

Estudio sobre determinantes sociales de la salud y redes sociales en El Recreo, cantón Durán

Dr. Juan José Montero Reyes

Siglas

AVAD Años de vida ajustados por discapacidad
CPV Censo de Población y Vivienda
DM Diabetes Mellitus
DOC Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y de mama
ECNT Enfermedades crónicas no transmisibles
ECV Enfermedad cerebro vascular
ECV Encuesta de condiciones de vida
ENEMDU Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
ENSANUT Encuesta nacional de salud y nutrición
FF Ficha Familiar
GAD Gobierno Autónomo Descentralizado
HTA Hipertensión arterial
IESS Instituto Ecuatoriano de seguridad Social
INEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
KOICA Agencia de Cooperación Internacional de Corea
MAIS-FCI Modelo de atención Integral en Salud- Familiar, Comunitario e Intercultural
MM Muerte materna
MEF Mujeres en Edad Fértil
ME Ministerio de Educación
MIES Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP Ministerio de Salud Pública
NBI Necesidades Básicas Insatisfechas
PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEA Población Económicamente Activa
PET Población en Edad de Trabajar
SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIVAN Subsistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional
SVI Sistema de Vigilancia Epidemiológica
TAP Técnico de Atención Primaria
TB Tuberculosis
TCP Tasa de Crecimiento Poblacional
TBP BK+ Tuberculosis Pulmonar BK+
TB/VIH Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana
TB/DM Tuberculosis y Diabetes Mellitus

TMG Tasa de Mortalidad General

UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UO Unidad Operativa

VIF Violencia Intrafamiliar

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

VIEPI Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Resumen Ejecutivo

Este estudio sobre “determinantes sociales de la salud y redes sociales”, se desarrolló en la comunidad El recreo en Duran, provincia del Guayas, entre agosto y noviembre del 2015, con el propósito de disponer de una interpretación del contexto general en lo social, político, cultural y económico de la población. Este diagnóstico se constituirá en un insumo clave para diseñar una propuesta técnica de intervención para mejorar la situación de salud y calidad de vida de la población.

Se parte de la evidencia de que a pesar que el Ecuador, entre los años 1990 y 2010, ha alcanzado logros y avances significativos en el desarrollo social y económico, aún persisten grandes desigualdades e iniquidades que son determinantes de la salud de la población. Por ello el Estado, buscando ser más efectivo en su esfuerzo por superar las desigualdades, implementó la desconcentración de su gestión, con la creación de zonas y distritos, que modifica la estructura de gestión de todas las instituciones del Estado, incluyendo al Ministerio de Salud Pública. Así, se ha creado la Zonal de Salud No. 8, cuya coordinación está en la ciudad de Guayaquil. La zonal está integrada por 12 distritos administrativos, de los cuáles dos corresponden a los cantones Duran y Sanborondón (16,6%), y diez al cantón Guayaquil (83,33%). En cada uno de los distritos se ha estructurado una red de servicios, que en el Distrito 09D24 integra a 10 Unidades Operativas UO, entre las que se encuentran el Recreo I y Recreo II.

Los servicios de salud de la red distrital proveen servicios de acuerdo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Uno e los elementos importantes para su aplicación es el conocimiento de la realidad territorial: número de habitantes, zona rural o urbana, concentración y dispersión de la población, acceso geográfico (tipos de vías de acceso, cultural, organización del servicio) etc.

La poblacional del Distrito de Salud de Durán, 09D24 experimenta un acelerado crecimiento en las últimas décadas. La Tasa de Crecimiento Poblacional TCP es de 1,9 por 1000 habitantes, superior a la tasa de crecimiento de la Zona 8 que en el mismo periodo fue de 1,7 por 1000 habitantes. La población total del cantón Durán es de 278,288 habitantes y una densidad poblacional de 892.7 habt/km². El 50,26% de la población son hombres (26,055) y el 49,73% (25,776), son mujeres, con un índice de feminidad de 98,73 hombres por cada 100 mujeres. El 97,3% de su población reside en la cabecera cantonal y la incidencia de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es de 65,8%, que supera en 20,9% puntos a la zona 8 (Guayas), y en 28,7% a nivel nacional. Según el Censo de Población y Vivienda del 2010, la población de Cantón Durán se compone por un el 6,0% de la población se auto identificada como montubio/a y el mismo porcentaje, afro-ecuatoriano/a. El 70% se considera mestizo/a, similar al promedio nacional y el 3,00% de la población se considera Indígena.

La UO Recreo I tiene una población de referencia de 33,429 habitantes distribuida en 33 ciudadelas y cooperativas con aproximadamente 5,534 familias. El 50,26% de la población son hombres (16,804) y el 49,73% (16,821), mujeres. La UO Recreo II tiene una población de 51,831 habitantes, distribuidos en 13 ciudadelas y cooperativas de aproximadamente 15,403 familias.

Condiciones materiales de vida de la población

De acuerdo a los datos del INEC 2010, la calidad de vivienda, en algunas ciudadelas y cooperativas del cantón Duran son precarias y con un saneamiento deficitario. En el área urbana se usa el ladrillo, bloque, piso de cemento y techo de zinc. Mientras tanto en la región rural y En la mayor parte las cooperativas (Unidos venceremos, Una sola fuerza, y Primero de mayo) las viviendas están construidas de caña guadua, en algunos casos cubiertas de plásticos, y cartones con el techo de zinc,.. esta condiciones se dan porque los barrios se establecen por invasiones y ventas a través de traficantes de tierra. Según los habitantes del sector, la estructura de vivienda mejora cuando comienzan los trámites

legales para adquirir el título de predio en el municipio. Del total de viviendas censadas en el año 2010, el 13,86% (10,064) son consideradas como media-agua (2,458), rancho (6,312), covacha (1,167), choza (127). Así las mayoría de las construcciones son pequeñas y con un alto índice de hacinamiento

Nivel educativo.

