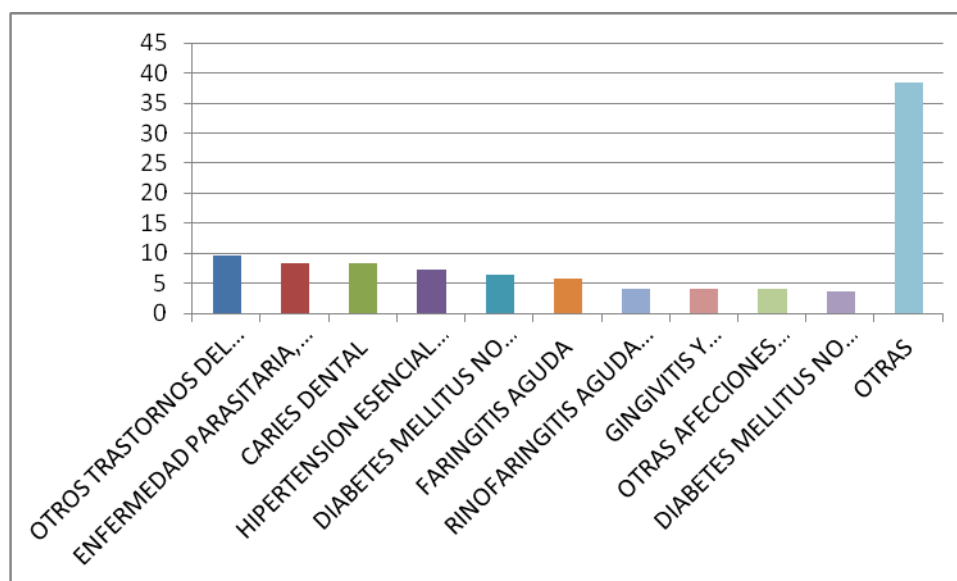
**Diez principales causas de morbilidad 50 a 64 años
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			387	100,0
1	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	37	9,6
2	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	32	8,3
3	K02	CARIES DENTAL	32	8,3
4	I10	HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA)	28	7,2
5	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	25	6,5
6	J02	FARINGITIS AGUDA	22	5,7
7	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	16	4,1
8	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	16	4,1
9	N76	OTRAS AFECCIONES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA	16	4,1
10	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	14	3,6
		OTRAS	149	38,5
		POBLACIÓN		1.100

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Se efectuaron 387 atenciones de una población asignada de 1100, en este grupo poblacional ya se hacen presente las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión esencial primaria 7,2%, diabetes mellitus 10,1%. Además las IVU con un 9,6%, parasitosis con 8,3%, caries dental 8,3%. Es significativamente baja la cobertura de atención en relación a la población asignada.

GRÁFICO No 2.16



**Diez principales causas de morbilidad 50 a 64 años SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.14

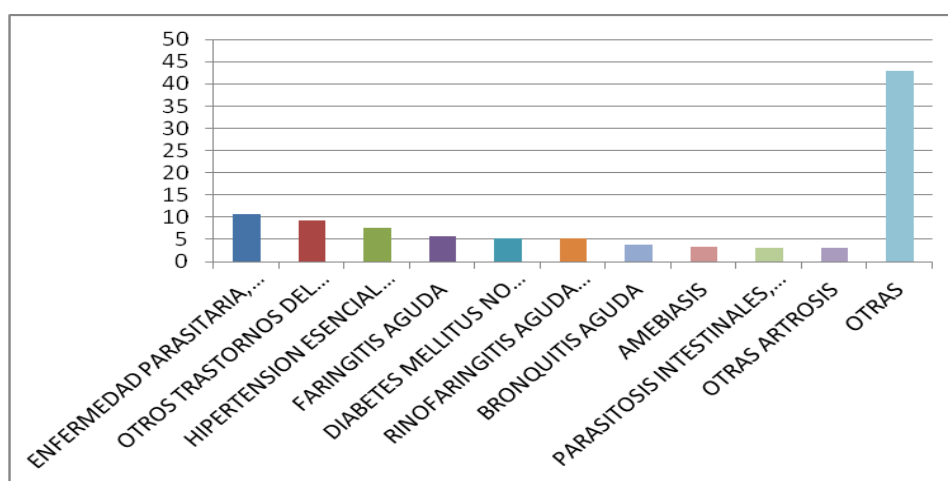
**Diez principales causas de morbilidad 65 años y más
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			326	100,0
1	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	35	10,7
2	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	30	9,2
3	I10	HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA)	25	7,7
4	J02	FARINGITIS AGUDA	19	5,8
5	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	17	5,2
6	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	17	5,2
7	J20	BRONQUITIS AGUDA	12	3,7
8	A06	AMEBIASIS	11	3,4
9	B82	PARASITOSIS INTESTINALES, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	10	3,1
10	M19	OTRAS ARTROSIS	10	3,1
		OTRAS	140	42,9
		POBLACIÓN		1.074

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Se efectuaron 326 de una población asignada de 1074. En los adultos mayores las enfermedades crónicas como la hipertensión con un 7,7%, la diabetes mellitus con 5,2%, otras artrosis con 3,1% prevalecen sobre las enfermedades agudas, faringitis aguda con 5,8% rinofaringitis aguda, resfriado común con 5.2%. Significativamente es baja la cobertura con respecto a la población asignada a este grupo etáreo.

GRÁFICO No 2.17



**Diez principales causas de morbilidad 65 años y más SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.15

Diez principales causas de morbilidad total

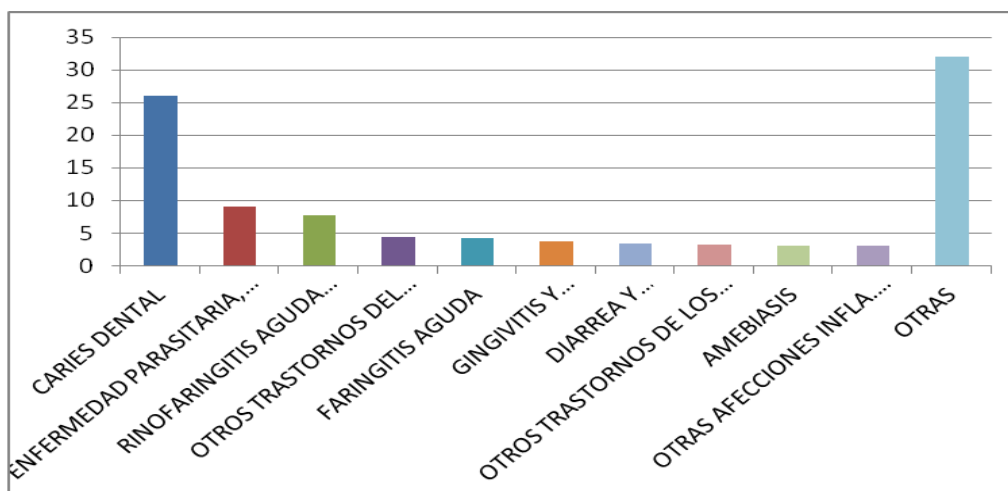
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			7895	100,0
1	K02	CARIES DENTAL	2059	26,1
2	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	710	9,0
3	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	612	7,8
4	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	347	4,4
5	J02	FARINGITIS AGUDA	337	4,3
6	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	302	3,8
7	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	272	3,4
8	K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES	253	3,2
9	A06	AMEBIASIS	243	3,1
10	N76	OTRAS AFECCIONES INFLA. DE LA VAGINA	234	3,0
		OTRAS	2526	32,0
POBLACIÓN			18.028	

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Las odontólogas han atendido 26,1% de caries dental, gingivitis y enfermedades periodontales con 3.8%, trastornos de los dientes con 3,2% dando un total de 33%. La Obstetriz afecciones inflamatorias de la vagina con 3% y el restante corresponden a las atenciones realizados por los médicos destacándose las parasitosis con 9%, amebiasis 3,1%, en las IVU 4,4% en las IRA están las rinofaringitis aguda resfriado común 7,8% faringitis aguda 4,3% y las demás 32%. Significativamente es menor del 50% el número de atenciones en relación a la población asignada.

GRÁFICO No 2.18



Diez principales causas de morbilidad total SCS. “El Bosque”

Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

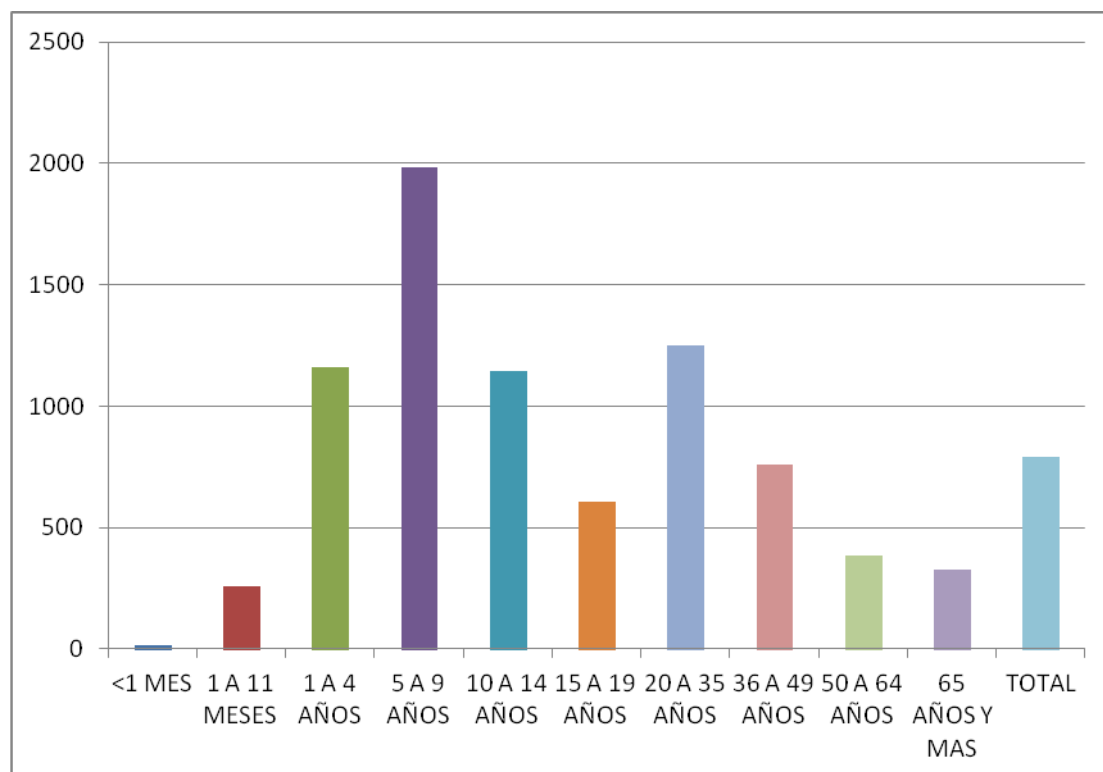
CUADRO No 2.16

TOTAL ENFERMEDADES POR GRUPOS ETÁREOS, SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DESDE EL 01/01/2010 HASTA EL 31/12/2010										
<1 MES	1 A 11 MESES	1 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	10 A 14 AÑOS	15 A 19 AÑOS	20 A 35 AÑOS	36 A 49 AÑOS	50 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS	TOTAL
18	260	1161	1982	1147	608	1248	758	387	326	7895

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Destaca en cantidades el grupo de 5-9 años con 1982 casos, le siguen el grupo de 20-35 años con 1248, el grupo 1-4 años con 1161, a continuación de 10-14 años con 1147, de 36-49 años con 758, de 15-19 años con 608, en el grupo de 1-11 meses con 260, menores de 1 mes con 18. Los adultos mayores con 326 atenciones por enfermedad. En total son 7895 atenciones en morbilidad.

GRÁFICO No 2.19



Total enfermedades Subcentro de Salud “El Bosque”

Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

4.2.3.2. Patologías y Eventos Bajo Vigilancia Epidemiológica EPI 1 Local

Casos de enfermedades de vigilancia epidemiológica de la población del área de cobertura del SCS. “El Bosque” 2010

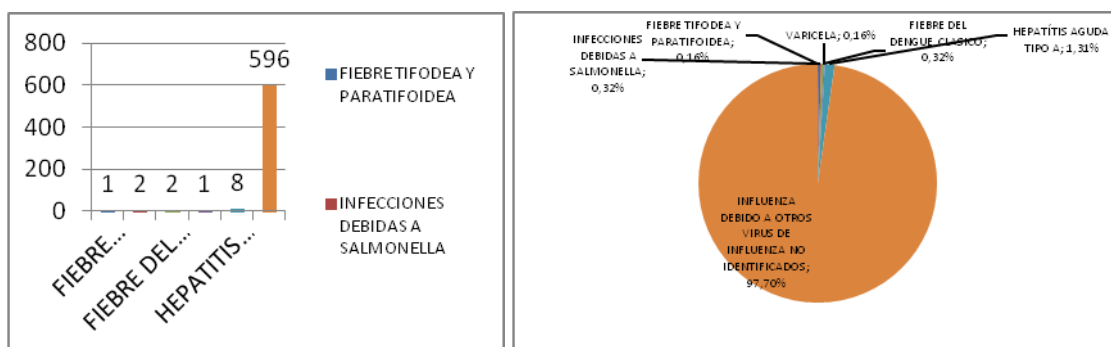
CUADRO No 2.17

PROVINCIA: EL ORO		CANTÓN: MACHALA				PARROQUIA: 9 DE MAYO								
ÁREA DE SALUD: 1		UNIDAD OPERATIVA: SCS. “EL BOSQUE”												
INSTITUTO: MSP		FECHA DE NOTIFICACIÓN: 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010 (52 SEMANAS DE NOTIFICACIÓN)												
COD. CIE 10	ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	CASOS			SEXO		GRUPO DE EDAD					Nº TOTAL CASOS AÑO 2010	ACUMULADOS	% de enfermedades de notificación 2010
		SOSP O PROB	CONF	TOTAL CASOS	F	M	< 1 AÑO	1 4	5 14	15 44	45 O MÁS	CASOS	TOTAL CASOS	
A01	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA		1	1	1					1		1	1	0,16%
A02	INFECCIONES DEBIDAS A SALMONELLA		2	2	2					2		2	2	0,32%
A90	FIEBRE DEL DENGUE CLASICO		2	2		2			2			2	2	0,32%
B01	VARICELA		1	1	1				1			1	1	0,16%
B15	HEPATITIS AGUDA TIPO A	4	4	8	2	6		2	5	1		8	8	1,31%
I11	INFLUENZA DEBIDO A OTROS VIRUS DE INFLUENZA NO IDENTIFICADOS	77	519	596	308	288	159	225	160	39	13	596	596	97,70%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Durante el 2010 en los de mayor número ésta los casos de influenza de virus no identificados con un 97,70%, le sigue la hepatitis aguda tipo A con 1,31%, fiebre del dengue clásico con 0,32%, infecciones debidas a salmonella con 0,32%, fiebre tifoidea y paratifoidea con 0,16%, varicela con 0,16%.

GRÁFICO No 2.20



Casos de enfermedades de vigilancia epidemiológica de la población del área de cobertura del SCS. “El Bosque” 2010

4.2.3.3. Concentrado de Riesgos Biológicos en 380 familias visitadas por el EBAS del SCS “El Bosque” durante el primer semestre del 2010

CUADRO No. 2.18

Riesgos Biológicos	Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	total
	Personas con malnutrición		4	8	0	4	4	0
Personas con enfermedad de impacto		6	13	0	6	13	0	38
Embarazadas con problemas		0	0	0	0	0	2	2
Personas con discapacidades		1	6	0	1	2	0	10
Personas con enfermedades mentales		0	1	0	0	0	0	1
Total de Riesgos Biológicos								71

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Porcentaje de Personas con malnutrición: 5.61%

Porcentaje de Personas con enfermedad de impacto: 10.67%

Porcentaje de Embarazadas con problemas: 0.56%

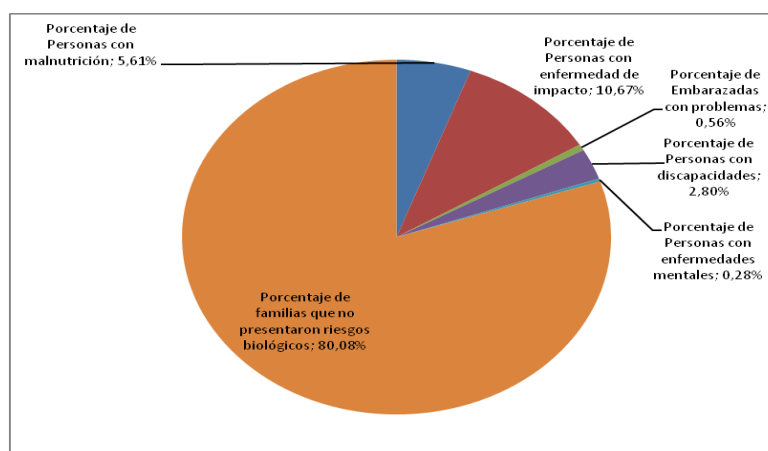
Porcentaje de Personas con discapacidades: 2.80%

Porcentaje de Personas con enfermedades mentales: 0.28%

Porcentaje de familias que no presentaron riesgos biológicos: 80,08%

Análisis: el 80,08% de las familias que no presentaron riesgos biológicos. Con riesgos en mayor porcentaje personas con enfermedad de impacto 10.67%, personas con malnutrición 5.61% y en menor porcentaje personas con discapacidades 2.80%, embarazadas con problemas 0.56%, personas con enfermedades mentales 0.28%.