El promedio de años de escolaridad en el distrito 09D24 es de (10) y es igual al de la zona 8, pero superior al nivel nacional (9) años. Los hombres presentan mayor grado de escolaridad que las mujeres y la escolaridad es también mayor en la población mestiza/o con relación al resto de los grupos étnicos.

Las tasas de analfabetismo son superiores a la media de la zona 8 y nacional. El 4,4% de la población es analfabeta (INEC, censo 2010) y existen diferencias importantes entre la zona urbana y la zona rural y entre las mujeres (4,5%) y los hombres (3,1%). El analfabetismo es mayor en la población montubia 8,60% y en la población indígena 8,26; mientras en la población auto-identificada como “negro” la tasa es del 6,39% y los afrodescendientes del 4,24%. El analfabetismo y la baja escolaridad, son consecuencia de los alto índices de pobreza en Duran, que incide en la carencia de alimentación que reciben los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; el ausentismo escolar por la imposibilidad de pago de los traslados, en tricimotos o buses, que se incrementa en el período invernal.

Ocupación y Empleo

En el cantón Duran la Población Económicamente Activa PEA según los datos del INEC, censo 2010 es de 47,37% inferior al promedio nacional y de la provincia del Guayas. Del total de PEA, el 68,50% corresponde al sexo masculino (62,142) y el 26,30% (36,553) al sexo femenino. La tasa de desempleo fue de 8,51%.

Las actividades económicas representativas del cantón Durán según datos del censo INEC 2010, mayoritariamente son aquellas que están vinculadas al sector terciario que se encuentra relacionado con el comercio al por mayor y menor, transporte y almacenamiento, actividades de alojamiento y servicios de comida, enseñanza, administración pública y defensa agricultura, ganadería, silvicultura. El siguiente sector más ocupado es el secundario; resaltando actividades como: construcción e industrias manufactureras; etc. El sector primario es el que menor población ocupada y abarca actividades relacionadas a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca.

Las mujeres que trabajan, generalmente se dedican a servicios domésticos en Guayaquil (La Puntilla o Sanborondón). Otras mujeres trabajan en servicios de limpieza, lavandería, ayudantes en restaurantes, limpiando verduras en los mercados, vendiendo agua, colas, caramelos y avena polaca en las vías principales de Duran y Guayaquil. Informalmente, se dedican al reciclaje en las zonas más pobladas de Duran y Guayaquil, recogen botellas, cartón, chatarra que luego venden en los depósitos. Algunas venden hielo y bolos en su casa, no pueden salir a trabajar fuera porque tiene varios hijos y no tienen como cuidarlos.

Determinantes ambientales: Agua y Servicios sanitarios

De acuerdo a los datos de SEMPLADES la cobertura total de agua por red pública en el cantón Duran es de 62,8% ocupando el octavo puesto en la provincia del Guayas. El 27,5% de los habitantes recibe el agua a través de carros repartidores, 3,2% consume agua de pozo y el 2,1% de río, vertiente, acequia o canal. El abastecimiento de agua de la Red pública se hace a través de los pozos de Chobo, que se encuentran administrados por el Municipio del Cantón Durán y que tienen redes de distribución establecidas que vienen desde este sector.

En algunas cooperativas como la “28 de septiembre”, reciben agua de la red pública. Según los vecinos, el agua es de mala calidad y posee un color, olor y sabor desagradable por lo que no se utiliza para el consumo, como preparar los alimentos (jugos, coladas, etc). Por esta razón, también compran agua de los carros repartidores a un precio de \$ 0,80

ctvos de dólar por tanque (500 litros). En otras cooperativas como la “Unidos Venceremos”, “Primero de mayo”, y “una sola fuerza”, sector III, solo se abastecen del agua a través de los carros repartidores y la consumen sin ningún tipo de tratamiento. Algunos habitantes compran agua de galones para el consumo a un costo de \$1,25 usd.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, en Durán el 42.6% estaba conectado a la red pública, el 42.9% a un pozo séptico, el 7.6% a pozo ciego, mientras que el 0.9% descargaba directamente al mar, río o quebrada, otro 1.3% usaba letrina y el 4.8% no tenía servicio higiénico. Existen grandes diferencias entre las coberturas de la provincia del Guayas 61,7% que está muy cerca a la cobertura nacional (63,1%). La cobertura del cantón Durán solamente es superada por los cantones Guayaquil, Coronel Marcelino Mandueña y Sanborondón. . La cobertura más baja a nivel provincial se encuentra en el cantón rural Isidro Ayora (0,8%). Cerca del 30 % de los servicios sanitarios están conectadas a pozos sépticos y el 10% a pozos ciegos. El 1% no cuenta con servicio sanitario y otro 1% realiza descarga directa al mar, río o quebrada.

El 81,8% de la basura o residuales sólidos en el cantón Durán se elimina a través de carros recolectores, la cobertura de recolección de basura es superior al nivel nacional pero inferior en casi 10% a la cobertura de la Zona 8. Un 13,0% de la población del área urbana y un 91,2 % del área marginal aún queman la basura.

La provisión de servicios de salud

Aunque algunos informes nacionales revela que en el Ecuador la disponibilidad de médicos era de 21,4 por cada 10,000 habitantes tasa muy cercana a la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que corresponde a 23 médicos por cada 10,000 habitantes, en el Recreo I esta tasa es de 0,89 médicos por 10,000 habitantes y en el Recreo II de 0,57 por 10,000 habitantes. Las bajas tasa de profesionales son similares o inferiores en el caso de obstétricas, psicólogos, odontólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería. En las Unidades Operativas UO Recreo I y Recreo II, la composición de los equipos de salud, es inferior a los estándares que propone el MSP, un equipo conformado por un médico/a, una enfermera/o y un técnico de Atención Primaria de Salud TAPS por cada 4,000 mil habitantes en la zona urbana y en la UO Recreo I, la tasa de médicos por habitantes de de 0,89 médicos por 10,000 habitantes y en el Recreo II, 0,57 x 10,000 habitantes, de igual manera existe déficit de enfermeras (en ninguna de las UO la tasa supera a 1 enfermera x 10,000 habitantes) y otros profesionales como psicólogos, obstetrices y TAP lo que conlleva a una mayor sobrecarga de trabajo sobre los diferentes miembros de los equipos, que al mismo tiempo cumplen funciones gerenciales y de atención directa al usuario.

Las bajas tasas de profesionales son limitantes para una cobertura adecuada de provisión de servicios de salud, que inciden en las bajas coberturas de los programas de salud materno-infantil, prevención de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, entre otros. A estos se suma que los equipos de salud concentran sus acciones en la comunidad (extramural), para elaborar de Fichas Familiares FM, que ocupa la gran mayoría del tiempo que destina el equipo de salud al trabajo comunitario, lo que le impide trabajar sobre otras acciones prioritarias

La morbilidad y sus determinantes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta que en el Ecuador, más que una transición epidemiológica, se evidencia una acumulación epidemiológica en la que las enfermedades carenciales y trasmisible comparten espacios con las crónicas degenerativas y los problemas de salud colectiva. La misma situación se presenta en el cantón Durán, D 09D24, donde la hipertensión arterial HTA y la diabetes mellitus DM se encuentran entre las primeras diez causas de morbilidad, además de la rinofaringitis aguda, parasitismo intestinal, infecciones de las vías urinarias, infecciones agudas de las vías respiratorias, diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso, entre otras. Muchos de los problemas de salud están relacionados con determinantes, como la pobreza, marginalidad,

falta de servicios básicos, bajo nivel de escolaridad, desconocimiento en torno a los derechos, escasa o ninguna organización y participación comunitaria, la respuesta por parte de las autoridades de salud y de los diferentes sectores sociales no se focaliza en los problemas o necesidades prioritarias.

Los datos de morbilidad evidencian un aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Según las informaciones de los grupos focales realizados, esta situación se relaciona con estilos de vida no favorables para la salud, que ha generado el crecimiento urbano, como la reducción progresiva en nuestros niveles de actividad física, altas prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se reportan altas tasas de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y síndrome metabólico, que según los entrevistados es consecuente a que la dieta de la mayoría de la población contiene un alto consumo de carbohidratos como el arroz, de grasas saturadas, bebidas azucaradas, alimentos altamente procesados, - como las hamburguesas, papas fritas, bebidas gaseosas-, y con alto contenido calórico. Existe poco consumo de frutas, verduras y leguminosas, bajo consumo de fibra.

Se evidencia altas prevalencias de rinitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, amigdalitis aguda no especificada e infecciones de la piel que están relacionadas con las deficientes condiciones de higiene de la vivienda, la zona o sector, la disposición final de la basura (quemada en la ciudad, es depositada en lugares de difícil acceso para el carro repartidor).

La situación deficitaria o ausencia de servicios básicos como agua, alcantarillado y recolección de la basura juegan un papel importante en el proceso salud/enfermedad y determinan el perfil epidemiológico del cantón que evidencia altas prevalencias de enfermedades como parasitosis intestinal, infecciones de las vías urinarias, las diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso. De igual manera

La mortalidad

Según datos del INEC, 2014 el país existe un aumento de las muertes por enfermedades no transmisibles que ocupan las primeras causas de MG como las enfermedades cerebrovasculares ECV (26, 56 por 100,000 hab), la diabetes mellitus DM (29,76 / 10mil hab) y la enfermedad isquémica del corazón EIC (18, 65 por 100,000 hab). En el año 2014, la provincia de Guayas registró el mayor número de muertes maternas (MM) a nivel nacional (38), alcanzando una Razón de Muerte Materna RMM de 46,73 por 1000 nv, superior a lo registrado en el año 2008 que fue de 30,8 por 1000 nv. La Tasa de Mortalidad General MG de 4,95 a 3,93 por 1000 nv en el mismo periodo. La TMG en la provincia de Guayas una tendencia a mantenerse estable registrando entre el año 2008 y 2014, con una variación mínima que va de 4,02 a 4,025 por 1000 nv.