GRÁFICO No 2.21



Concentrado de Riesgos Biológicos en 380 familias visitadas por el EBAS del SCS “El Bosque” durante el primer semestre del 2010

4.2.4. INDICADORES AMBIENTALES

- **Agua Potable:** el sistema de distribución de agua potable del área de cobertura ésta concesionado a la Empresa Tripleoro, la cual está realizando trabajos para mejorar el suministro del líquido vital a la comunidad,
- **Alcantarillado:** El alcantarillado del área de cobertura ésta siendo renovado en varios barrios del sector, sobre todo en los lugares en los que la municipalidad ha realizado las obras de regeneración urbana.
- **Recolección de basura:** El sistema de recolección de basura se cumple parcialmente; no existiendo una normativa exigente para la recolección inicial y disposición final de los desechos sólidos ya que los mismos son trasladados al botadero municipal, el cual hasta el momento no cuenta con las normas técnicas sanitarias de manejo, aunque en los próximos meses se prevé el funcionamiento del Relleno Sanitario del cantón el mismo que ayudará a mitigar posibles impactos producidos por cualquier tipo de situación adversa.

4.2.4.1. Riesgos Ambientales

Canal abierto de aguas servidas y lluvias

Una de las preocupaciones en esta comunidad es el canal de aguas negras que se encuentra entre los barrios San Ramón, Machalilla 1-2, El Bosque 5 y El Carmen ya que es un foco de contaminación por la acumulación de basura y la presencia de roedores y mosquitos lo que conlleva a múltiples enfermedades como respiratorias, piodermitis, diarreas, salmonelosis, fiebre, tifoidea, enfermedades vectoriales como el dengue, paludismo, enfermedades.

Contaminación del Aire

Debido a la presencia de múltiples carpinterías (eliminación de polvo) y mecánicas automotrices (uso de pinturas, aerosoles, aceites, etc.) se originan enfermedades respiratorias, lo que afecta principalmente a menores de edad. Otro motivo de

contaminación del aire es la presencia de buses y camiones que eliminan monóxido de carbón afectando la capa de ozono.

Otros riesgos ambientales

- Ruido debido a los buses, mecánicas etc. Afecta la audición.
- Animales de corral, principalmente las gallinas, eliminan su excreción a nivel de los patios de casa convirtiéndose en otro problema ambiental y por tanto riesgo a la salud.
- Viviendas insalubres, especialmente las que se encuentran cercanas al canal de aguas negras, y a la falta de aseo por parte de las personas que habitan en la misma.
- La presencia de basura en algunos terrenos abandonados (solares) implica también un riesgo.
- La falta de pavimentación de algunas calles puede convertirse en depósito de aguas estancadas debido a la presencia de lluvias lo que afecta a la salud en la comunidad. Entre los barrios que carecen de este servicio se encuentran Machalilla 1-2, San Ramón, los 5 sectores del barrio El Bosque, El Carmen. En el sector rural Ceibales, las Mercedes, Pajonal Nuevo, Los Ángeles, Kilometro 10, Ceibales 2.

4.2.4.2. Concentrado de Riesgos Sanitarios en 380 familias visitadas por el EBAS del SCS “El Bosque” durante el primer semestre del 2010.

CUADRO No. 2.19

Meses		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	total
Riesgos Sanitarios	Consumo de agua insegura	13	37	0	11	9	4	74
	Mala eliminación de basuras y excretas	0	1	0	3	4	1	9
	Mala eliminación de desechos líquidos	0	3	0	2	3	0	8
	Impacto ecológico por industrias	0	3	0	1	1	1	6
	animales intradomiciliarios	14	20	0	6	9	4	53
	Total de Riesgos Sanitarios							

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Porcentaje de Consumo de agua insegura: 20.78%

Porcentaje de Mala eliminación de basuras y excretas: 2.52%

Porcentaje de Mala eliminación de desechos líquidos: 2.24%

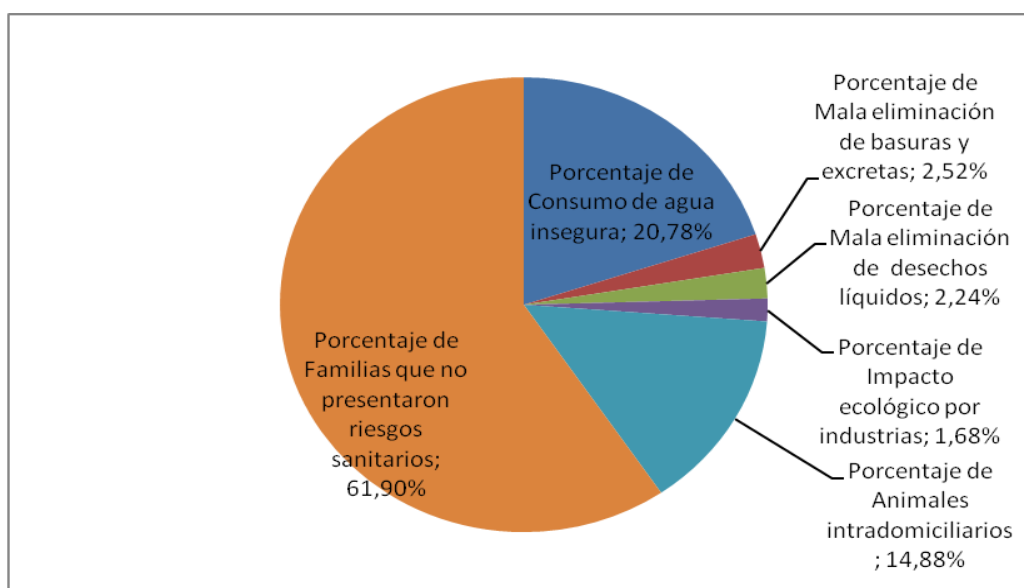
Porcentaje de Impacto ecológico por industrias: 1.68%

Porcentaje de Animales intradomiciliarios: 14.88%

Porcentaje de Familias que no presentaron riesgos sanitarios: 61, 9%

Análisis: de las familias visitadas en la comunidad encontraron 61,9% de familias que no presentaron riesgos sanitarios. Con riesgos en mayor porcentaje consumo de agua insegura 20.78%, animales intradomiciliarios 14.88%, y en menor porcentaje mala eliminación de basuras y excretas 2.52%, mala eliminación de desechos líquidos 2.24%, impacto ecológico por industrias 1.68%.

GRAFICO No 2.22



**Concentrado de Riesgos Sanitarios en 380 familias visitadas por el EBAS del SCS
“El Bosque” durante el primer semestre del 2010.**

4.2.5. MORTALIDAD: DIEZ PRIMERAS CAUSAS POR CICLOS DE VIDA

Niveles de mortalidad de la población por grupos de edad en el área de cobertura del subcentro de salud “el bosque” registrados por causas, desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.20

Diez principales causas de mortalidad < 1 mes

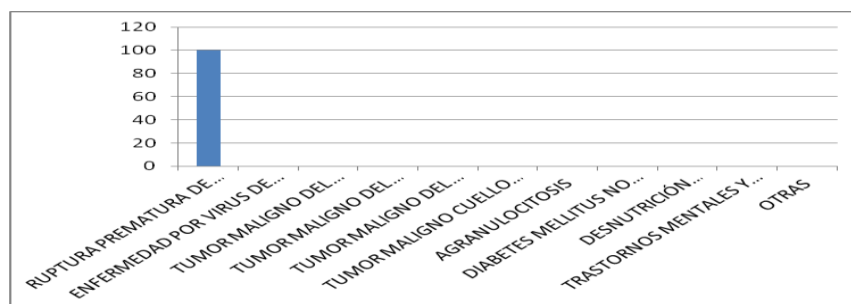
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	
			1	100,0
1	O42	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	1	100,0
2	B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA OTRA ESPECIFICACIÓN	0	0,0
3	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	0	0,0
4	C22	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	0	0,0
5	C25	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	0	0,0
6	C53	TUMOR MALIGNO CUELLO UTERINO	0	0,0
7	D70	AGRANULOCITOSIS	0	0,0
8	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	0	0,0
9	E46	DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA NO ESPECIFICADA	0	0,0
10	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL	0	0,0
		OTRAS	0	0,0
		POBLACIÓN	2.006	

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Estos registros de la mortalidad son proporcionados por el Registro Civil de Machala y con cruce de información del Área 1 a la que pertenece el Subcentro, cabe señalar que ningún falleció en el Subcentro si no que corresponde a los pobladores del área de cobertura.

GRÁFICO No. 2.23



**Diez principales causas de mortalidad < 1 mes SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.21

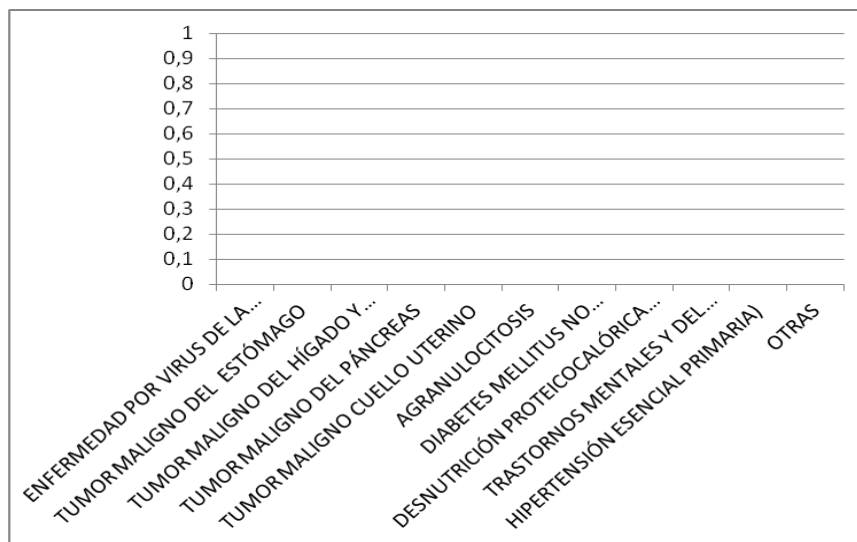
**Diez principales causas de mortalidad de 1 mes a 19 años
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEADES	TOTAL
			0
1	B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA OTRA ESPECIFICACIÓN	0
2	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	0
3	C22	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	0
4	C25	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	0
5	C53	TUMOR MALIGNO CUELLO UTERINO	0
6	D70	AGRANULOCITOSIS	0
7	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	0
8	E46	DESNUTRICIÓN PROTEICOCALÓRICA NO ESPECIFICADA	0
9	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL	0
10	I10	HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA)	0
		OTRAS	0

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: No se han registrado casos de mortalidad de 1 mes a 19 años.

GRÁFICO No 2.24



**Diez principales causas de mortalidad de 1 mes a 19 años
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.22

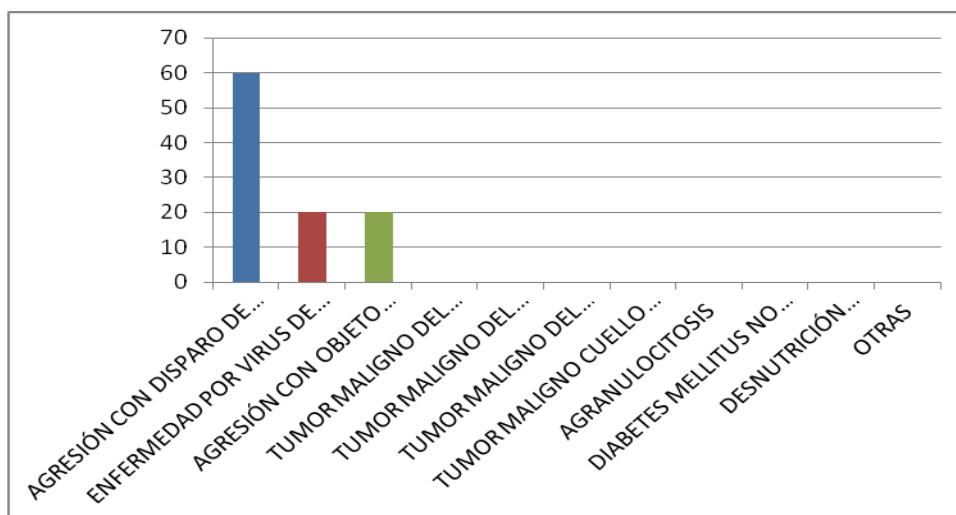
**Diez principales causas de mortalidad 20 a 35 años
SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			5	100,0
1	X95	AGRESIÓN CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS	3	60,0
2	B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA OTRA ESPECIFICACIÓN	1	20,0
3	X99	AGRESIÓN CON OBJETO CORTANTE	1	20,0
4	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	0	0,0
5	C22	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	0	0,0
6	C25	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	0	0,0
7	C53	TUMOR MALIGNO CUELLO UTERINO	0	0,0
8	D70	AGRANULOCITOSIS	0	0,0
9	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	0	0,0
10	E46	DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA NO ESPECIFICADA	0	0,0
		OTRAS	0	0,0

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En este grupo poblacional se presentaron 3 muertes por disparos de arma de fuego, 1 muerte por VIH-SIDA y otra por agresión con objeto cortante.

GRÁFICO No 2.25



**Diez principales causas de mortalidad 20 a 35 años SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.23

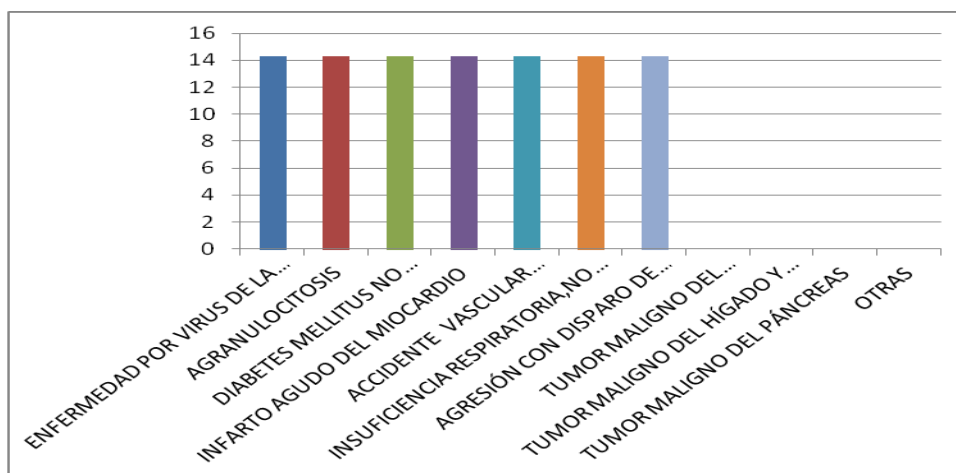
Diez principales causas de mortalidad 36 a 49 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			7	100,0
1	B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA OTRA ESPECIFICACIÓN	1	14,3
2	D70	AGRANULOCITOSIS	1	14,3
3	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	1	14,3
4	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1	14,3
5	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO	1	14,3
6	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA,NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	14,3
7	X95	AGRESIÓN CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS	1	14,3
8	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	0	0,0
9	C22	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	0	0,0
10	C25	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	0	0,0
		OTRAS	0	0,0

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En el grupo de 36 a 49 años presentan la mortalidad por varias causas 1 por VIH, 1 por Agranulocitosis, 1 por Diabetes mellitus no especificada, 1 por Infarto agudo del miocardio, 1 por ACV, 1 por Insuficiencia respiratoria; 1 por Agresión con disparo de otras armas de fuego.

GRÁFICO No 2.26



**Diez principales causas de mortalidad 36 a 49 años SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010**

CUADRO No 2.24

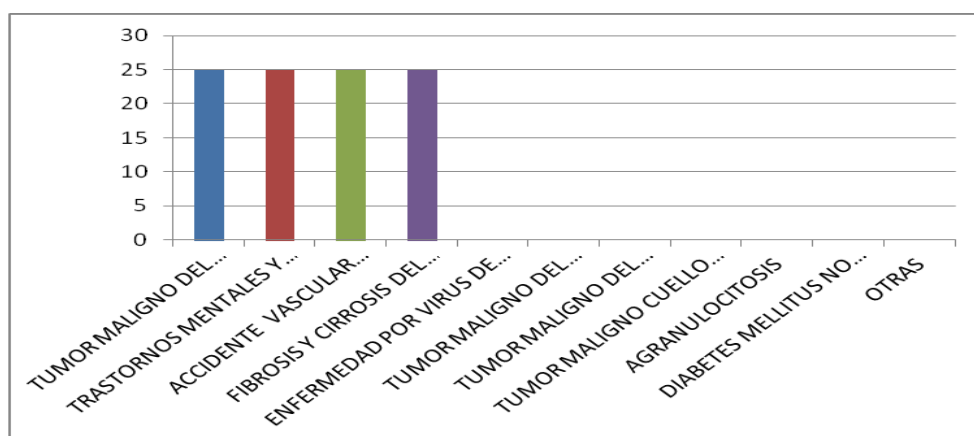
Diez principales causas de mortalidad 50 a 64 años SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			4	100,0
1	C22	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	1	25,0
2	F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL	1	25,0
3	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO	1	25,0
4	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HÍGADO	1	25,0
5	B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA OTRA ESPECIFICACIÓN	0	0,0
6	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	0	0,0
7	C25	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	0	0,0
8	C53	TUMOR MALIGNO CUELLO UTERINO	0	0,0
9	D70	AGRANULOCITOSIS	0	0,0
10	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	0	0,0
		OTRAS	0	0,0

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Por causas de tumor maligno de hígado 1 muerte, por trastornos mentales 1 muerte, por ACV 1 y por Cirrosis del hígado 1 muerte. Esto nos demuestra el abuso del alcohol con daño mortal hepático, considerando que son personas mayores de 50 años.