Seguridad/Seguridad ciudadana/Violencia/Violencia de género

La inseguridad ha sido identificada como un nudo crítico para el desarrollo de la Zona 8. Según la encuesta de Encuesta de Victimización y Percepción de Inseguridad 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) el 88,2 % de las personas en la provincia de Guayas se siente inseguro. A finales del 2014, esta percepción fue de 60%, 2 puntos porcentuales menos al promedio nacional (62%) (ENEMDU 2014). La misma encuesta muestra, que en el 2014, que de un total de 163.863 personas entrevistadas 15.389 fueron víctimas de robo, lo que da una incidencia 9.391 x 100,000 habitantes. Además, refiere que el índice de robo a hogares fue de 3,2% y que el robo de autos (total y parcial) es un delito frecuente en el cantón, de los 14.954 hogares entrevistados que poseen vehículos, 1.035 reportaron el robo, lo que representa una frecuencia del delito del 6,9%. Los habitantes de las ciudades y cooperativas del Recreo I y Recreo II refieren que la alta tasa de delitos y violencia es consecuente al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias.

Desde el año 2014, el Gobierno Autónomo Descentralizado de Durán a través de la Dirección de Desarrollo Humano trabaja directamente con la comunidad en la protección de

derechos y a partir de este momento la comunidad conoce y comienza a actuar en prevención de la violencia. De acuerdo a un informe de la Policía Nacional del Ecuador, en la Zona 8 (Guayaquil, Duran y Sanborondón), los delitos por muertes violentas en el primer trimestre del 2015, disminuyeron un 33% con relación al mismo periodo que en el 2014. El mismo reporte refiere que la reducción de los índices de las muertes violentas se debe a los trabajos de investigación, prevención y seguimientos que se realizan a los delitos de intento de asesinato y el incremento de las denuncias.

La violencia de género es frecuente en las diferentes ciudadelas y cooperativas del Recreo I y II, En muchos hogares, la violencia comienza por la falta de recursos económicos y las exigencias de las madres para poder cubrir las necesidades de los hijos (alimentación, transporte para ir a la escuela, medicamento, etc). La violencia es perpetuada por el esposo o compañero, y casi siempre delante de los hijos. La violencia también se produce por la falta de comunicación en la pareja.

Redes o tejido social, situación organizativa

De acuerdo al "Sistema de Registro Único de Organizaciones de Sociedad Civil", 2011, en Durán, existen 288 organizaciones. El mayor número de organizaciones agrupa las organizaciones barriales 60 (20,83%), 45 (15,62%) organizaciones religiosas, 40 (11,52%) son ONGs, 40 (11,52%), organizaciones de apoyo a la infancia, 20 (6,94%), organizaciones productivas entre otras. La mayor parte de estas organizaciones mantienen una vinculación directa con el estado, especialmente con el MIES y el MIDUVI. El mismo informe reporta que parte de estas organizaciones no tienen personería jurídica y evidencian poco interés de la ciudadanía sobre ellas.

Conclusión: El estudio evidencia que el estado de salud en la población del distrito Duran está determinada por factores demográficos, sociales y económicos, que si bien afectan a todo el estrato social, tienen mayor impacto en los más pobres, por su mayor vulnerabilidad. Estos determinantes son dependientes a su vez de las reglas del acceso y distribución de la riqueza, que inciden en las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos y su control requiere de un cambio en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, en las prioridades del gasto público, en el aumentar las oportunidades empleo, prevenir el fracaso y abandono escolar, reducir la pobreza, etc. que son casi nada dependientes del accionar de los servicios de salud. Sin embargo, es no significa que los servicios no puedan intervenir, ya que existen otras acciones como: el aumentar la cohesión social, participación comunitaria, trabajar con los gobiernos locales para promover políticas locales que faciliten cambios de conductas y mejorar el acceso a los servicios de salud de los más marginados, por ejemplo, eliminar barreras por discriminación por etnia, clase social, orientación sexual o identidad de género.

Índice

I. INTRODUCCIÓN

1. Objetivos del estudio
 - 1.1 Objetivo general
 - 1.2 Objetivos específicos
2. Metodología
3. Área de diagnóstico
4. Enfoque conceptual

II. DETERMINANTES SOCIALES Y DEMOGRAFICOS

1. Determinantes demográficos
 - 1.1 Población general
 - 1.2 Población por grupos programáticos del MSP

III. DETERMINANTES ESTRUCTURALES

1. Ruralidad y etnia.
2. Pobreza e ingreso
3. Situación de Educación
 - 3.1 Tasa de analfabetismo
 - 3.2 Años de escolaridad
 - 3.3 Tasa de asistencia
4. Ocupación y Empleo

IV. CONDICIONES MATERIALES DE VIDA

1. Tipos y características de vivienda

V. DETERMINANTES AMBIENTALES

1. Coberturas de agua de la red pública
2. Cobertura de alcantarillado de la red pública
3. Hogares con servicio higiénico exclusivo
4. Eliminación de los desechos sólidos

VI. ESTILOS DE VIDA, SALUD MENTAL Y FACTORES PSICOSOCIALES.

1. Actividad física y práctica de deporte.
2. Consumo de tabaco.
3. Consumo de bebidas alcohólicas.
4. Inseguridad ciudadana, violencia y violencia de género
5. Alimentación saludable

VII. DETERMINANTES RELACIONADAS AL SISTEMA DE SALUD

1. Disponibilidad de servicios de salud

2. Disponibilidad de recursos humanos
3. Acceso a servicios de salud.
 - 3.1 Cobertura de afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS
 - 3.2 Análisis de las coberturas de los servicios de salud
 - 3.2.1 Producción: Prevención y Morbilidades
 - 3.2.2 Coberturas de atención prenatal
 - 3.2.3 Atención del parto
 - 3.2.4 Planificación familiar
 - 3.2.5 Coberturas de DOC mamario y DOC uterino
 - 3.2.6 Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)