GRÁFICO No 2.27



Diez principales causas de mortalidad 50 a 64 años SCS. “El Bosque”
Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.25

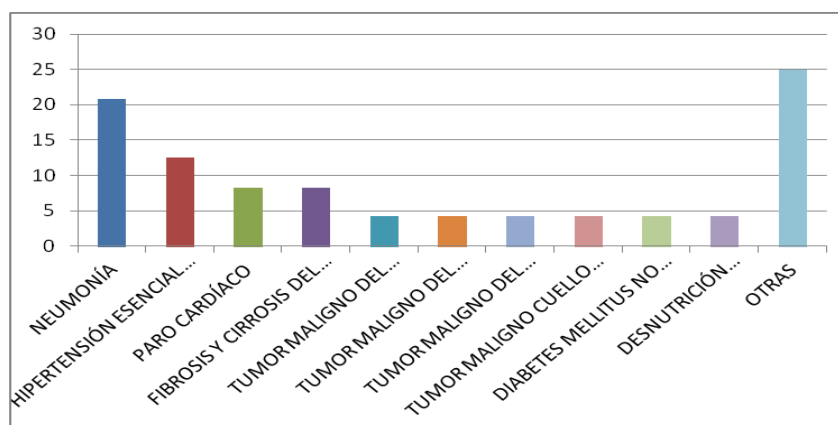
Diez principales causas de mortalidad 65 años y más SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			24	100,0
1	J18	NEUMONÍA	5	20,8
2	I10	HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA)	3	12,5
3	I46	PARO CARDÍACO	2	8,3
4	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HÍGADO	2	8,3
5	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO	1	4,2
6	C22	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	1	4,2
7	C25	TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS	1	4,2
8	C53	TUMOR MALIGNO CUELLO UTERINO	1	4,2
9	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	1	4,2
10	E46	DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA NO ESPECIFICADA	1	4,2
		OTRAS	6	25,0

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: en los adultos mayores la causa principal de mortalidad es la Neumonía que representa el 20,8%, le siguen el grupo de las demás que representan diferentes causas, el paro cardíaco con 8,3%, Fibrosis y Cirrosis del Hígado con el 8,3%, la Diabetes mellitus no especificada con una muerte registrada, los tumores corresponden a un 16,8% y la Desnutrición Proteicocalórica no Especificada con el 4,2%.

GRÁFICO No 2.28



Diez principales causas de mortalidad 65 años y más SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 2.26

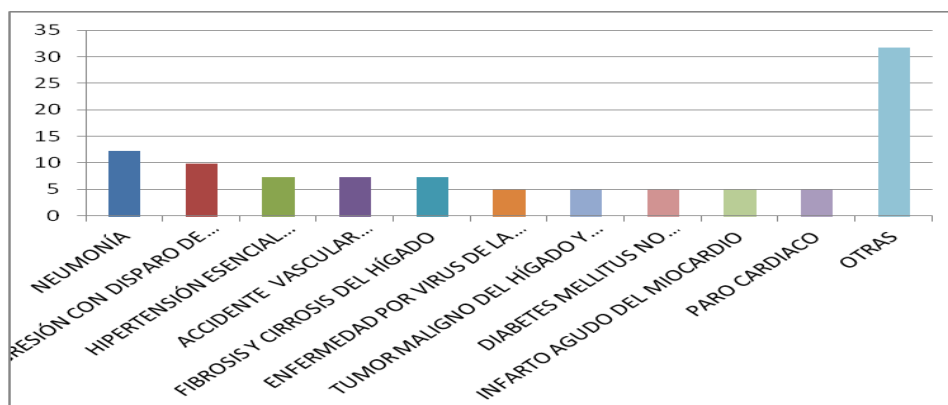
Diez principales causas de mortalidad total SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			41	100,0
1	J18	NEUMONÍA	5	12,2
2	X95	AGRESIÓN CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS	4	9,8
3	I10	HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA)	3	7,3
4	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO	3	7,3
5	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HÍGADO	3	7,3
6	B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA OTRA ESPECIFICACIÓN	2	4,9
7	C22	TUMOR MALIGNO DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS	2	4,9
8	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	2	4,9
9	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	2	4,9
10	I46	PARO CARDIACO	2	4,9
		OTRAS	13	31,7
		POBLACIÓN	18.028	

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: 41 fallecieron. Entre las 10 principales causas encontramos que la neumonía corresponde al 12,2%, por HTA 7,3% por diabetes mellitus 4,9%, infarto agudo del miocardio un 4,9%, paro cardíaco 4,9%, cirrosis del Hígado 7,3%; por ACV 7,3%, por VIH-SIDA 4,9% y las no especificadas el 9,8%.

GRÁFICO No 2.29



Diez principales causas de mortalidad total SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010.

Total Mortalidad de la población por grupos etáreos correspondiente al área de cobertura del subcentro de salud “El Bosque” desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

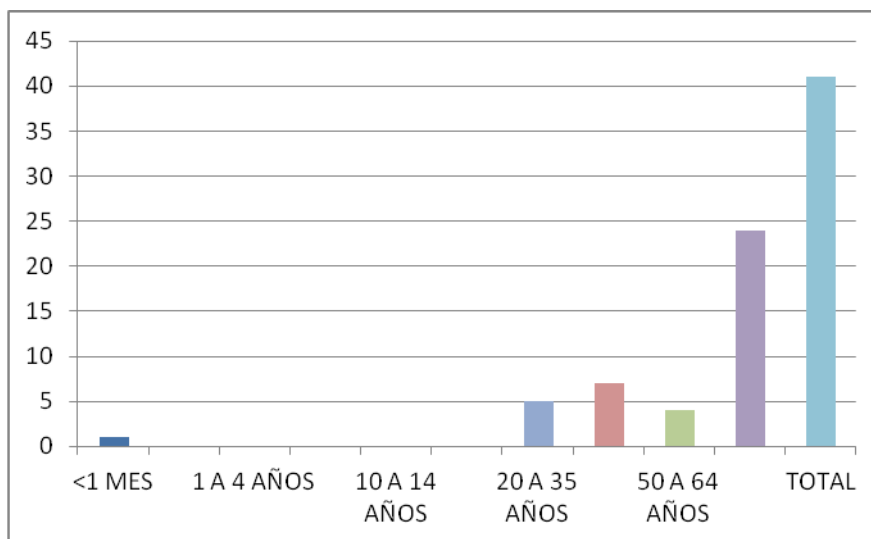
CUADRO No 2.27

TOTAL MORTALIDAD SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DESDE EL 01/01/2010 HASTA EL 31/12/2010										
<1 MES	1 A 11 MESES	1 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	10 A 14 AÑOS	15 A 19 AÑOS	20 A 35 AÑOS	36 A 49 AÑOS	50 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS	TOTAL
1	0	0	0	0	0	5	7	4	24	41

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: el 100% de la defunciones corresponden a 41 decesos, de las cuales 24 son de adultos mayores, de 20 a 64 años le siguen en su orden: 36 a 49 años 7 defunciones, de 20 a 35 años 5 defunciones, 50 a 64 años 4 defunciones y en menor de 1 mes 1 muerte lo que representa que el mayor porcentaje corresponde a las personas mayores de 65 años.

GRÁFICO No 2.30



Total Mortalidad de la población por grupos etáreos correspondiente al área de cobertura del Subcentro de Salud “El Bosque” 2010

4.3. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” 2010

4.3.1. INDICADORES DE LA OFERTA

- **ACCESIBILIDAD**
- **DISPONIBILIDAD**

4.3.1.1. Accesibilidad

Vías de Comunicación

Las principales vías de acceso al Subcentro “El Bosque” poseen calles asfaltadas para el recorrido del transporte urbano en buen estado aptas para el tránsito vehicular y peatonal, en donde transita la Cooperativa de transporte “Ciudad de Machala”.

Las calles de algunos barrios como Manuel Encalada, 25 de Junio, Parque de la Madre, Lilian María, La Cuatro Mil, Ciudadela Las Brisas, Las Crucitas, poseen calles asfaltadas. No así los otros barrios urbanos marginales que tienen calles, callejones que no son asfaltados y dificultan el tránsito peatonal y vehicular.

Para la movilización de centro de la Ciudad al SCS se requiere de cinco a diez minutos en vehículo particular y de 15 a 20 minutos en transporte público. Así mismo, del SCS al Hospital Teófilo Dávila se puede llegar en aproximadamente 10 a 15 minutos en vehículo particular y en buses 30 minutos.

Los colectivos que cubren la ruta hacia El Bosque pertenecen a las cooperativas de transporte urbano “Ciudad de Machala”, con una frecuencia de cada quince minutos y corresponde a las líneas 8 y 9. La mayor parte de los usuarios llegan a pie hacia el subcentro, pocos son los que se movilizan en el transporte urbano.

En el área de cobertura el 30% de la población no tiene acceso a servicios básicos de salud. Un 80% es pobre, el nivel de escolaridad presentan niveles bajos especialmente en los jefes de familia que habitan en barrios urbanos marginales, un alto porcentaje es mestizo y en minoría están los afro ecuatoriano, indígenas y migrantes de Perú y Colombia.

4.3.1.2. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS

- RECURSOS HUMANOS
- EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA

Equipamiento, infraestructura y recursos humanos del Subcentro de Salud “El Bosque”, sus servicios y la adecuada prestación sanitaria

4.3.1.2.1. Recursos Humanos

PROFESIONALES

CUADRO No 3.1

NÚMERO	FUNCION	HORAS ASIGNADAS	HORAS TRABAJADAS	DÍAS TRABAJADOS
2	Lcdas en Enfermería	2206	2206	314
1	Obstetriz	2396	2021	267
1	Doctora en Bioquímica	2396	2125	280
2	Médicos	3438	2119	365
2	Odontólogas	2604	2526	393

NÚMERO	DESCRIPCIÓN
1	Auxiliar de Servicios Varios
1	Inspector
2	Estadístico Auxiliar

4.3.1.2.2. EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA

CUADRO No 3.2

CONSIDERANDO ESTÁNDARES EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” 2010

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR				
PROCESO DE LICENCIAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
MATRIZ DE RECOPIACION DE DATOS Y CALIFICACION DE LOS RECURSOS - SUBCENTRO DE SALUD URBANO -				
ENTIDAD DEL SISTEMA				
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR				
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	AREA	
EL ORO	MACHALA	9 DE MAYO	1	
NOMBRE UNIDAD OPERATIVA				
SCS. “EL BOSQUE”				
RESPONSABLE				
DR. JORGE GARCIA MALDONADO				
SERVICIO DE MEDICINA - C.E.				
COMPONENTE 1 - INFRAESTRUCTURA				
DATOS:				
1. NÚMERO DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES				
2. CALIFICACIÓN DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U)				
3. ANTIGÜEDAD DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U)				
(CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)				
ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPIADO		
NUMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD

GRUPO AMBIENTES - 0505								
AMBIENTE DE CONSULTORIO MEDICO	I-10	1		1	10			
GRUPO INSTALACIONES - 0506								
INSTALACIONES DE ILUMINACION		1		1	10			
COMPONENTE 2 - EQUIPAMIENTO								
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE EQUIPOS 2. CALIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO				
		NUMERO DE EQUIPOS	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD		
GRUPO EQUIPO ESPECIFICO - 0507								
BALANZA CON TALLIMETRO		1		1	10			
BALANZA PESA BEBE		1		1	10			
EQUIPO DE ATENCION MÉDICA	E-05	1		1	10			
EQUIPO DE CURACIONES	E-07	3		3	101010			
EQUIPO DE DIAGNOSTICO MÉDICO	E-06	1		1	10			
EQUIPO DE PARTOS	E-08	1		1	10			
EQUIPO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y DOC	E-46	1		1	10			
EQUIPO DE REANIMACION MANUAL ADULTOS (AMBU-A)		1		1	10			
EQUIPO DE REANIMACION MANUAL PEDIATRICO (AMBU-P)		1		1	10			
EQUIPO DE RED DE FRIO	E-12	1		1	10			
EQUIPO DE SUTURA	E-09	3		3	101010			
ESTERILIZADOR		1		1	10			
ESTETOSCOPIO DE PINARD		1		1	10			
MALETIN PARA VISITA DOMICILIARIA	E-13	1		1	10			
PAQUETE DE LENCERIA BASICA	E-15	1		1	10			
SET DE ESPECULOS VAGINALES VARIOS TAMAÑOS (6)		1		1	10			
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	E-16	1		1	10			
GRUPO MOBILIARIO GENERAL - 0508								
MOBILIARIO DE OFICINA	E-01	1		1	10			
VITRINA		1		1	10			
GRUPO MOBILIARIO ESPECIFICO MEDICAMENTOS E INSUMOS - 0509								
MESA DE CURACIONES		1		1	10			
MESA DE EXAMEN PEDIATRICO CON PAIDOMETRO		1		1	10			
MOBILIARIO DE ATENCION MEDICA	E-44	1		1	10			
NEGATOSCOPIO 1 CUERPO		1		1	10			
STOCK DE INSUMOS DE ENFERMERIA	E-19	1		1	10			
COMPONENTE 3 - RECURSOS HUMANOS								
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NUMERO DE LOS RECURSOS HUMANOS 2. CALIFICACION DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) 3. AÑOS DE VINCULACIÓN DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO				
		NUMERO DE RRHH	VALOR	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD		
GRUPO PROFESIONALES ASISTENCIALES - 0510								
PROFESIONAL MEDICO MEDICINA GENERAL		1		1	10			
COMPONENTE 4 - NORMAS								
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE NORMAS EXISTENTES 2. CALIFICACIÓN DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO				
		NUMERO DE NORMAS	IMPORTANCIA 1 - 3	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD		
GRUPO MANUALES TECNICOS E INFORMACION - 0511								
MANUAL DE PROTOCOLOS DE ATENCION MEDICA		1		1	10			
SERVICIO DE ODONTOLOGIA - C.E.								
COMPONENTE 1 - INFRAESTRUCTURA								
DATOS: 1. NÚMERO DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES 2. CALIFICACIÓN DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO				
		NUMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD		

GRUPO AMBIENTES - 0505					
AMBIENTE DE CONSULTORIO DE ODONTOLOGIA	I-13	1		1	10
GRUPO INSTALACIONES - 0510					
INSTALACIONES DE ILUMINACION		1		1	10
COMPONENTE 2 - EQUIPAMIENTO					
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE EQUIPOS 2. CALIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO NUMERO DE EQUIPOS VALOR UNITARIO		DATO RECOPIADO 1. NUMERO 2. CALIFICACION 3. ANTIGÜEDAD	
GRUPO EQUIPO ESPECIFICO - 1520					
AMALGAMADOR		1		0	
BANDEJAS PARA INSTRUMENTAL		1		1	10
ESTERILIZADOR EN SECO ODONTOLOGICO		1		1	10
INSTRUMENTAL BASICO PARA OPERATORIA DENTAL		1		1	10
INSTRUMENTAL BÁSICO PARA PERIODONCIA	E-27	1		1	10
INSTRUMENTAL DE CIRUGIA MENOR DENTAL	E-26	1		1	10
INSTRUMENTAL DE DIAGNOSTICO DENTAL	E-24	1		1	10
INSTRUMENTAL DE PROFILAXIS DENTAL	E-23	1		1	10
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	E-16	1		1	10
TAMBOR PARA GASA		1		1	10
UNIDAD FIJA DE TRATAMIENTO DENTAL INTEGRAL	E-28	1		1	10
GRUPO MOBILIARIO GENERAL - 1525					
MOBILIARIO DE OFICINA	E-01	1		1	05
VITRINA		1		1	10
GRUPO MOBILIARIO ESPECIFICO MEDICAMENTOS E INSUMOS - 1530					
INSUMOS ODONTOLOGICOS GENERALES	E-32	1		1	10
NEGATOSCOPIO 1 CUERPO		1		1	10
STOCK DE INSUMOS ODONTOLOGICOS ESPECIFICOS	E-50	1		1	10
COMPONENTE 3 - RECURSOS HUMANOS					
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NUMERO DE LOS RECURSOS HUMANOS 2. CALIFICACION DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) 3. AÑOS DE VINCULACIÓN DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO NUMERO DE RRHH VALOR		DATO RECOPIADO 1. NUMERO 2. CALIFICACION 3. ANTIGÜEDAD	
GRUPO PROFESIONALES ASISTENCIALES - 2035					
PROFESIONAL ODONTOLOGO GENERAL		1		1	10
COMPONENTE 4 - NORMAS					
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE NORMAS EXISTENTES 2. CALIFICACIÓN DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO NUMERO DE NORMAS IMPORTANCIA 1 - 3		DATO RECOPIADO 1. NUMERO 2. CALIFICACION 3. ANTIGÜEDAD	
GRUPO MANUALES TECNICOS E INFORMACION - 2560					
MANUAL DE NORMAS DE ODONTOLOGIA	N-03	1		1	10
ESTABLECIMIENTO					
COMPONENTE 1 - INFRAESTRUCTURA					
DATOS: 1. NÚMERO DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES 2. CALIFICACIÓN DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO NUMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES VALOR UNITARIO		DATO RECOPIADO 1. NUMERO 2. CALIFICACION 3. ANTIGÜEDAD	
GRUPO AMBIENTES					

AMBIENTE DE ADMISION Y ESTADISTICA	I-02	1		1	10	
AMBIENTE DE ATENCION DE PARTOS		1		1	10	
AMBIENTE DE GUARDIANA	I-17	1		0		
AMBIENTE DE PRECONSULTA Y ENFERMERIA	I-09	1		1	10	
AMBIENTE DE SALA DE ESPERA	I-19	1		1	10	
AREA DE BATERIA SANITARIA	I-20	1		1	10	
AREA DE BODEGA	I-21	1		1	05	
ESTRUCTURA Y SEGURIDAD	I-16	1		1	10	
GRUPO INSTALACIONES 1510						
INSTALACIONES DE ALCANTARILLADO / POZO SEPTICO		1		1	10	
INSTALACIONES DE COMUNICACIÓN		1		1	10	
INSTALACIONES DE RED DE AGUA		1		1	10	
INSTALACIONES DE RED ELECTRICA		1		1	10	
INSTALACIONES SANITARIAS		1		1	10	
COMPONENTE 2 - EQUIPAMIENTO						
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE EQUIPOS 2. CALIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
		NUMERO DE EQUIPOS	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO EQUIPO GENERAL 1515						
EQUIPO DE COMPUTACION	E-20	1		1	10	
EQUIPO DE PERIFONEO	E-22	1		1	10	
EXTINTOR DE INCENDIOS PORTATIL		1		1	10	
GRUPO EQUIPO ESPECIFICO 1520						
STOCK DE INSUMOS DE ASEO	E-47	1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO GENERAL 1525						
ESTANTERIA DE 6 PANELES		2		2	1010	
MOBILIARIO DE SALA DE ESPERA	E-45	1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO ESPECIFICO MEDICAMENTOS E INSUMOS 1530						
TARJETERO INDICE		1		1	10	
COMPONENTE 3 - RECURSOS HUMANOS						
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NUMERO DE LOS RECURSOS HUMANOS 2. CALIFICACION DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) 3. AÑOS DE VINCULACIÓN DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
		NUMERO DE RRHH	VALOR	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO PROFESIONALES ASISTENCIALES 2040						
PROFESIONAL ENFERMERA		1		1	10	
GRUPO AUXILIARES ASISTENCIALES 2045						
AUXILIAR DE ENFERMERIA		1		1	10	
COMPONENTE 4 - NORMAS						
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE NORMAS EXISTENTES 2. CALIFICACIÓN DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
		NUMERO DE NORMAS	IMPORTANCIA 1 - 3	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO MANUALES TECNICOS E INFORMACION 2560						
MANUAL DE NORMAS TECNICAS AMBULATORIAS	N-15	1		1	10	
PLAN DE EMERGENCIA Y DESASTRES		1		1	10	
PLAN OPERATIVO ANUAL		1		1	10	

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. "El Bosque". 2011

Análisis: El Subcentro de Salud "El Bosque" cumple con los estándares para su funcionamiento por lo que recibió el licenciamiento por parte del MSP en el 2010.

4.4. INDICADORES DEL PROCESO

- COBERTURAS

4.4.1. COBERTURAS DE ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN QUE REALIZÓ EL SUBCENTRO “EL BOSQUE” EN EL PERIODO DESDE EL 01/01/2010 HASTA EL 31/12/2010

CUADRO No 4.1

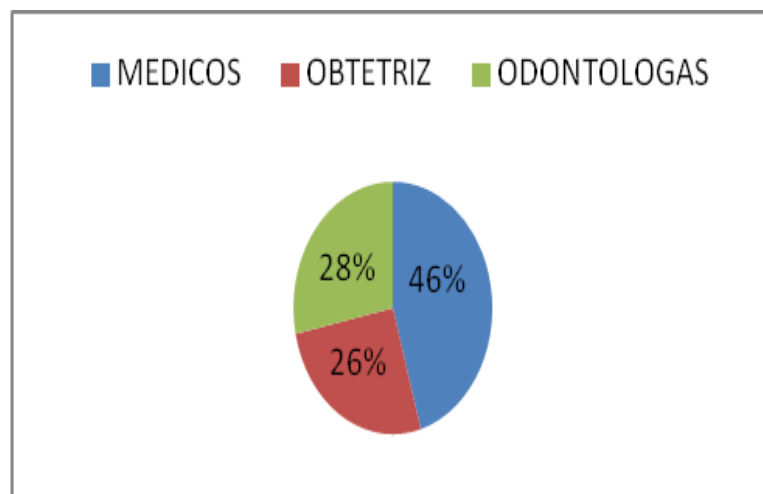
Atenciones en el Subcentro De Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

NÚMERO DE PROFESIONALES		Total	FEMENINO	MASCULINO
2	MÉDICOS	8467	4975	3483
1	OBTETRIZ	4887	4887	
2	ODONTÓLOGAS	5265	2954	2311

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”.

Análisis: Se observa que se realizan 18619 atenciones entre primeras consultas y subsecuentes y se destaca que el mayor porcentaje de atenciones las realizan los Médicos en un 46%, en menor porcentaje las atenciones de las Odontólogas con 28%, la Obstetrix con 26%. En relación al sexo el femenino corresponde al mayor número en las atenciones.

GRÁFICO N. 4.1



COBERTURAS DE ATENCIÓN POR PROFESIONALES EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DURANTE EL 2010

**Atenciones preventivas de los médicos en el Subcentro de Salud “El Bosque”
durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010**

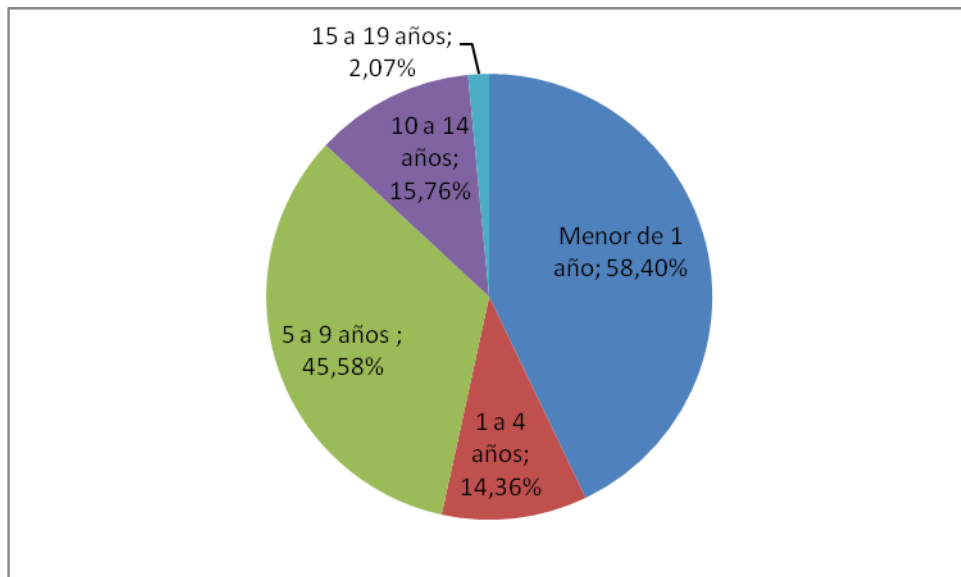
CUADRO No 4.2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD SCS. “EL BOSQUE” 2010			
	NÚMERO DE PERSONAS		%
	Asignadas	Atendidas	Cobertura
Menor de 1 año	309	189	58,40%
1 a 4 años	1295	186	14,36%
5 a 9 años	1722	785	45,58%
10 a 14 años	1757	277	15,76%
15 a 19 años	1782	37	2,07%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Son moderadamente bajas las coberturas en los menores de 1 año con el 58,40%, de 5 a 9 años con 45,58%. En menor porcentaje de 10 a 14 años 15,76%, 1 a 4 años 14,36%, 15 a 19 años 2,07%. Se observa que las personas atendidas está en menor cobertura de las personas asignadas.

GRÁFICO N. 4.2



Coberturas de atenciones preventivas de los médicos en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

Atenciones por morbilidad, Tipos de diagnósticos y Tipos de consultas de los médicos en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

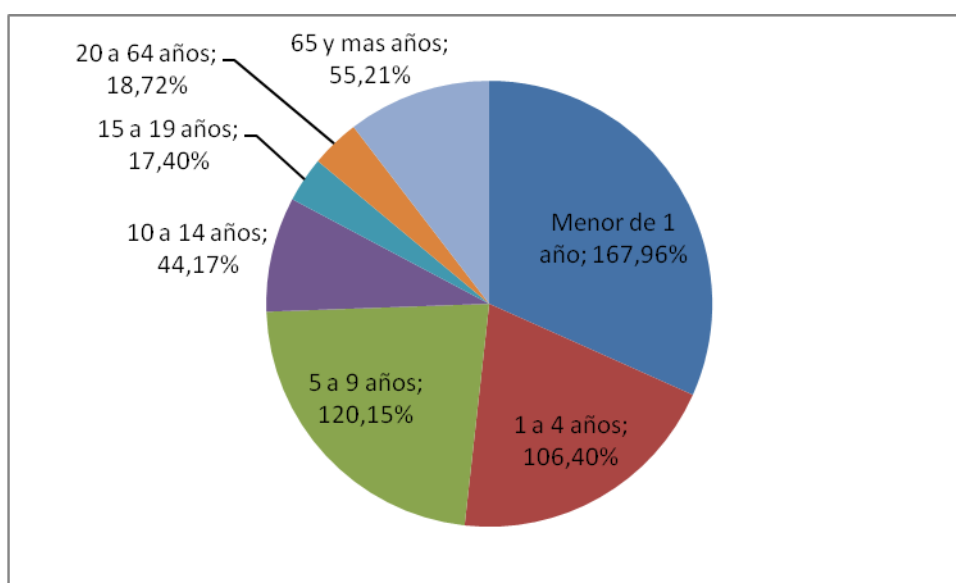
CUADRO No 4.3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD			
	NÚMERO DE PERSONAS		%
	Asignadas	Atendidas	Cobertura
Menor de 1 año	309	519	167,96%
1 a 4 años	1295	1378	106,40%
5 a 9 años	1722	2069	120,15%
10 a 14 años	1757	776	44,17%
15 a 19 años	1782	310	17,40%
20 a 64 años	9769	1829	18,72%
65 y mas años	1074	593	55,21%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En mayor porcentaje de cobertura corresponden a los grupos etáreos, menor de 1 año 167,96%, 5 a 9 años 120,15%, 1 a 4 años 106,40%, en menor porcentaje de cobertura están los grupos de 65 y más años 55,21%, 10 a 14 años 44,17%, 20 a 64 años 18,72%, 15 a 19 años 17,40%.

GRÁFICO N. 4.3



Coberturas de atenciones por morbilidad de los médicos en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

**Atenciones preventivas de la Obstetrix en el Subcentro de Salud “El Bosque”
durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010**

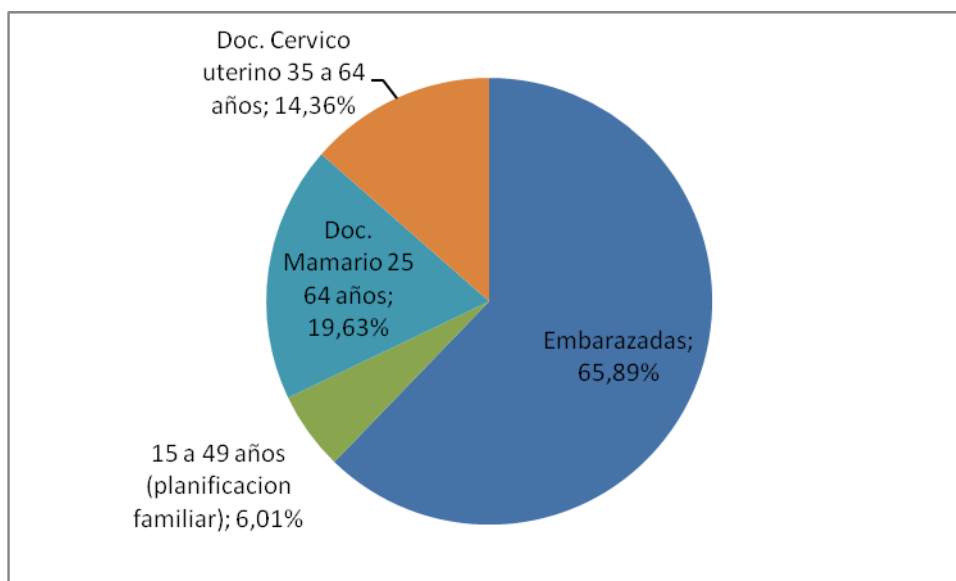
CUADRO No 4.4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS			
	Número de Personas		%
	Asignadas	Atendidas	Cobertura
Embarazadas	387	255	65,89%
<u>Edad fértil</u>			
15 a 49 años (planificación familiar)	5074	305	6,01%
<u>Detención oportuna del Cancer</u>			
Doc. Mamario 25 64 años	4284	841	19,63%
Doc. Cervico uterino 35 a 64 años	2764	397	14,36%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En las atenciones preventivas de la obstetrix en embarazadas alcanzó el 65,89%, en Doc. Mamario 25 64 años 19,63%, en Doc. Cervico uterino 35 a 64 años 14,36%. En un bajo porcentaje las atenciones 15 a 49 años (planificación familiar) con 6,01%. Sus coberturas son bajas.

GRÁFICO N. 4.4



Coberturas de atenciones preventivas de la Obstetrix en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

**Atenciones por morbilidad, Tipos de diagnósticos y Tipos de consultas de la
Obstetriz en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al
31 de diciembre del 2010**

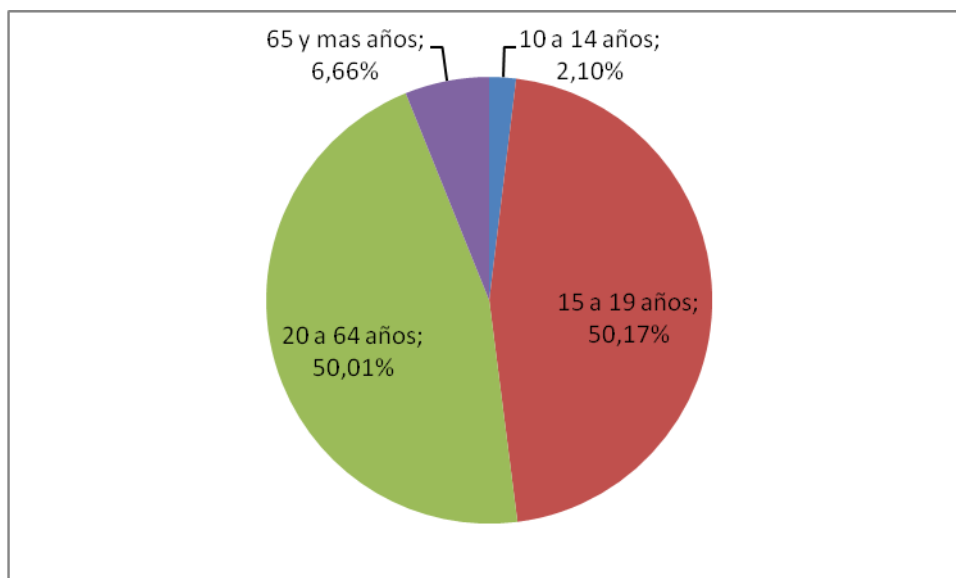
CUADRO No 4.5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS			
	NÚMERO DE PERSONAS		%
	Asignadas	Atendidas	Cobertura
10 a 14 años	1757	37	2,10%
15 a 19 años	881	442	50,17%
20 a 64 años	4945	2473	50,01%
65 y mas años	540	36	6,66%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En las atenciones por morbilidad de la obstetriz las coberturas en grupo de 15 a 19 años alcanzan solo el 50,17%, en el grupo de 20 a 64 años el 50,01%. Son muy bajas las coberturas en los grupos de 65 y mas años con 6,66%, 10 a 14 años 2,10%. Las coberturas por morbilidad son bajas.

GRÁFICO N. 4.5



**Coberturas de atenciones por morbilidad de la Obstetriz en el Subcentro de Salud
“El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010**

**Atenciones preventivas de las Enfermeras en el Subcentro de Salud “El Bosque”
durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010**

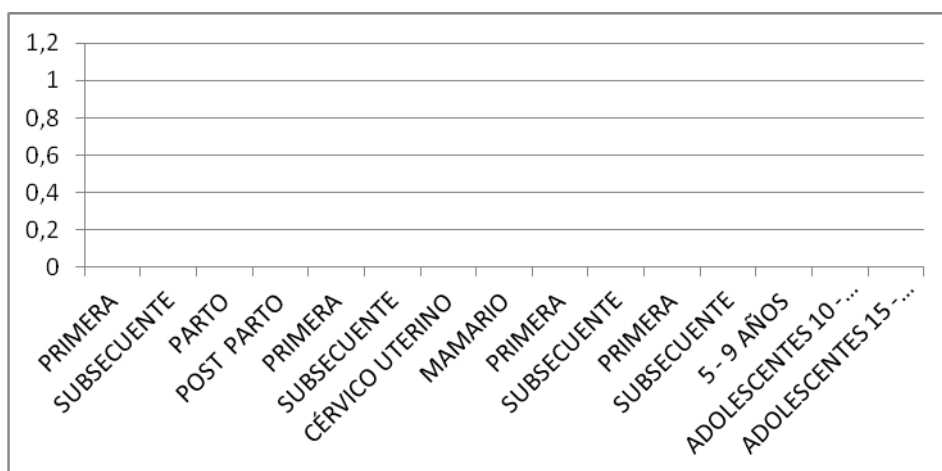
CUADRO No 4.6

ATENCIÓN PREVENTIVA														
MUJERES								NIÑOS					ADOLESCENTES 10 - 14 AÑOS	ADOLESCENTES 15 - 19 AÑOS
PRE NATAL		PARTO	POST PARTO	PLANIF. FAMILIAR		D. O. C.		< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5 - 9 AÑOS		
PRIMERA	SUBSECUENTE			PRIMERA	SUBSECUENTE	CÉRVICO UTERINO	MAMARIO	PRIMERA	SUBSECUENTE	PRIMERA	SUBSECUENTE			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: La acción principal que realizan las enfermeras en la unidad de salud es el cumplimiento del PAI, otras acciones preventivas no están registradas.