VIII. ANÁLISIS GENERAL DEL ESTADO DE SALUD

1. Análisis epidemiológico
 - 1.1 Morbilidad
 - 1.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles
 - 1.1.2 Desnutrición infantil
 - 1.1.3 Nutrición en niños y niñas menores de 5 años
 - 1.1.4 Estado nutricional de las embarazadas
 - 1.1.5 Enfermedades de notificación obligatoria
 - 1.1.6 Vih-Sida
 - 1.1.7 Tuberculosis
 - 1.1.8 Discapacidades
 - 1.2 Mortalidad**
 - 1.2.1 Mortalidad General
 - 1.2.2 Mortalidad Materna

1.2.3 Mortalidad Infantil

IX. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

X. BIBLIOGRAFIA

XI. ANEXOS

I. INTRODUCCION

Los resultados de este estudio responden a la oferta técnica responde realizada por la Organización Panamericana de la Salud para realizar un estudio sobre “determinantes sociales de la salud y redes sociales” de la comunidad El Recreo en Duran, provincia del Guayas con el propósito de disponer de: “una interpretación del contexto general en lo social, político, cultural y económico de la población; condiciones de trabajo y actividades económico productivas; condiciones de vivienda y entorno sanitario; educación y acceso a la atención de salud; niveles y formas de organización y descripción de las redes sociales (mapeo) y diseñar una propuesta técnica de intervención”. El estudio se realiza en el marco del proyecto “FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION” que es ejecutado con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA), que además de la construcción de un Centro de Salud tipo C2 en el Distrito Durán –Zona 8 de Salud tiene, entre otros, un componente de educación para la salud dirigido a la población de El Recreo, que es beneficiaria del Centro de Salud a construirse.

El componente de educación a la población, del proyecto, ha sido definido considerando los lineamientos generales establecidos en el Modelo de Atención Integral de Salud del MSP (MAIS), entendido como: *“Determinantes Sociales: se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades. Se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción”.* (MAIS, 2012)

El componente de educación con la población, se orienta a:

- fortalecer las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad con enfoque intersectorial;
- facilitar la participación de la comunidad y grupos organizados en la planificación y ejecución y control de las actividades de salud; y
- adaptación de las intervenciones a la realidad epidemiológica, social, económica y cultural del territorio.
- Fortalecer el MAIS, relacionado con el análisis de determinantes y la organización comunitaria

El proyecto considera, también, las funciones, cartera de servicios y productos definidos para este nivel de atención en el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (octubre de 2013), en el Acuerdo sobre Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención (junio de 2012) y el Manual Operativo de la Red Integrada de Servicios de Salud (junio de 2013).

El Componente de Promoción-educación tiene como objetivo, fortalecer la capacidad del personal del primer nivel de atención y las capacidades y acciones de la comunidad organizada en el sector “El Recreo”, Circuitos del Distrito Durán, para gestionar programas de promoción, educación y acción por la salud, dirigidos a la población.

1. Objetivos del estudio

1.1 Objetivos General:

Analizar los Determinantes Sociales y su relación con la situación de la salud en el Distrito 09D24 de la Zona 8 del Ministerio de salud Pública, provincia del Guayas.

1.2 Objetivos Específicos:

Identificar los determinantes sociales que permitan evidenciar las inequidades en salud en el Distrito 09D24 de la Zona 8 del Ministerio de Salud Pública.

Describir la situación de salud para, identificando los problemas prioritarios.

Analizar la causalidad y los Determinantes Sociales de los problemas prioritarios identificados

2. Metodología del estudio

Metodológicamente el estudio se desarrolló en tres fases:

Fase 1: Se realizó una revisión documental de diversas fuentes existentes, y se obtuvo información y se describió los determinantes sociales y la situación general de salud en el Distrito. El análisis descriptivo se realizó con base a los parámetros e indicadores propuestos en la tabla 1 y 2 de la propuesta metodológica. Los indicadores propuestos, en cada uno de los parámetros, fueron analizados con el equipo responsable de acompañar el estudio en el Distrito Durán y con base a la identificación y la disponibilidad de las fuentes de información requeridas para desarrollar los indicadores. Esta fase se ejecutó en dos momentos dos momentos. A) En el primer momento se realizó un análisis general de los determinantes sociales de la salud y B) En el segundo momento se hizo el análisis general del Estado de Salud.

La Fase 2, y con base en los resultados de la Fase 1, se analizaron los Problemas Prioritarios de salud en el Distrito de Durán, de acuerdo a las siguientes parámetros: a) Territorios de mayor vulnerabilidad; b) Problemas de importancia sanitaria en los territorios de mayor vulnerabilidad; c) Transversalidad de los problemas en los territorio vulnerables y d) magnitud, tendencia y brecha de inequidad con relación estadísticas nacionales.

En la fase 3, con base a los resultados de las Fases 1 y 2 se elaboraron recomendaciones generales para definir las intervenciones en los problemas prioritarios.

3. Área de diagnóstico

La Zona 8 está ubicada en el cuadrante suroccidental del territorio ecuatoriano, en la región costa, dentro de la provincia del Guayas y comprende tres cantones: Guayaquil, Samborondón y Durán. Limita con las provincias de Santa Elena, Los Ríos, Azuay y el Oro; dentro de la provincia del Guayas, con los cantones Playas, Isidro Ayora, Nobol, Daule, Salitre, Yaguachi, Naranjal y Balao. Según el INEC tiene una superficie de 4. 691,59 Km². Las cabeceras cantonales corresponden a las ciudades de Guayaquil, Sanborondón y Durán. Tiene seis parroquias rurales, cinco pertenecen a Guayaquil (Juan Gómez Rendón, El Morro, Posora, Puná y Tanguel), y una a Sanborondón (Tarifa).