GRÁFICO N. 4.6



**Atenciones preventivas de las enfermeras en el Subcentro de Salud “El Bosque”
durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010**

Atenciones por morbilidad, Tipos diagnósticos y Tipos de consultas de las Enfermeras en el subcentro de salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

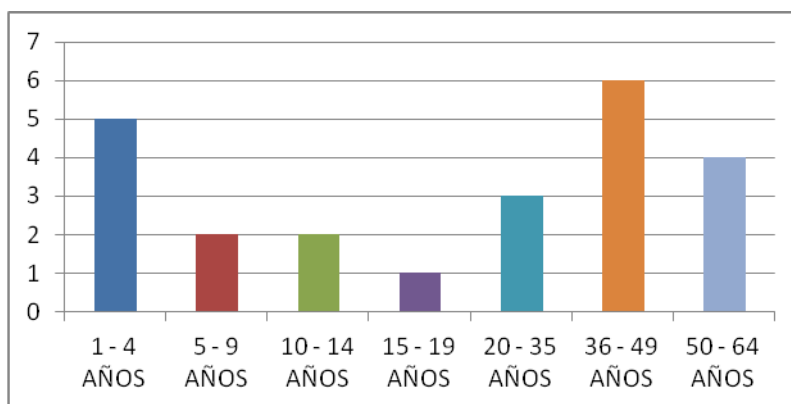
CUADRO No 4.7

																	E	H		
																	HOSPITALES			
GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD										DIAGNÓSTICO	TIPO DE ATENCIÓN			ÓRDENES	TIEMPO					
MENOR DE 1 MES	1 - 11 MESES	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	20 - 35 AÑOS	36 - 49 AÑOS	50 - 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS	CLASE		PRIMERA	SUBSECUENTE	INTERCONSULTA REALIZADA	INTERCONSULTA SOLICITADA	REFERENCIA	CERTIFICADO MÉDICO	HORAS ASIGNADAS	HORAS TRABAJADAS	DÍAS LABORADOS
										PRESUNTIVO	DEFINITIVO - CONTROL									
0	0	5	2	2	1	3	6	4	0	14	9	14	9	0	0	0	0	2206	2206	314
0	0	5	2	2	1	3	6	4	0	14	9	14	9	0	0	0	0	2206	2206	314

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Las coberturas de atenciones en morbilidad son bajas debido a que las funciones de enfermería son de otra naturaleza y generalmente las atenciones realizadas son de curaciones, administración de medicamentos para pacientes del programa de TB.

GRÁFICO N. 4.7



Atenciones por morbilidad de las Enfermeras en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

**Atenciones preventivas de las Odontólogos en el Subcentro de Salud “El Bosque”
durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010**

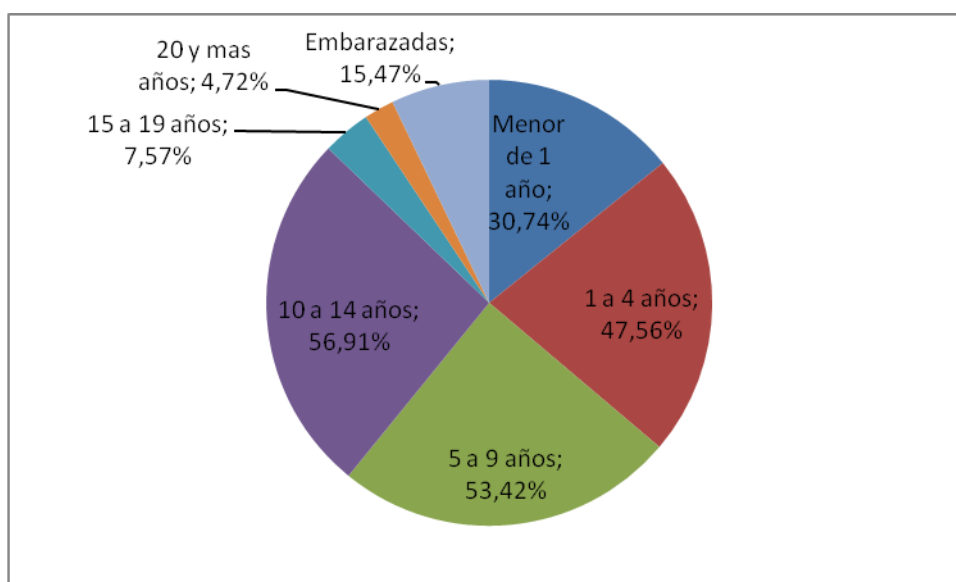
CUADRO No 4.8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS			
	NÚMERO DE PERSONAS		%
	Asignadas	Atendidas	Cobertura
Menor de 1 año	309	95	30,74%
1 a 4 años	1295	616	47,56%
5 a 9 años	1722	920	53,42%
10 a 14 años	1757	1000	56,91%
15 a 19 años	1782	135	7,57%
20 y mas años	9769	462	4,72%
Embarazadas	387	176	15,47%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Las Atenciones preventivas de las Odontólogos presentan coberturas algo bajas en los grupos de 10 a 14 años con 56,91%, 5 a 9 años en 53,42%, 1 a 4 años 47,56%, Menor de 1 año el 30,74%. Con bajas coberturas están Embarazadas 15,47%, 15 a 19 años 7,57%, 20 y mas años 4,72%. Son significativamente bajas las coberturas de este servicio en prevención.

GRÁFICO N. 4.8



Coberturas de atenciones preventivas por las 2 Odontólogos en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

Atenciones por morbilidad, Tipos de diagnósticos y Tipos de consultas de las dos Odontólogas en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

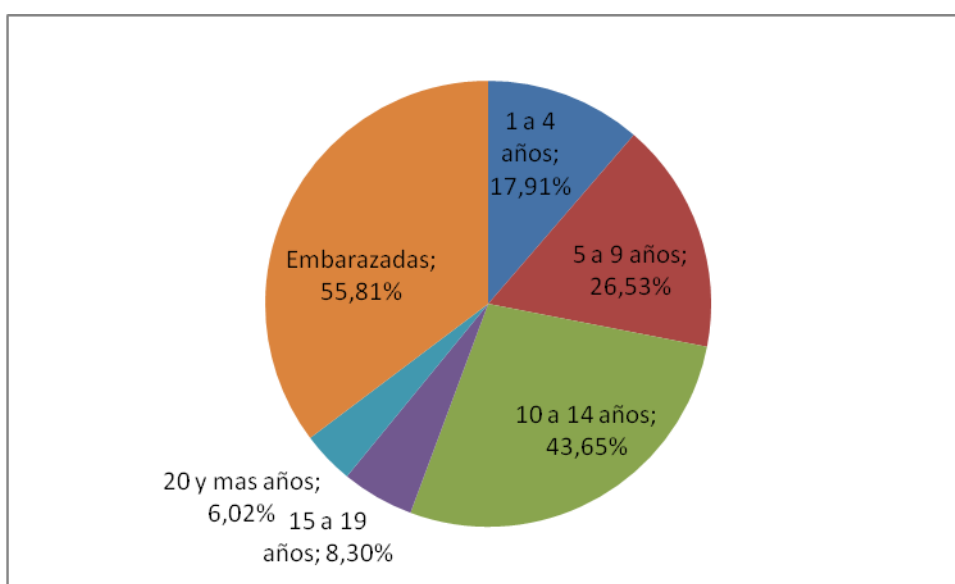
CUADRO No 4.9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS			
	NÚMERO DE PERSONAS		%
	Asignadas	Atendidas	Cobertura
1 a 4 años	1295	232	17,91%
5 a 9 años	1722	457	26,53%
10 a 14 años	1757	767	43,65%
15 a 19 años	1782	148	8,30%
20 y mas años	9769	589	6,02%
Embarazadas	387	216	55,81%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Las atenciones por morbilidad de las odontólogas alcanzaron coberturas algo bajas el grupo de Embarazadas con 55,81%, de 10 a 14 años el 43,65%, 5 a 9 años con 26,53%. Coberturas muy bajas en los grupos de 1 a 4 años 17,91%, 15 a 19 años el 8,30%, 20 y más años 55,81%. Son muy significativas las coberturas bajas de atenciones por morbilidad en este servicio.

GRÁFICO N. 4.9



Coberturas de atenciones por morbilidad de las dos odontólogas en el Subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

Coberturas de Prevención por Inmunizaciones

CUADRO No 4.10

Programa Ampliado de Inmunizaciones coberturas de vacunación del SCS. “El Bosque” Área 1, 2010

11 MESES 2010	COBERTURAS DE VACUNACIÓN																			
UNIDAD OPERATIVA	SRP	COB	R. DPT	COB	R OPV	COB	DTM	COB	S.R.P	COB	Varicela	COB	Varicela	COB	HB	COB	DTa EMB	COB	DTa EMB	COB
SCS. “EL BOSQUE”	251	78,7	283	88,7	283	88,7	627	100,2	526	88,0	465	77,8	446	78,8	106	20,2	252	65,1	479	9,4

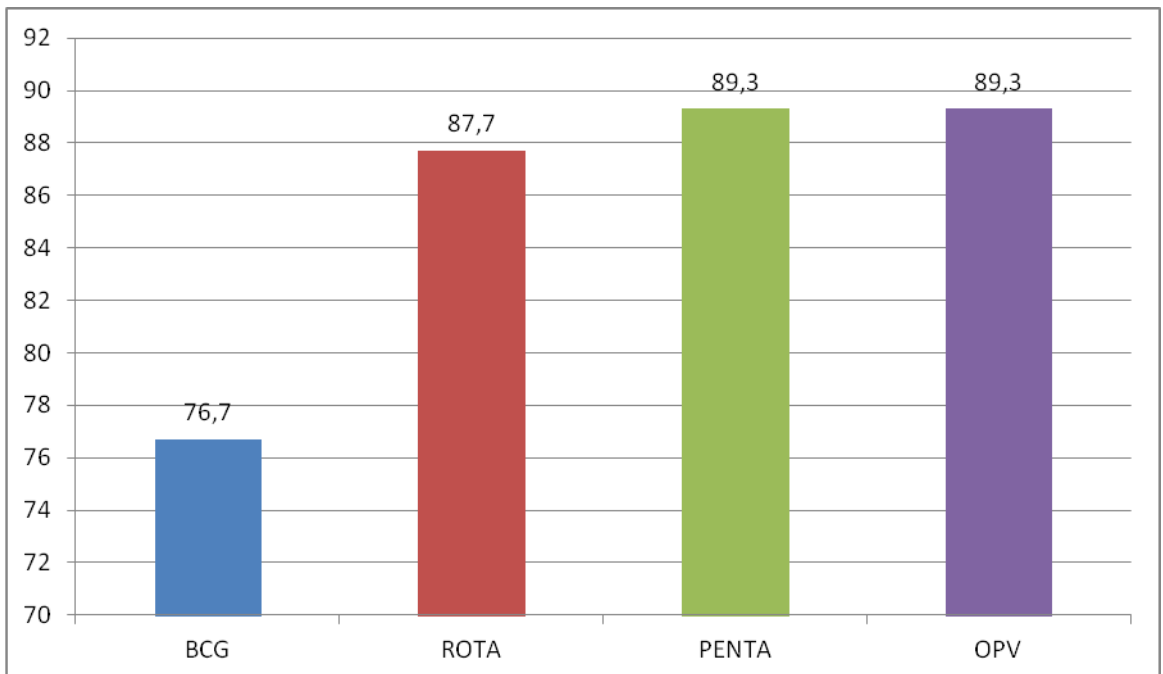
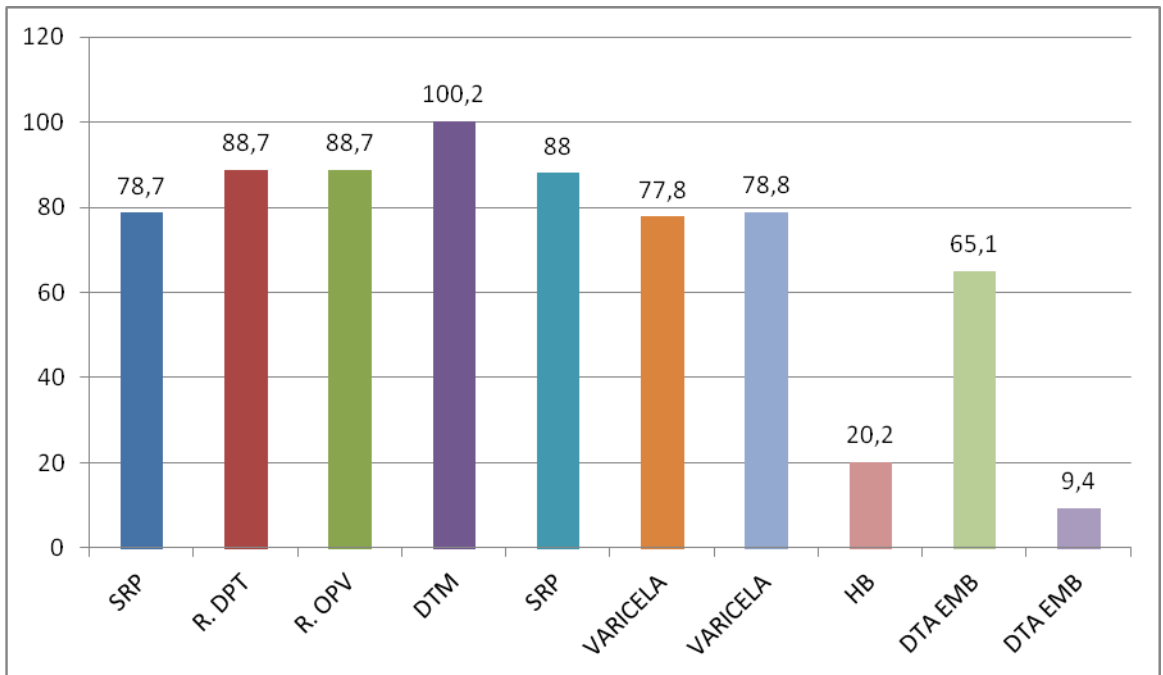
ANUAL 2010	POBLACIÓN									VACUNADOS COBERTURAS									
UNIDAD OPERATIVA	< 1 AÑO	12 A 23M	1° Básica	2° Básica	6° Básica	7° Básica	EMB.	MEF	HOMBRES	BCG	COB	ROTA	COB	PENTA	COB	OPV	COB	FA	
SCS. “EL BOSQUE”	309	319	626	598	566	524	387	5074	5669	237	76,7	271	87,7	276	89,3	276	89,3	235	

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: La gráfica nos demuestra las diferentes coberturas alcanzadas, observándose que las mayores coberturas es la vacuna DTM con el 100,2%, OPV y PENTA con 89,3%, refuerzo de OPV y refuerzo DPT con 88,7%, rotavirus 87,7% varicela 78,8%, SRP 78,7%, BCG 76,7%. Las más bajas coberturas corresponden a las vacunas Hepatitis B 20,2%, y DT a EMB con 9,4%.

Cabe resaltar que en comparación con años anteriores las coberturas alcanzadas en el 2010 están incrementadas, en algunos tipos de vacunas, aunque estas coberturas no están en los porcentajes según las normas del MSP y del PAI.

GRÁFICO No 4.10



Coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en SCS.

“El Bosque” Área 1, 2010

CUADRO No. 4.11

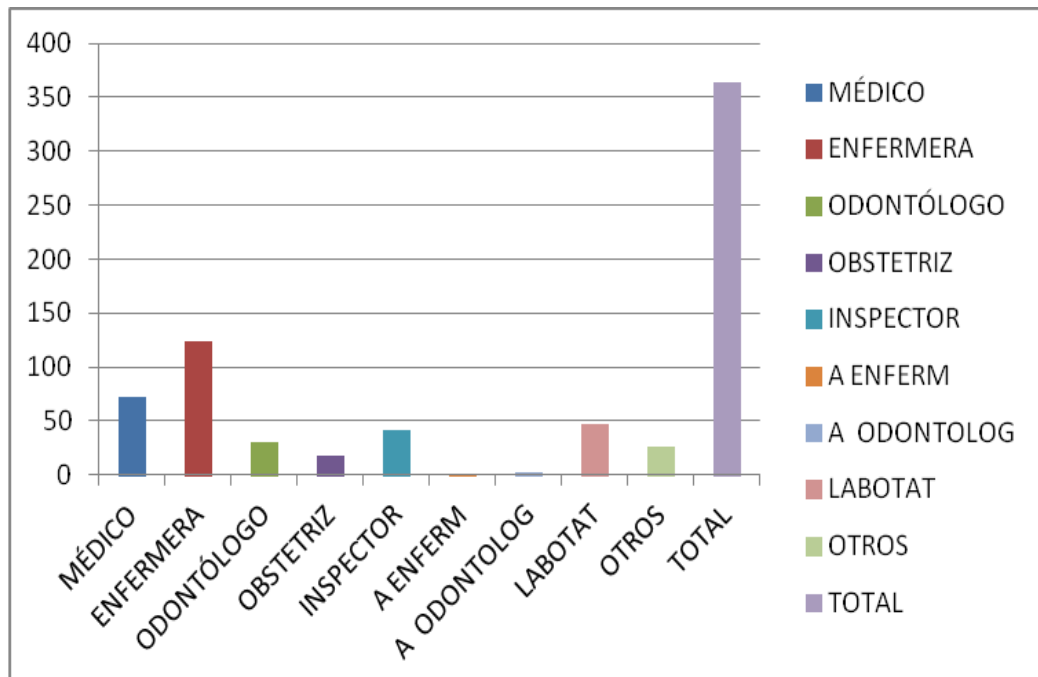
Concentración de charlas dadas por el equipo del SCS. “El Bosque” ÁREA 1 de Machala, año 2010

U. DE SALUD	MÉDICO	ENFERMERA	ODONTÓLOGO	OBSTETRIZ	INSPECTOR	A ENFERM	A ODONTOLOG	LABORATORISTA	OTROS	TOTAL
SCS “EL BOSQUE”	73	124	31	18	41	1	3	47	26	364

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: se realizaron 364 charlas educativas a 8686 usuarios que asistieron. Estas fueron presentadas por las enfermeras en número de 124, los dos médicos expusieron 73 charlas, los odontólogos 31, la profesional de laboratorio 47, la Obstetrix 18 charlas, entre otros la interna de medicina, pasantes de sicología clínica con 26 charlas. Las charlas educativas requieren ser presentadas con más frecuencias como actividades de promoción de salud, utilizando material educativo que debería ser entregado con más continuidad por el MSP.

GRÁFICO No 4.11



Concentración de charlas dadas por el equipo del SCS. “El Bosque” ÁREA 1 de Machala, año 2010

CUADRO No. 4.12

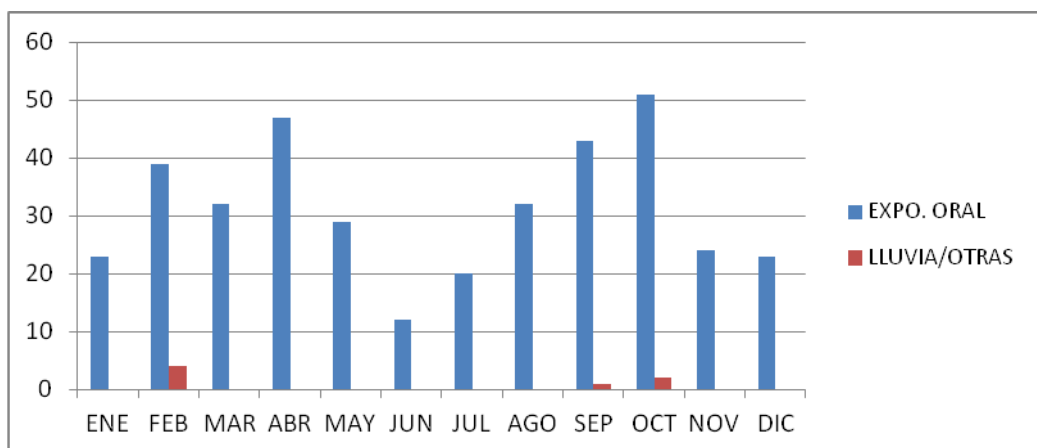
TÉCNICAS EMPLEADAS EN LAS CHARLAS AÑO 2010

SCS. "EL BOSQUE"		
MESES	TÉCNICA	
	EXPO. ORAL	LLUVIA/OTRAS
ENE	23	
FEB	39	4
MAR	32	
ABR	47	
MAY	29	
JUN	12	
JUL	20	
AGO	32	
SEP	43	1
OCT	51	2
NOV	24	
DIC	23	
TOTAL	375	7

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. "El Bosque". 2011

Análisis: La más frecuente de las técnicas empleadas en las charlas educativas fueron las de expresión oral en un total de 375. Utilizando otras técnicas en un número de 7. Se requiere material educativo para fortalecer las charlas de promoción de salud en la unidad.

GRÁFICO No 4.12



Técnicas empleadas en las charlas año 2010

4.5. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS (STÁNDARES)

- EFICACIA
- EFECTIVIDAD

CUADRO No. 4.13

4.5.1. POA 2010 Y METAS CUMPLIDAS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” AL FINAL DEL AÑO.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA AREA N1 DRA. MABEL ESTUPIÑAN PROGRAMACION OPERATIVA LOCAL 2010 MATERNA E INFANTIL UNIDAD OPERATIVA: SCS “EL BOSQUE”												
NORMAS		PROGRAMACION PARA EL AÑO 2010										
Cobertura	Concentración	Grupo	Población por grupos programáticos para el año 2009	Tipo de Actividades	% de Cobertura Programada	No de 1ras Consultas Y /O Dosis	Concent. Programada	METAS CUMPLIDAS 2010				
								% de Coberturas alcanzadas 2010	No de 1ras Consultas Y /O Dosis	Concent. Alcanzadas		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
80%	5	LACTANTES MENORES DE 1 AÑO 309	309	CONTROL DE SALUD	80%	247	3	51,8%	160	2,7		
100%	1			VACUNACION B.C.G.	60,0%	185	1	76,7%	237			
	3			V. PENTAVALENTE (DPT-HB-Hib) (3ra.dosis)	85,0%	263	3	89,3%	283			
	2			V. ROTAVIRUS	80,0%	247	2	87,7%	271	81,7		
	2			V. INFLUENZA PEDIATRICA (a partir 6to mes)	75,0%	232	2	73%	220			
	3			VACUNA OPV (POLIO) (3ra dosis)	85,0%	263	3	89,3%	276			
80%	3			SUPLEMENTACION CON HIERRO	80,0%	247	3	253%	783			
100%	1			SUPLEMENTACION VITAMINA "A"	80,0%	247	1	207%	642			
25%	2			PREESCOLARES 1 A 4 AÑOS 1295	12 a 23 MESES 332	CONTROL DE SALUD	30,0%	389	2,0	12,5%	162	2,6
5%	1					VACUNACION B.C.G.						
100%	1	VACUNACION TRIPLE VIRAL "SRP"	75,0%			249	1	78,7%	251			
60%	2	SUPLEMENTACION VITAMINA A	60,0%			199	2	159%				
20%	3	VACUNACION D.P.T. (3 dosis)										

					VACUNACION OPV (3 dosis)						
100%	1				REFUERZO D.P.T	80,0%	266	1	85,7%	283	
					REFUERZO OPV - ANTIPOLIO	80,0%	266	1	85,7%	283	
25%	2				SUPLEMENTACION CON HIERRO	20,0%	259	2	65%	815	
60%	2				SUPLEMENTACION VITAMINA A	40,0%	518	2	40,92%	530	
100%	1	ESCOLARES 5 a 9 años 1721	MATRICULADOS en 1ro de BASICA	580	CONTROL DE SALUD	80,0%	464	1	37,2%	641	1,0
100%	1		MATRICULADOS en 2do de BASICA	595	VACUNACION D.T.	95,0%	565	1	96%	571	
100%	1	ADOLESCENTES 10 a 19 años 3513	MATRIC. 6to. BASICA y 1ro BACHILLERATO	574	CONTROL DE SALUD	80,0%	459	1	8,2%	289	1,0
100%	3		MATRICULADOS EN 7mo EDUCACION BÁSICA	503	VACUNACION H B	95,0%	478	3	20,2%	106	
100%	1		MATRIC. EN 2do años de bachillerato	357	VACUNACION D.T.	100,0%	357	1	81%	284	
Cobertura	Concentración	Grupo	Población por grupos programáticos para el año 2009		Tipo de Actividades	% de Cobertura Programada	No de 1ras Consultas y /o Dosis	Concentrados Programada	% De Coberturas Realizadas 2010	No de 1ras Consultas Y /O Dosis	Concent. Alcanzadas
80%	5	EMBARAZADAS	386		CONTROL DE SALUD	75,0%	290	3,0	51,7%	200	4,0
100%	2				VACUNACION d.T.	70,0%	270	2	65,1%	252	
100%	1				CONTROL DEL POST-PARTO	50,0%	193	1	37,7%	146	1,0
80%	5				ENTREGA DE ACIDO FOLICO	80,0%	308	5	65%	308	
80%	5				SUPLEMENTACION CON HIERRO	80,0%	308	5	120%	462	
3%	4	MEF MUJERES EN EDAD FERTIL 10 - 49 AÑOS	5.869		PLANIFICACION FAMILIAR (GEST. ORAL)	4,0%	235	4,6	4,9%	249	5,7
2%	1				PLANIFICACION FAMILIAR (DIU)	1,0%	59	1,0	0,6%	35	2,0
5%	4				PLANIFICACION FAMILIAR (Otros Métodos)	3,0%	176	2,0	1,5%	88	1,0
100%	2				VACUNACION D.T. (AREA DE RIESGO)	25,0%	1.467	2,0	27%	1098	16,6
20%	1	DOC 35 - 64 AÑOS	2.869		DETECCION OPORTUNA DEL CANCER CERVICO UTERINO	20,0%	573	1	11,6%	320	1,0

20%	1	DOC 25 -64 AÑOS	4.183	DETECCION OPORTUNA DEL CANCER MAMARIO	10,0%	418	1	15,7%	672	1,0
80%	1	ADULTO DE 65 AÑOS	306	VACUNACION CON NEUMOCOCO POLISACARIDO	80,0%	245	1	65%	201	0,8

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: Este cuadro demuestra el programa operativo anual del 2010 y las metas cumplidas por el equipo de salud durante ese año, el cual demuestra que no se cumplió en los porcentajes y coberturas esperadas.

**PROGRAMACION DE INSPECTORIA DE SALUD 2010 Y METAS
ALCANZADAS AL FINAL DEL AÑO.**

CUADRO No. 4.14

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA AREA N1 DRA. MABEL ESTUPIÑAN PROGRAMACION DE INSPECTORIA DE SALUD 2010 UNIDAD OPERATIVA: SCS. "EL BOSQUE"					
Actividades	Población	% De Cobertura Programada	% de Cobertura Realizadas	Concentración Programada	Concentración Alcanzada
ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES	265	100	95%	4	3,8
FARMACIAS	19	100	90%	4	3,7
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	6	100	99%	4	4,0
VISITAS DOMICILIARIAS		100	91%	1	0,9
PERIODICO MURAL	12	100	100%	1	1
VACUNACION CANINA	2442	100	98%	1	1
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	84	100	100%	4	4
CHARLAS EN GENERAL	48	100	95%	1	0,95
ENTREGA DE CLORO A LA COMUNIDAD	30	100	100%	1	1
ENTREGA DE MATERIAL EDUCATIVO		100	80%		
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		100	90%		
APOYO PAI		100	100%		
APOYO ESTADISTICA		100	100%		
GESTIONES INTER. Y EXTERNAS		100	100%		
BUSQUEDA DE PCTES		100	100%		
LABORES DE OFICINA		100	100%		
CONTROL CALIDAD DE AGUA	12	100	100%	1	1
OTROS		100	100%		
ASISTENCIA A REUNIONES		100	100%		
CONTROL DE BIOSEGURIDAD Y RIESGO LABORAL EN PRODUCTOS QUIMICOS, ASERRIOS, TALLERES DE PINTURAS Y MECANICOS, ETC.	56	100	100%	1	1

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. "El Bosque". 2011

POA 2010, COBERTURAS Y CONCENTRACION ALCANZADAS AL FINAL DEL AÑO POR CONSULTA DE ODONTOLOGIA EN ATENCIÓN DE PREVENCIÓN

CUADRO No. 4.15

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA AREA N1 DRA. MABEL ESTUPIÑAN PROGRAMACION DE ODONTOLOGIA 2010 UNIDAD OPERATIVA SCS EL BOSQUE									
Grupos	Norma de cobertura según el programa	Programación para el año 2010							
		Población 2010	% de Cobertura Programada programadas	No de 1ras consultas	Concentración Programada	Total consultas prevención programadas 2010	% de Cobertura Alcanzada	No de 1ras consultas realizadas	Concentración Alcanzada
			%	No					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Menores de 1 año	3%	309	42,0%	130	1,0	135	31%	95	1,0
1 a 4 años	10%	1.295	42,0%	544	1,0	572	47,6%	616	1,1
5 a 9 años (Escolares Programados)	50%	648	56,3%	365	1.3	506	53,4%	80	1.1
10 a 14 años (Escolares Programados)	50%	364	60,0%	213	1,0	220	26,6%	34	1.1
Embarazadas	50%	386	50,0%	193	1,0	194	45,5%	176	1.2

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. "El Bosque". 2011

Análisis: En la cobertura programada para el 2010 en Estomatología en prevención no se alcanzaron en la mayoría al final del año. En el grupo de 1 – 4 años si supero la cobertura, programada con un 10% y se alcanzo el 47,6%.

POA 2010, COBERTURAS Y CONCENTRACION ALCANZADAS AL FINAL DEL AÑO POR CONSULTA DE ODONTOLOGIA EN ATENCIÓN DE MORBILIDAD.

CUADRO No. 4.16

GRUPOS	NORMA DE COBERTURA SEGÚN EL PROGRAMA	ATENCIÓN DE MORBILIDAD					
		TOTAL CONSULTAS DE MORBILIDAD Y METAS CUMPLIDAS EN EL 2009		CONSULTAS DE MORBILIDAD Y METAS PROGRAMADAS 2010		TOTAL CONSULTAS DE MORBILIDAD Y METAS CUMPLIDAS EN EL 2010	
		No	%	%	No	No	%
1	2	3	4	5	6	7	8
MENORES DE 1 AÑO	3%						
1 a 4 AÑOS	10%	225	17,4%	17,7%	230	232	17,8%
5 A 9 AÑOS (Escolares programados)	50%	235	36,2%	36,2%	235	457	71%
10 A 14 AÑOS (Escolares programados)	50%	53	14,5%	15,1%	55	224	64%
EMBARAZADAS	50%	220	56,9%	56,9%	220	216	56,4%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

Análisis: En la cobertura programada para el 2010 en Estomatología en morbilidad si se alcanzaron en todos los grupos etéreos al final del año. En el grupo de 5 – 9 años si supero la cobertura, programada en un 36,2% fue superada ampliamente alcanzando el 71%, en el grupo de 10 – 14 años con una cobertura programada del 15,1%, alcanzó el 64%

CONSOLIDADO DE ATENCIONES DE LABORATORIO Y DESPACHO DE RECETAS POR FARMACIA PROGRAMADOS Y REALIZADOS 2010

CUADRO No. 4.17

Actividades De Laboratorio, De Diagnóstico del Subcentro de Salud “El Bosque” desde el: 01/01/2010 hasta el: 31/12/2010

COMPONENTES		ATENCIONES DE LABORATORIO PORGRAMADAS	ATENCIONES DE LABORATORIO REALIZADAS	% DE METAS CUMPLIDAS
LABORATORIO CLINICO	HEMATOLÓGICOS	2500	2658	106,3%
	BACTERIOLÓGICOS	0	0	0
	QUÍMICA SANGUÍNEA	50	57	114%
	MATERIAS FECALES	1600	1655	103,4%
	ORINA	1200	1405	117%
	OTROS EXÁMENES	4000	4124	103,1%
ANATOMÍA PATOLÓGICA	TOTAL DE EXÁMENES	9000	9899	109,9%
	HISTOPATOLÓGICOS	0	0	0
	AUTOPSIAS MÉDICAS	0	0	0
	LEGALES CLÍNICAS	0	0	0
IMAGENOLOGIA	ECOGRAFÍAS	0	0	0
	RADIO TERAPIA PROFUNDA	0	0	0
OTRAS PRUEBAS DE DIAGN. ISOTOPOS	ELECTROENCEFALOGRAMAS	0	0	0
	ELECTROCARDIOGRAMAS	0	0	0
	METABOLISMO BASAL	0	0	0
	OTRAS PRUEBAS	0	0	0
	ESTUDIOS DE FERROQUINOS	0	0	0
	ESTUDIOS DE VOLUMEN SANGUÍNEO	0	0	0
	SANGUÍNEO	0	0	0
	OTROS	0	0	0
FARMACIA RECETAS DESPACHADAS		15000	15786	105,2%
KILOS DE ROPA LAVADA		160	170	106,2%

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

RESULTADOS

4.5.2. EFICACIA

CUADRO No. 4.18

COBERTURAS Y CONCENTRACIONES PARA CADA ACTIVIDAD ESTABLECIDAS POR EL MSP		Tipo de Actividades	POA 2010		METAS CUMPLIDAS 2010	
Cobertura	Concentración		% de Cobertura Programada	Concent. Programada	% de Coberturas alcanzadas 2010	Concent. Alcanzadas
1	2	5	6	8	9	11
80%	5	CONTROL DE SALUD	80%	3	51,8%	2,7
100%	1	VACUNACION B.C.G.	60,0%	1	76,7%	
	3	V. PENTAVALENTE (DPT-HB-Hib) (3ra.dosis)	85,0%	3	89,3%	
	2	V. ROTAVIRUS	80,0%	2	87,7%	81,7
	2	V. INFLUENZA PEDIATRICA (a partir 6to mes)	75,0%	2	73%	
	3	VACUNA OPV (POLIO) (3ra dosis)	85,0%	3	89,3%	
80%	3	SUPLEMENTACION CON HIERRO	80,0%	3	253%	
100%	1	SUPLEMENTACION VITAMINA "A"	80,0%	1	207%	
25%	2	CONTROL DE SALUD	30,0%	2,0	12,5%	2,6
5%	1	VACUNACION B.C.G.				
100%	1	VACUNACION TRIPLE VIRAL "SRP"	75,0%	1	78,7%	
60%	2	SUPLEMENTACION VITAMINA A	60,0%	2	159%	
20%	3	VACUNACION D.P.T. (3 dosis)				
		VACUNACION OPV (3 dosis)				
100%	1	REFUERZO D.P.T	80,0%	1	85,7%	
		REFUERZO OPV - ANTIPOLIO	80,0%	1	85,7%	
25%	2	SUPLEMENTACION CON HIERRO	20,0%	2	65%	
60%	2	SUPLEMENTACION VITAMINA A	40,0%	2	40,92%	
100%	1	CONTROL DE SALUD	80,0%	1	37,2%	1,0
100%	1	VACUNACION D.T.	95,0%	1	96%	
100%	1	CONTROL DE SALUD	80,0%	1	8,2%	1,0
100%	3	VACUNACION H B	95,0%	3	20,2%	
100%	1	VACUNACION D.T.	100,0%	1	81%	
Cobertura	Concentración	Tipo de Actividades	% de Cobertura Programada	Concentrados Programada	% De Coberturas Realizadas 2010	Concent. Alcanzadas
80%	5	CONTROL DE SALUD	75,0%	3,0	51,7%	4,0
100%	2	VACUNACION d.T.	70,0%	2	65,1%	
100%	1	CONTROL DEL POST-PARTO	50,0%	1	37,7%	1,0
80%	5	ENTREGA DE ACIDO FOLICO	80,0%	5	65%	
80%	5	SUPLEMENTACION CON HIERRO	80,0%	5	120%	
3%	4	PLANIFICACION FAMILIAR (GEST. ORAL)	4,0%	4,6	4,9%	5,7
2%	1	PLANIFICACION FAMILIAR (DIU)	1,0%	1,0	0,6%	2,0

5%	4	PLANIFICACION FAMILIAR (Otros Métodos)	3,0%	2,0	1,5%	1,0
100%	2	VACUNACION D.T. (AREA DE RIESGO)	25,0%	2,0	27%	16,6
20%	1	DETECCION OPORTUNA DEL CANCER CERVICO UTERINO	20,0%	1	11,6%	1,0
20%	1	DETECCION OPORTUNA DEL CANCER MAMARIO	10,0%	1	15,7%	1,0
80%	1	VACUNACION CON NEUMOCOCO POLISACARIDO	80,0%	1	65%	0,8

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. "El Bosque". 2011

Análisis: Están establecidas coberturas y concentraciones para las unidades del primer nivel de atención que constan en las dos primeras columnas de este cuadro y que todas las unidades están obligadas a cumplirlas.