De acuerdo a la división política administrativa y con el objetivo de tener una visión más cercana al territorio en relación a las necesidades físicas, sociales y económicas de la Zona 8 se crearon 12 distritos administrativos, dos corresponden a los cantones Duran y Sanborondón (16,6%), y diez al cantón Guayaquil (83,33%).

La ciudad de Eloy Alfaro (Durán), cabecera del Cantón Durán, se encuentra ubicada en la ribera izquierda de los ríos Babahoyo y Guayas, frente a la ciudad de Guayaquil a una distancia de 4 Km aproximadamente por la vía del puente de la Unidad Nacional. Sus límites son: Norte: Río Babahoyo, **Sur:** Cantón Naranjal, **Este:** Cantón Yaguachi y **Oeste:** Río Babahoyo. Posee una superficie de 311,73 km² con una población proyectada para el

año 2015 de 278.288 habitantes según el censo de 2010 que supera cada día los 500.000 habitantes con población flotante.¹

4. Enfoque conceptual

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

En el Ecuador, El Ministerio de Salud Pública implementa el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural- MAIS-FCI que tiene como enfoque fundamentales la Atención Primaria de Salud Renovada APS-R, reconocida en la Constitución Política del Ecuador y el Plan de Desarrollo del Buen Vivir como la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud. El MAIS-FCI se reorienta a fortalecer la promoción y la prevención, implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo de vida, de género y territorial. Implica la articulación intersectorial, y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. (MAIS-FCI, MSP,2013). Para hacer viable la operación y desarrollo del MAIS-FCI este fue estructurado en cuatro componentes: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento.

El componente de GESTIÓN, cuenta con los lineamientos para la implementación del MAIS que están orientados a garantizar la generación de respuestas frente a las necesidades y problemas de salud de la población y sus determinantes, la sostenibilidad y sustentabilidad del MAIS y el logro de los resultados de impacto social.

Los determinantes sociales de la salud son los factores que influyen en la salud y en el bienestar y que están enfocados en las condiciones económicas y sociales de las personas; se relacionan con sus ingresos y estatus social; redes sociales; educación, empleo y condiciones de trabajo; ambiente social, ambiente físico y prácticas personales de salud, desarrollo infantil saludable, servicios de salud, género y cultura.

Las desigualdades en materia de salud están estrechamente ligadas a los determinantes sociales, y no pueden explicarse solamente por la pobreza o la distribución de los ingresos, o por la capacidad de respuesta de los servicios de salud locales; existen otros factores que influyen o causan desigualdades e inequidades sanitarias que podrán evitarse y son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y se envejece y del tipo de sistema que se utiliza para combatir la enfermedad, en el ámbito de la salud estas condiciones están determinadas por las fuerzas políticas, económicas y sociales y estos son los determinantes sociales de la salud. (OMS, 2013)

El análisis de los determinantes sociales de la salud es importante para asegurar unos servicios más equitativos a la población, debido a que los resultados de su identificación y análisis ayudan a combatir las inequidades de salud debidas a las diferencias en la prevalencia y gravedad de los problemas de salud resultantes de la desigualdad social.

¹ SEMPLADES - Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Agenda Zonal: Zona 8 Guayaquil, Samborondón y Duran (2013-2017).

II. DETERMINANTES SOCIALES Y DEMOGRAFICOS

1. Determinantes demográficos

1.1 Población general

El distrito de Duran tiene una población proyectada para el año 2015 de 278.288 habitantes según el censo de 2010 que supera cada día los 500.000 habitantes con población flotante. En las últimas décadas ha tenido un acelerado crecimiento poblacional que reside mayoritariamente en la cabecera cantonal. El 51,31% de la población del cantón es mujer, con un índice de feminidad de 98,73 hombres por cada 100 mujeres. En el área urbana la población es de 230 839 habitantes, de los mismos 113.746 son hombres (49,28%) y 117.093 (50,72%) son mujeres; en cuanto al área rural la población es de 4.930 habitantes, de los cuales 2.655 son hombres (53,85%) y 2 275 son mujeres (46,15%).

De acuerdo con el nuevo modelo de gestión el Distrito 09D24 está conformado por 10 Unidades Operativas UO, entre las que se encuentran el Recreo I y Recreo II donde se concentra el 29,5% de la población de todo el Cantón (82,260 habitantes).

La UO Recreo I tiene una población de 33,429 habitantes distribuida en 33 ciudadelas y cooperativas con aproximadamente 5,534 familias. El 50,26% de la población son hombres (16,804) y el 49,73% (16,821), mujeres. La UO Recreo II tiene una población de 51,831 habitantes, distribuidos en 13 ciudadelas y cooperativas de aproximadamente 15,403 familias. El 50,26% de la población son hombres (26,055) y el 49,73% (25,776), son mujeres.