No se alcanzaron las coberturas y concentraciones propuestas en el POA 2010 por el equipo de salud al final del año.

En las atenciones médicas las coberturas programadas para control de salud en el 80%, concentración del 3%, en los menores de 1 año, se alcanzaron 51,8% con una concentración del 2,7, de 1 a 4 años la cobertura programada del 30% y concentración de 2,0%, alcanzaron al final del año en coberturas el 12,5% con una concentración del 2,6, en los adolescente la cobertura programada en un 80% con una concentración del 1 es muy baja las coberturas realizadas en el 8,2% con una concentración de 1 al final del 2010.

En las atenciones de la Obstetriz, las coberturas programadas de control prenatal 75% y concentración de 3,0, alcanzaron una cobertura del 51,7% con una concentración de 4, en los controles post parto en una cobertura programada del 50% con concentración de 1, alcanzaron el 37,7% con una concentración del 1,0. En planificación familiar las coberturas programada de géstatenos orales es del 4,0% siendo la media del MSP del 3%, alcanzaron la cobertura del 4,9%, siendo esta la única que alcanzo la cobertura deseadas.

Las atenciones Estomatológicas en prevención en menores de 5 años están consideradas como controles de salud y son similares al de los médicos.

Las inmunizaciones se observa que las que alcanzaron y superaron las coberturas y concentraciones programadas fueron V. Pentavalente (DPT-HB-Hib) (3ra.dosis), V. Rotavirus, Vacuna OPV (POLIO) (3ra dosis), Vacunación Triple Viral "SRP", Refuerzo

D.P.T, Refuerzo OPV – Antipolio, Vacunación D.T. (Área de Riesgo). Las que son inferiores a las coberturas y concentración programadas son , Vacunación con Neumococo Polisacárido 65%, Vacunación D.T., V. Influenza Pediátrica (a partir 6to mes) y la más baja de las coberturas siendo programada con el 95% la vacuna H B a penas se obtuvo el 20,2%.

Se alcanzaron coberturas superiores en laboratorio e inspector de salud.

En la entrega de micronutrientes, las coberturas programadas de hierro, vitamina A, ácido fólico si se cumplieron estas coberturas.

Se destaca que en la disponibilidad, las horas médico, horas obstetrix, horas enfermeras, horas odontólogas no alcanzaron al laborar en las atenciones de acuerdo a las horas contratadas, de igual manera la concentración es menor a la programada.

4.5.3. EFECTIVIDAD

En una encuesta realizada a 394 personas para medir el grado de satisfacción de los usuarios que acuden por atención al subcentro de salud “El Bosque” entre otras preguntas se mencionó lo siguiente:

¿ENCONTRÓ SOLUCIÓN A SU PROBLEMA DE SALUD?

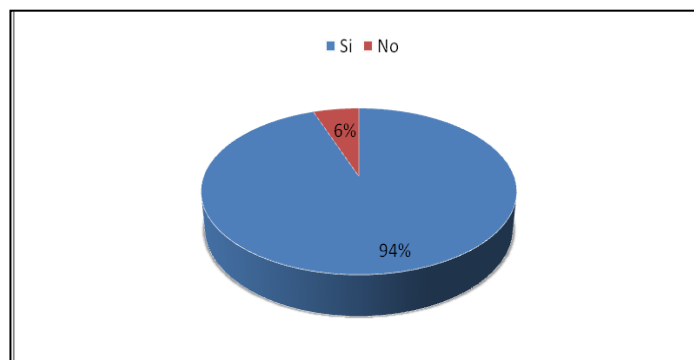
CUADRO No. 4.19

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	371	94.00
No	22	6.00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta

Análisis: El 94% menciona que sí se solucionó los problemas de salud que presentaban, y en un 6% refieren que no tuvieron solución sus problemas de salud, lo que demuestra que las atenciones, como efecto de estas lograron en un mayoritario porcentaje mejoría en sus dolencias, siendo efectivas estas.

GRÁFICO No 4.13



¿ENCONTRÓ SOLUCIÓN A SU PROBLEMA DE SALUD?

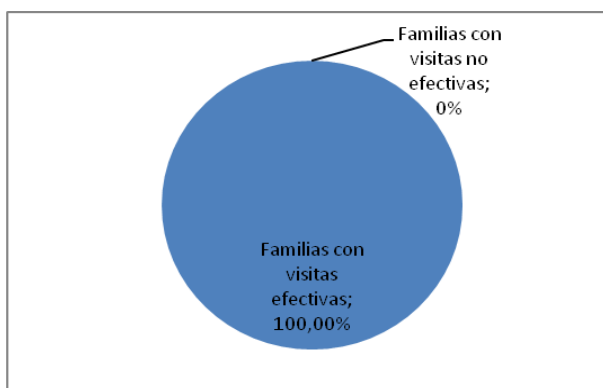
En otro informe de las actividades extra murales realizadas por el EBAS durante el primer semestre del 2010 a 380 familias en diferentes barrios del área de cobertura del Subcentro “El Bosque” se registra que del total de visitas domiciliarias realizadas, todas fueron efectivas, encontrando buena aceptación y disponibilidad en estas y además realizaron más de tres actividades en cada una de ellas, que según la norma cumplen el requisito de visitas domiciliarias efectivas. En conclusión corresponde al 100% según registra este informe de efectividad durante a la atención a las familias.

CUADRO No 4.20

380 familias visitadas por el EBAS, durante el primer semestre del 2010

Familias con visitas efectivas	380	100,00%
Familias con visitas no efectivas	0	0%

GRÁFICO No 4.14



PROPUESTA DE PLAN DE ACCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS COBERTURAS DE LA ATENCIÓN.

CUADRO No. 4.21

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA AREA N1 DRA MABEL ESTUPIÑAN PLAN DE ACCIÓN					
ITEMS	OBJETIVO	ACCIONES	META	RESPONSABLES	FUENTES DE VERIFICACION
Coberturas bajas en a tenciones prenatales, post parto y planificación familiar	Ayudar a aumentar las coberturas en a tenciones prenatales, post parto y planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciar a las pacientes durante los controles prenatales, la importancia de la consulta postparto. • Captar a los usuarios de postparto durante la visita para la vacunación de BCG al R.N. • Visita domiciliaria aquellos pacientes que no acuden al control postparto y que de acuerdo al registro de control prenatal. Cumplieron su embarazo y se espera 15 días para la visita correspondiente. • Fomentar y promocionar los servicios en Gineco-obstetricia y gratuidad de las mismas intramural y extramural. • Atención prenatal con calidez y calidad. • Mantener Stock de suplementos como: hierro multivitaminas y minerales, bebidas, y acido fólico. • Cumplir con atención complementaria como: inmunización control y tratamiento, control odontológico y laboratorio. • Visitas domiciliarias para aquellas usuarias que no cumplen con sus controles subsecuentes. • Valoración y referencia oportuna a un segundo nivel, usuarios que presenten complicaciones durante su embarazo. 	Incrementar la cobertura del (2010) en un 45%	Obstetriz	Concentrado mensual y monitoreo
Índice de caries alto	Disminuir las caries dentales en la población de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento y prevención (profilaxis, flour, y sellantes) de un barrio de mayor riesgo. • Talleres de técnica de cepillado dirigido a los padres, profesores y estudiantes de la escuela promotora (Paul Harris). • Taller sobre nutrición, dirigido a estudiantes, padres profesores y dueños de los bares. 	Disminución del índice de caries dental en un 30%	Odontólogas	<ul style="list-style-type: none"> • Historias Clínicas • Registro de asistencia a talleres • Fotografías pre y posoperatoria • Inspección de Jefa de área.
Investigación e intervención de casos del SIVE - ALERTA baja	mejorar la investigación e intervención de sive - alerta	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria, para investigación y toma de muestra de grupo familiar y contactos. • Seguimiento de casos para intervención adecuada 	Aumentar la investigación e inversión de casos	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de firmas de visita domiciliaria • Resultado de exámenes realizados

Porcentaje alto de embarazadas adolescentes	Bajar el porcentaje de embarazadas en adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Talleres de educación sexual y sexualidad para adolescentes de la comunidad de nuestra cobertura. Talleres de Educación sexual y sexualidad para adolescentes de un barrio de mayor riesgo Formación de un club de adolescentes en la unidad 	Disminuir el número de embarazadas adolescentes	Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Registro de firmas de asistentes a talleres Registro e entrega del club Fotografía de talleres
Malnutrición en embarazadas	Mejorar la malnutrición en embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo de todas las embarazadas con exámenes correspondientes. Entrega de suplementos nutrientes, hierro a todas las embarazadas Charlas educativas y talleres dirigidos a grupos objetivos y mujeres en edad fértil intramural y extramural Seguimiento de las gestantes en riesgos hasta su recuperación 	Concienciar la anemia y/o obesidad en las embarazada	Obstetriz y Médicos	<ul style="list-style-type: none"> Resultado de exámenes de control Registro de asistencia de los talleres Exámenes de verificación al grupo objetivo
Malnutrición en menores de cinco años	Disminuir la malnutrición en menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> Investigar los controles en los niños menores de 5 años Entrega de papillas, vitaminas de acuerdo a las normas del ministerio de salud Talleres de nutrición a los padres de familia extramural e intramural y realizar charlas educativas obre el tema Elaboración de guías alimentarias con las madres. 	disminuir el 20% de los niños malnutridos	Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Registro de esquema de cartilla nutricional Concentrado mensual de entrega de micronutrientes y mi papilla Registro de firmas de asistentes a talleres y charlas educativas
Malnutrición en población adulta	reducir los índices de malnutrición en grupos de adultos mayor	<ul style="list-style-type: none"> Captar los casos de malnutrición de adulto mayor, durante el trabajo de EBAS y visita domiciliaria Realizar exámenes Control y seguimiento de adulto mayor Prevención odontológica de adulto mayor Taller de charlas educativa sobre nutrición adultos mayor a los usuarios de la unidad y en las actividades de EBAS Intervención y entrega de un tríptico de nutrientes del adulto mayor 	Bajar el 10% la malnutrición en adulto mayor	Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Registro de las personas beneficiarias en las entrega de trípticos Registro de firma de las personas que han asistidos a la charla educativa
Contaminación ambiental	Concienciar a la comunidad la importancia de ambiente saludable	<ul style="list-style-type: none"> Coordinaciones con el comité de salud y/o directivas barriales. Para el mejoramiento ambiental de su sector Notificación del inspector de salud de áreas de riesgo Educación a los involucrados en el área de riesgos sobre los peligros de la contaminación ambiental y como mejorarla 	Disminuir los riesgos ambientales en el área de cobertura	Inspector de Salud Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Fotografía de antes y después Registros de notificación del Inspector de salud Registro de firma de asistente a la reunión

					con comité de salud y dirigentes barriales
Consumo de Agua insegura	Educación a la población de la importancia sobre los beneficios del consumo de agua segura	<ul style="list-style-type: none"> Charlas educativas sobre el control de utilización del cloro, Entrega de Cloro de acuerdo a la programación de la unidad educativa Educación sobre otros medios para obtener agua segura 	Concienciar a la población de los beneficios del agua segura	Inspector Sanitario Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Registro de firmas de charlas educativas Registro de firmas de usuarios beneficiarios en entrega de cloro
Violencia intrafamiliar y maltrato infantil	Detectar y captar casos de violencia intrafamiliar y maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> Referir al psicólogo del área los casos Informar de los derechos de la mujer, niños y adolescentes a la familias involucradas Hacer seguimiento de los casos Coordinaciones con los organismos responsables 	concienciar y captar casos de violencia y maltrato infantil	Equipo de salud	Registro y reporte de casos y referencia
Escuelas Promotoras de Salud	Promover un espacio saludable a la escuela	<ul style="list-style-type: none"> Brindar atención integral Promoción de estilos saludables de vida Consumo de agua segura Control de bares educación sexual Técnica de cepillado Prevención Profilaxis, flúor y sellantes 	Lograr un porcentaje orientado a mejorar un estilo de vida (Ejemplo: 80% de estudiantes en mejorar estilo de vida, 50% de estudiantes conozcan métodos para purificar el agua)	Equipo de salud	
Talento humano desmotivado	Manifestar la motivación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar con fines de personal motivado Mantener el día de confraternidad y jornada deportiva del área I Capacitación continuas y permanentes con diferentes programas del ministerio de salud Mejorar la comunicación y relaciones interpersonales de la unidad de salud a través de reuniones de mejoramiento de la comunicación y por parte de los directivos del área 1 realizar reuniones conjuntas. 	Talento humano motivado	Coordinadores del área 1 Jefe de área 1 Director de la unidad operativa	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia a los talleres y eventos de capacitación,
Escasa participación comunitaria	Motivar a la comunidad para que sea copartícipe a las acciones de la unidad operativa	<ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento de los problemas comunitarios Comunicaciones fluidas entre los equipos de salud y líderes de la comunidad Fortalecimiento e integración de las actividades de salud a los diferentes comités barriales de salud 	Mejorar la participación comunitaria	Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Registro de firmas de reuniones con líderes y comunidad. Registro de conformación de comité de salud

Salud Intercultural	Implementar acciones para la salud intercultural	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación por parte del área sobre salud integral • Empoderamiento de los hábitos y costumbres de las diferentes culturas de nuestra área de cobertura 	Integrar a las diferentes familias interculturales y multiétnicas del área de cobertura nuestra	Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia al evento de capacitación,
---------------------	--	--	---	-----------------	---

Investigación del Dr. Jorge García Maldonado SCS. “El Bosque”. 2011

REALIZANDO UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD, CONOCIENDO LA DEMANDA, OFERTA, COBERTURAS Y RESULTADOS, INCIDIRÁ EN EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. En las características individuales de la demanda observamos que los grupos etáreos y la población asignada por el Área 1, es proyectada con incrementos cada año, incluye a toda la población de todos los barrios del área de cobertura del Subcentro de Salud “El Bosque”.

El grupo etáreo mayoritario es de 20 a 64 años con 54,00%, en menor porcentaje están los menores de 5 años en el 11% y los adultos mayores son el 6% de la población. La población urbana predomina en relación a la rural, por sexo están en similares porcentajes del 50%, el estado civil en mayor número están los solteros con un 42% le siguen los casados con 30,9% y unión libre 21,9%, en el nivel de instrucción la población con primaria el 43,5%, le siguen secundaria 32,8%, analfabetos 0,4%.

En ésta hay barrios urbanos que habitan familias con nivel socioeconómico medio alto y son las ciudadelas Las Crucitas, Las Brisas, Ciudad Verde y Santa Inés que aproximadamente son el 40% de toda la población asignada y la mayoría de este no acuden por atención en los diferentes servicios, aunque para vacunación es algo mayor la concurrencia. De tal manera que afectan las coberturas.

2. Con respecto a la prevalencia de algunas morbilidades, las caries dental, gingivitis, enfermedades periodontales y otros trastornos de los dientes están dentro de las 10 principales causas, las enfermedades parasitarias y amebiasis también, las infecciones respiratorias agudas tipo rinofaringitis aguda, resfriado común, faringitis aguda, son otras causas principales en la prevalencia de morbilidades en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles, las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, también prevalecen, los trastornos del sistema urinario están presentes como causas principales y las

afecciones inflamatorias de la vagina en el decimo lugar de las causas principales de morbilidad.

Lo que nos permite observar que prevalecen las enfermedades de tipo odontológico, las IRA, las EDA, las parasitosis y en menor cuantía las IVU y afecciones de la vagina.

Definitivamente la significativa proporción de población en pobreza y extrema pobreza, la persistencia de necesidades básicas insatisfechas en la población como son la falta de servicios básicos suficientes y de calidad en algunos barrios que reciben agua insegura, alcantarillado que no tienen o si lo poseen en malas condiciones, un mal servicio de recolección de basura la contaminación del ambiente por industrias están presentes en algunos de los barrios que fueron visitados por el EBAS y se detectaron además muchas personas con riesgos biológicos de mal nutrición, discapacidades, enfermos mentales, enfermedades de impacto que no habían recibido una atención oportuna y su seguimiento por las dificultades que muchas familias tiene para acceder al subcentro.

En consecuencia los factores de riesgos biológicos en un 29,2%, socioeconómicos 37,89%, sanitarios y ambientales en un 38,9% de las familias visitadas por el EBAS inciden en la presencia de morbilidades de la población.

3. En los porcentajes de mortalidad, las personas mayores de 65 años tienen el más alto y entre las principales causas de mortalidad esta la neumonía, diabetes mellitus, hipertensión esencial primaria y conjuntamente con el grupo etáreo de 20 a 64 años según el registro están los tumores maligno de hígado y de las vías biliares, los ACV, agresión con armas de fuego, cirrosis de hígado, infarto agudo del miocardio y el VIH también. Esto nos indica que las enfermedades respiratorias agudas y crónicas degenerativas prevalecen como causa principales de mortalidad, igualmente personas portadoras del VIH.

4. Según el estudio realizado las horas trabajadas por las enfermeras si corresponden a las horas asignadas, pero con los otros profesionales de la unidad, Obstetrix, Doctora en Bioquímica, Médicos y Odontólogas las horas trabajadas están por debajo de las horas asignadas de igual manera los días trabajados.

La infraestructura y capacidad física es satisfactoria para una atención con calidad, funciona en una sola planta con sala de espera pequeña, poco ventilada. Con respecto al equipamiento, es aceptable para una adecuada prestación de servicios. En algunos ambientes de consultorios y servicios tienen ventilador, siendo muy incomodo por el clima tropical para los miembros del equipo de salud y usuarios. El equipamiento también es lo suficiente para una unidad de primer nivel de atención.

El subcentro de salud “El Bosque” fue calificado con el licenciamiento por el MSP, considerando que reúne los requisitos para una atención de calidad. Es desfavorable la ubicación geográfica del Subcentro, está ubicado en uno de los extremos del área de cobertura, siendo algo difícil el acceso al mismo a través de los diferentes medios de transporte.

Para la movilización de centro de la Ciudad al SCS se requiere de cinco a diez minutos en vehículo particular y de 15 a 20 minutos en transporte público. Así mismo, del SCS al Hospital Teófilo Dávila se puede llegar en aproximadamente 10 a 15 minutos en vehículo particular y en buses 30 minutos.

En el área de cobertura el 40% de la población no tiene acceso a servicios básicos de salud.

El talento humano en su mayoría labora algo desmotivado en razón de la inestabilidad, pues laboran con contratos que son renovados anualmente. La mayoría tienen títulos de tercero y cuarto nivel pero en cuanto en homologación de sueldos no tienen el reconocimiento correspondiente.

5. Las coberturas de atención son significativamente bajas, éstas corresponden a los menores de 5 años atendidos por los médicos en prevención con un 58,40% y en menor porcentaje con 17,83%, en morbilidad las coberturas son altas en las atenciones medicas en los niños hasta los 9 años hasta 120,15%, en los adultos mayores de 65 años es el 55,21%.

En atenciones obstétricas preventivas son bajas las coberturas, de control de embarazo con 65,89%, planificación familiar el 6,01%, las atenciones en detención oportuna del cáncer mamario y Cervico uterino están en 19,63% y 14,36% respectivamente.

En las atenciones obstétricas por morbilidad las coberturas son significativamente bajas las mejores corresponden a los grupos de 15 a 19 años con un 50,17%, de 20 a 64 años 50,01% y las más bajas en los grupos de adulto mayor con 6.66% y de 10 a 14 años con el 2,10%.

En odontología las coberturas son algo bajas, las atenciones de tipo preventivo en los adolescentes de 10 a 14 años con 56,91%, le siguen el grupo de 5 a 9 años con el 53,42%, de 1 a 4 años 47,56%, menores de 1 años 30,74%, 20 y mas años el 4,72% y las embarazadas con 15,47%.

En las atenciones de enfermería a través de las inmunizaciones las coberturas más altas alcanzadas en el 100,2% para la vacuna DTM, con el 89,3% OPV y Pentavalente, Rotavirus, R.DPT, R.OPV con el 88,7%, SRP 88%, Varicela 78,8%, BCG 76,7%. Las coberturas más bajas corresponden a HB con el 20.2% y DTa embarazadas 9,4%.

Es limitada la promoción y educación para la salud, por el escaso tiempo que disponen los profesionales, realizan atenciones intra y extramurales, además los materiales de educación y prevención para la salud son escasos pues ésta unidad no cuenta con presupuesto propio, depende del Área y del nivel central.

6. El subcentro de salud el bosque requiere de un plan de acción para el mejoramiento de las coberturas en la atención estableciendo estrategias que conduzca a fortalecer el trabajo del equipo de salud de la unidad.

Las acciones a desarrollarse no son complejas y no requieren incremento de presupuesto y con el mismo personal que labora actualmente se lo puede implementar.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar una amplia promoción en los diferentes medios de comunicación de los diferentes servicios de ésta unidad de salud, para que la población de los barrios medio alto y moradores de barrios urbano marginales acudan por atenciones a esta unidad. Además considerando el nivel de instrucción primaria mayoritario requieren reforzar la educación en prevención y promoción de la salud.

Se requiere de un promotor de salud para que efectué ésta actividad y de ser posible utilizando material educativo.

2. Fortalecer el trabajo de las dos odontólogas prestándole las facilidades de acceso a los insumos odontológicos necesarios, al mantenimiento oportuno de los equipos, y que estas realicen más educación en la prevención de estas. En cuanto a los problemas respiratorias agudos, diarreicos agudos, de vías urinarias y parasitosis que son las morbilidades prevalentes se requiere que los médicos realicen más educación a través de charlas y talleres en la unidad y extramuralmente en la comunidad.

Es necesario que el gobierno local a través de la alcaldía y sus departamentos que tienen la obligación de mejorar los servicios básicos a los barrios que presentan deficiencias en el Área de cobertura del subcentro para lo cual los dirigentes conjuntamente con la comunidad debieran gestionar exigiendo.

Se requieren una lucha frontal contra la pobreza y el desempleo: a través de políticas del gobierno central que son causas estructurales de los diferentes tipos de riesgos y afectan el desarrollo social de la población.

En lo relacionado a nutrición y prevención de enfermedades se requieren que el equipo del Subcentro de Salud “El Bosque” fomente y promocióne estilos de vida saludable, mediante talleres y cursos nutricionales a la población.

3. Se sugiere mejorar las inmunizaciones para influenza, neumococo en las personas de tercera edad, también realizar más promoción a través de educación, charlas y talleres de estilos de vida saludable, de adecuada nutrición, de prevención del contagio con el virus del VIH y reforzar los controles para detección oportuna del cáncer del hígado y la cirrosis.
4. Es necesario mejorar la promoción del subcentro como tal, haciendo conocer en los barrios de mejor nivel socioeconómico los diferentes servicios que tiene ésta unidad para aumentar las coberturas de atención.

Se requiere también una evaluación anual en la calidad y calidez de la atención que realiza el equipo de salud, para que se realicen acciones de mejoramiento de ésta y permita que más usuarios accedan.

En relación a la oferta se necesita un promotor de salud para reforzar los programas de prevención y promoción.

La Infraestructura física es de una planta, y se necesita de mejorar, construir y ampliar la capacidad física del Subcentro a una segunda planta como está proyectada. Para mejorar la oferta a la creciente demanda.

En cuanto al equipamiento se requiere una climatización de los diferentes ambientes de los servicios, teniendo el Área 1 que es la que realiza las adquisiciones implemente a corto plazo ésta necesidad.

Se sugiere de ser posible a mediano o largo plazo la reubicación física del Subcentro de Salud “El Bosque”, de ser posible se lo ubique en el centro del área de cobertura lo que facilitaría el acceso al mismo.

Los recursos humanos requieren capacitación y entrenamiento continuo, estabilidad laboral pues de los 11 talentos humanos que laboran, seis trabajan con contrato que son renovados anualmente también un mejor salario en razón de sus actividades intra y extramurales que son muy agotadoras.

5. Se sugiere mejorar las coberturas de todos los tipos de atenciones que prestan los diferentes servicios de la unidad y para ello es necesario que se realicen los reajustes para mejorar la calidad de atención, a través de evaluaciones anuales que permitan, programar acciones de mejoramiento de ésta.

Es necesario que la infraestructura y capacidad física se amplié a la segunda planta proyectada en los planos, para facilitar las atenciones y los usuarios tengan un alto grado de satisfacción y recomienden los servicios de la unidad a otros.

6. Se propone un plan de acción que ha sido diseñado para el mejoramiento de las coberturas con la participación activa de los miembros del equipo de salud, en base de las metas no cumplidas de cada uno de los servicios profesionales.

Por lo que se recomienda su aplicación y este estudio será entregado a las autoridades de la unidad para que el equipo de salud lo acoja y aplique.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Gas Héctor administración de la calidad de la atención médica pág. 257, 258 <http://bvs.insp.mx/articulos/2/3/01112000.pdf>
2. Alegre Viñas María El Programa de Ciudades Saludables: El Diagnóstico de Salud
http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/jornadas%20004/32_Ciudades%20saludables_%20diagnóstico%20de%20salud.htm
3. Bocco, Graciela Cristina Gestión en el Primer Nivel de Atención de la Salud Relatos de una Experiencia pág. 1
<http://www.famg.org.ar/documentos/GESTIONENELPRIMERNIVEL.pdf>
4. Bezanilla José Manuel Arturo Carreon, Erika Bedolla, Gabriela Carrillo estudio Diagnóstico de Factores de Riesgo Psicosocial en una Institución Educativa. Pág. 10
http://www.peiac.org/attachments/File/ARTICULOS/ESTUDIO_de_factorede_riesgo.pdf
5. Bou Pérez, Ana; Mir Candal, Leila Análisis de situación de salud (ASIS) de la Comuna 3, Región Sanitaria I (Este) 2011
<http://www.ramosmejia.org.ar/r/201101/358.pdf>
6. Bustos M Patricia, Hugo Amigo C, Antonio Arteaga Ll, Ana María Acosta B, Roberto J Rona Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes Rev Méd Chile 2003; 131: 973-980
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900002&script=sci_arttext
7. Carballoso Hernández Magali, Silvia Martínez Calvo. Análisis de Situación de Salud, Capítulo 2: Indicadores para Análisis, 2004 pag. 15

- <http://www.elamchile.cl/documentos/libros/Análisis%20de%20la%20situac~0004.pdf>
8. CENAPRED Riesgos Sanitarios 26 de Noviembre de 2011
<http://www.cenapred.gob.mx/es/Investigacion/RQuimicos/RiesgosSanitarios/>
 9. Dirección General De Salud De Las Personas Norma Técnica De La Historia Clínica De Los Establecimientos Del Sector Salud Lima, 2005 pág. 6
http://www.cmp.org.pe/doc_norm/NTHC.pdf
 10. Dirección Provincial de Salud de El Oro / Departamento de Epidemiología Serie Solidaridad n°. 6 pág. 3
 11. Fernández Pita, S., Vila Alonso MT, Carpena Montero J. Determinación de factores de Riesgo 1997
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp
 12. Garzón Luis Eduardo Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el Derecho a la Salud en Bogotá 2004 pág. 27
<http://www.saludcapital.gov.co/Cartillas/Cartilla13.pdf>
 13. Gavilánez Ramos Fernando Félix Estudio de Satisfacción en la calidad del servicio para medir la relación que existe entre el Cliente Interno y Externo
<http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10462/2/Tesis%20Satisfacci%C3%B3n%20del%20Cliente%20Interno%20y%20Externo%20en%20el%20OIESS-Presentaci%C3%B3n.pdf>
 14. Gomez de Haz Héctor José., Silvia Martínez Calvo Análisis de Situación de Salud y Medicina Familiar La Habana Editorial Ciencias Medicas, 2004.
Capitulo 5 Pág. 64 – 65
<http://www.elamchile.cl/documentos/libros/Análisis%20de%20la%20situac~0004.pdf>

15. González Menéndez Ricardo La relación equipo de salud-paciente-familiar Rev Cubana Salud Pública 2005;31(4)
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu12405.htm#cargo
16. Guix Oliver, Joan Calidad en salud pública Published in Gac Sanit. 2005;19:325-32. - vol.19 núm. 04 <http://www.elsevier.es/en/node/2040509>
17. Ibáñez Martí Consuelo Participación comunitaria y diagnóstico de necesidades Publicado el 17 noviembre, 2008
18. Inec censo 2011, <http://www.inec.gov.ec/estadisticas/>
19. Llanos Molina Laura Ivón Cruzblanca Castro Alicia Granados Ayala Paola Romero Mireles Héctor Factor de Riesgo Biológicos
<http://www.slideshare.net/mmmta/factores-de-riesgo-biologicos>
20. Martínez CALVO S. Modelo Formativo-Capacitante para el Análisis de Situación de Salud [Tesis doctoral]. Facultad de Salud Pública, La Habana, 1995.
<http://www.elamchile.cl/documentos/libros/Análisis%20de%20la%20situac~0004.pdf>
21. Medina Jhon Carlos Herson Gonzales Oscar Pardo Riesgos Biológicos 2010
<http://es.scribd.com/doc/28292691/Factores-de-Riesgo-Biologico>
22. Ministerio de Sanidad y política social. Avanzando hacia la Equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España Mayo 2010 pág.37, 47 <http://es.scribd.com/doc/40308855/Propuesta-de-Políticas-e-Intervenciones-para-reducir-las-Desigualdades-Sociales-en-Salud-en-Espana>

23. Molina Carlos Gerardo. Servicios de Salud en América Latina y Asia pag. 121, 2003 <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=419415>
24. Navarro Vicente Concepto Actual De Salud Pública capítulo 3
http://procesovirtual-ese.com/administracion/Files/arah_Text_salud_publica_t.pdf
25. Nino Guerrero Alfonso, Dra Paola Torres Slimming Guía para Elaborar un Análisis Situacional de Salud en Zonas Rurales -Julio 2009- pág. 12, 14
http://www.gycperu.com/descargas/6_octubre/Como%20hacer%20ASIS%20o%20una%20Linea%20de%20Base%20salud%20para%20Zona%20Rural.pdf
26. OIT Perfil Diagnóstico en Seguridad y Salud en el Trabajo de los países de la Subregión Andina Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y la República Bolivariana de Venezuela pag. 59 Marzo 2007 <http://es.scribd.com/doc/66733300/PPPerfil-Diagnostico-en-Seguridad-Region-Andina>
27. Organización Mundial de la Salud La exposición a riesgos ambientales provoca casi una cuarta parte de las enfermedades 16 de junio de 2006
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/es/index.html>
28. Polo Cortez Jorge Dr. José A. Perea Torres. Lic. Mg. David Bobadilla Minaya Hospital Nacional Maria Auxiliadora Análisis Situacional de Salud ASIS 2009 pag. 15
http://www.minsa.gob.pe/hama/informaci%c3%b3n_hma/indicadores/2009%20hma%20asis%20documento.pdf
29. Ramos Domínguez Benito Narey Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud Rev Cubana Salud Pública 2005;31(4) http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu14405.htm

30. Senado Dumoy Justo Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad
Rev Cubana Med Gen Integr 1999
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi19499.htm

31. Viteri Díaz Galo Situación de la Salud en el Ecuador. Observatorio de la
Economía Latinoamericano, 2007
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>

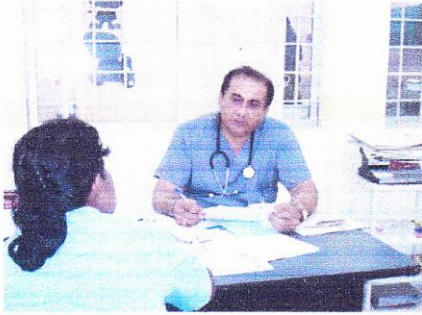
32. Viteri Larreta Antonio Dr. Análisis de Situación de Salud, modulo de Maestría
en salud Pública 2006

33. Zacca Peña Eduardo manual de organización y procedimiento en registros
médicos y estadísticas de salud pag. 23
<http://coepo.jalisco.gob.mx/PDF/Grupodesalud/SustentoTecnico/03.pdf>

7. ANEXOS
SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”



EQUIPO DE SALUD DEL SUBCENTRO “EL BOSQUE”



Dr. Jorge García



Dra. María Gabriela Gonzales



Odontóloga. María Velasco



Odontóloga Paulina Vite



Obstetrix Marcia Gaibor



Laboratorista Dr. Guadalupe Poma

EQUIPO DE SALUD DEL SUBCENTRO “EL BOSQUE”



Lic. Marcela Ortiz



Lic. Anita Sotomayor



Estadística Lic. Maritza Barzallo



Inspector Salud Sr. Luis Hurtado



Sra. Rosita Navarrete

**RIESGOS SOCIOECONÓMICOS, SANITARIOS Y AMBIENTALES EN EL
ÁREA DE COBERTURA DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”
ÁREA 1, MACHALA**



VINCULACION CON LA COMUNIDAD DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” CON EL AUTOR DE ÉSTA INVESTIGACIÓN



**ÁREA DE COBERTURA SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” ÁREA 1
MACHALA- EL ORO**





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
GRUPO N° 6 – SEDE MACHALA

Machala, 18 de Octubre del 2011

Dr. Juan Carlos Quintero
Director de AREA 1
Ciudad.-

Vto. Bno.
J. Quintero
Visto Bno. I
Dr. Garcia
Ing. Jumbo
Coordinador area

De mis consideraciones:

Señor director soy egresado de la maestría en salud pública y estoy realizando la tesis con el tema: Análisis de Situación de Salud del Área de Cobertura del Subcentro el Bosque. Diagnostico de Salud. 2010.

Como podrá observar el tema está muy relacionado a las actividades que realizo en la unidad como medico tratante desde hace 4 años en la que estoy laborando y lo cual me motivó realizar el mencionado trabajo. También he solicitado el apoyo a mis compañeros de equipo para realizarlo. Requiero los datos estadísticos recopilados de todas las actividades realizadas por la unidad durante el 2010 de la que solicito toda la información necesaria en el área de estadística del Subcentro y del Área 1.

Solicito a usted muy comedidamente su autorización para realizar el mencionado trabajo, para tesis de maestría cuyos resultados serán presentados y socializados en la unidad, al área y a los actores locales para hacer conocer las propuestas que presentare en las mencionadas tesis, las cuales aportaran en favor de una mejor calidad en la atención conociendo a cabalidad el diagnostico de salud de las acciones de la unidad en el 2010, su análisis y propuesta de plan de acción.

Agradezco a Ud. Por la favorable acogida que le permita a esta petición de índole académico.

Atentamente.

Dr. Jorge García Maldonado.
Egresado de la Maestría en Salud Pública

Area de Salud N° 1
"DRAMABEL ESTUPIGAN"
Fecha: 18.10.11
Hora: 12h 44
SECRETARIA