Cuadro 1. Datos demográficos

Indicadores	DATOS DEMOGRAFICOS			
	Recreo I	Recreo II	09D24	Zona 8
Superficie (km2)			311,73 km2	4.691.59 km2
Población proyectada año 2015	33.429	51.831	278.288	2.654.274
Densidad poblacional año 2015 (habt/Km2)			892.7 habt/km2	6.292 habt/km2
% Hombres 2015	16.804	26.055	138.256	1.308.124
% Mujeres 2015	16.821	25.776	140.032	1.346.150
% 0 a 14 años 2015	9.914	15.372	82.536	875.557
% 15 a 64 años 2015	21.440	33.242	178.479	1.893.351
Índice de masculinidad	99.89	102.08	98.73	97.17
Índice de dependencia	46.24	46.22	46.24	46.24
Índice de renovación	478.01	477.8	477.83	477.84
Tasa de crecimiento por 1000 habitantes	1,9%	1,9%	1,9%	1,7%
Tasa de natalidad	5,1	5,1	5,1	16,6
Tasa de mortalidad				4,8

Fuente: INEC, Proyección de Población, 2015

El 50,60% de la población es mujer, con un índice de masculinidad de 97,51 hombre por cada 100 mujeres en Duran y 97,18% en la Zona 8.

1.2 Población por grupos programáticos del MSP

De acuerdo al nuevo modelo de atención integral del Ministerio de Salud, la planificación de la provisión de servicios de salud se debe hacer en base a grupos de edad o ciclos de vida considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género, esto garantiza una atención integral durante todo el ciclo de vida.²

²MSP – Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS-FCI, Ecuador, 2013.

Cuadro 2. Proyección de Población según grupos programáticos. Ministerio de Salud Pública, Zona 8, año 2015.

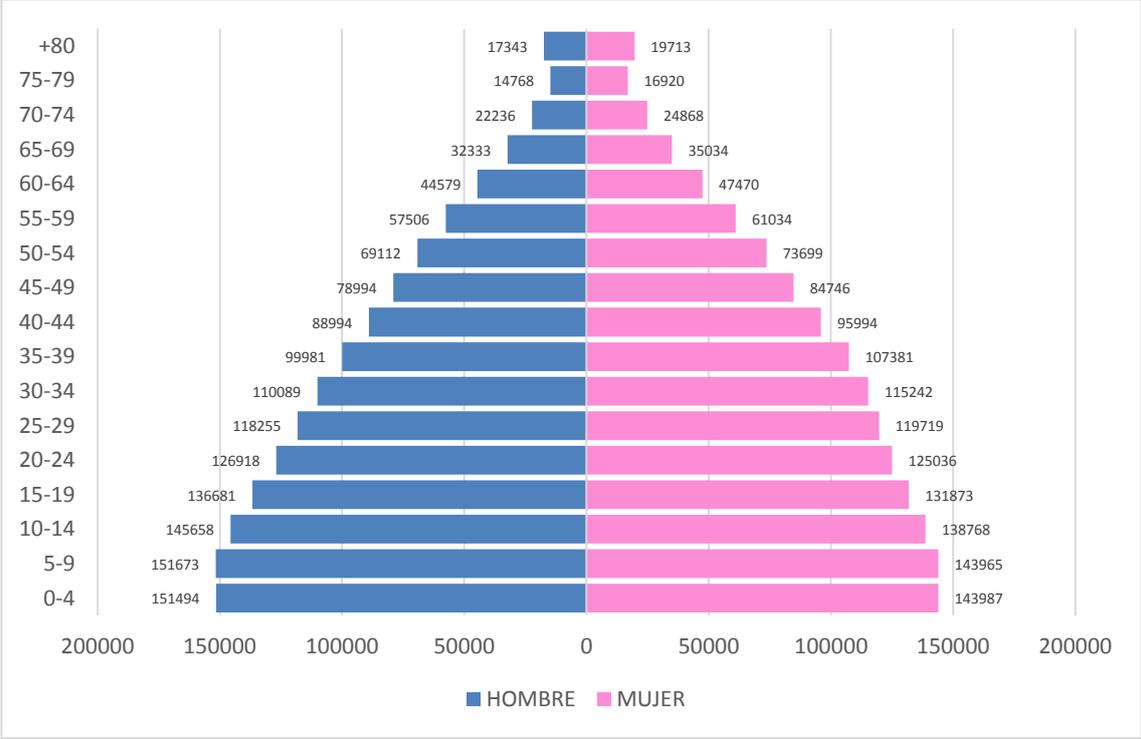
PROYECCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS PROGRAMATICOS, MSP, ZONA 8 2015				
Grupos programáticos	Recreo I	Recreo II	Distrito 09D24	Zona 8
< 1 Año	668	1.036	5.560	58.980
1 a 4 Años	2.678	4.152	22.295	236.506
5 a 9 Años	3.348	5.191	27.869	295.642
10 a 14 Años	3.221	4.994	26.812	284.429
15 a 19 Años	3.041	4.715	25.316	268.559
20 a 64 Años	18.399	28.527	153.163	1.624.792
65 a 74 años	1.296	2.010	10.792	114.482
75 Años y más	778	1.207	6.481	68.750
Total:	33.429	51.831	278.288	2.952.140

Fuente: INEC, Proyección de Población, 2010

Al analizar la pirámide poblacional de esa época (Gráfico No. 84), se observa que el 28.98% de la población era menor de 15 años, el 65.32% se encontraba en edades entre 15 y 64 años, es decir, en su etapa productiva; y el 5.70% eran adultos mayores, correspondientes a 65 años y más.

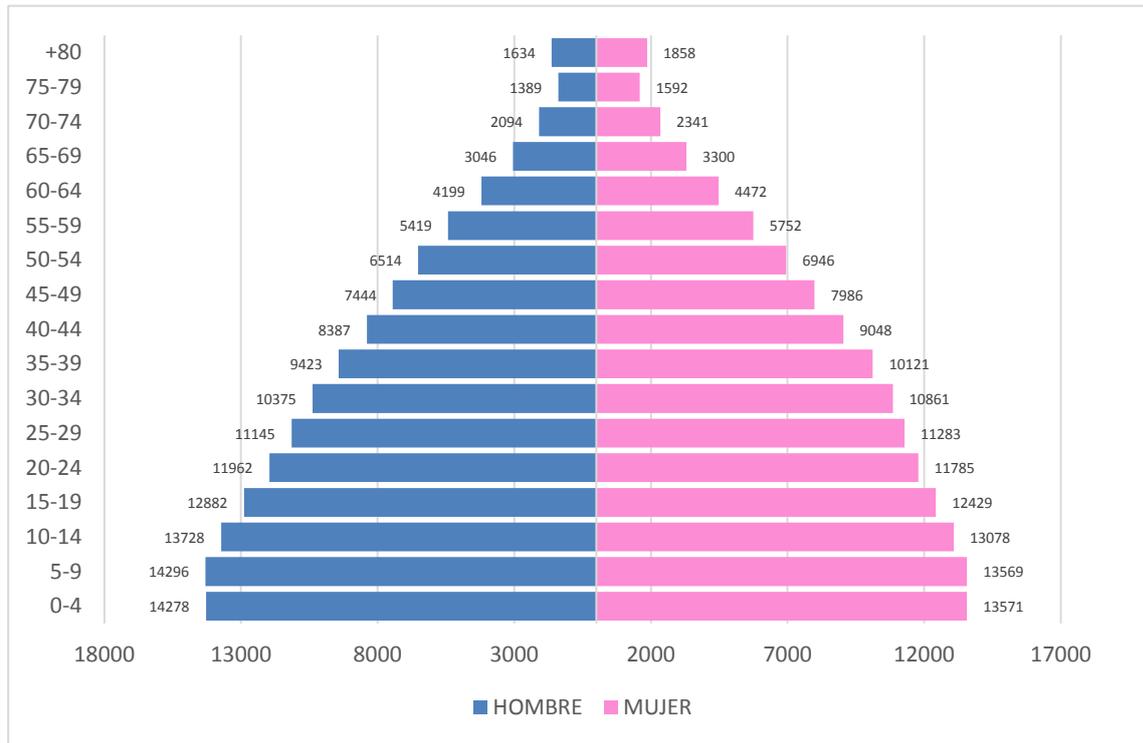
Las pirámides poblacionales muestran una forma triangular típica en países en vías de desarrollo.....

Gráfico 1. Pirámide poblacional, Zona 8, 2015



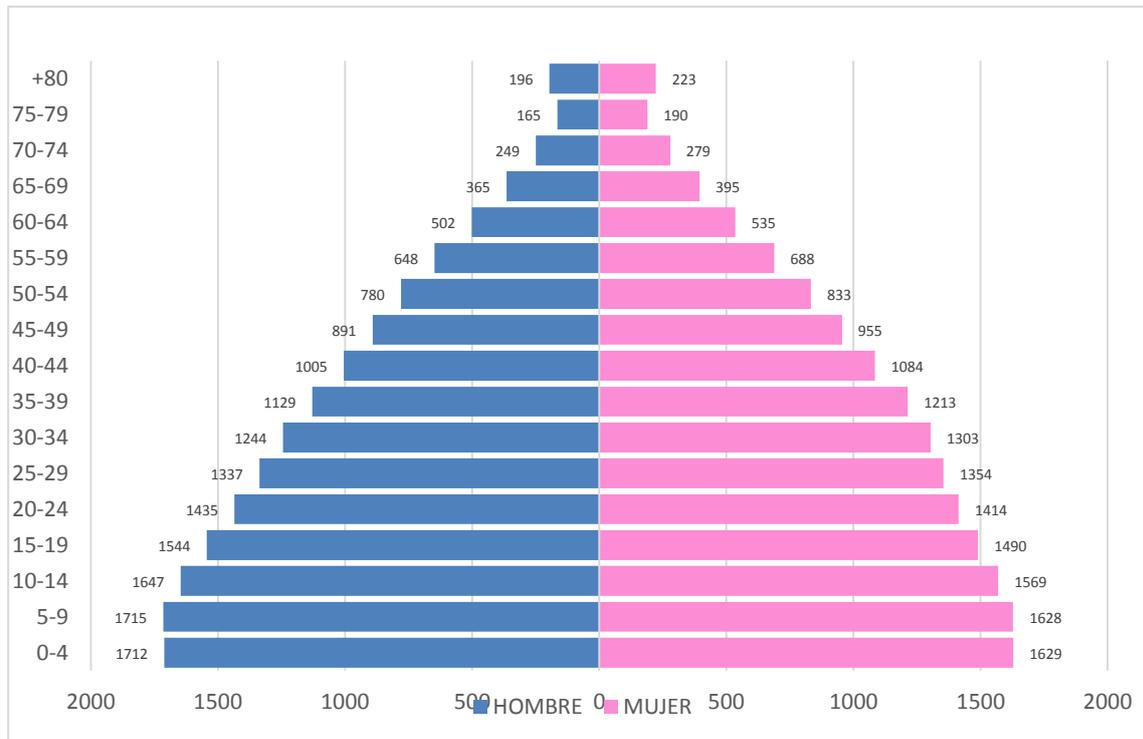
Fuente: INEC. Proyección de población 2015.

Gráfico 2. Pirámide poblacional, Distrito Duran 09D24, 2015



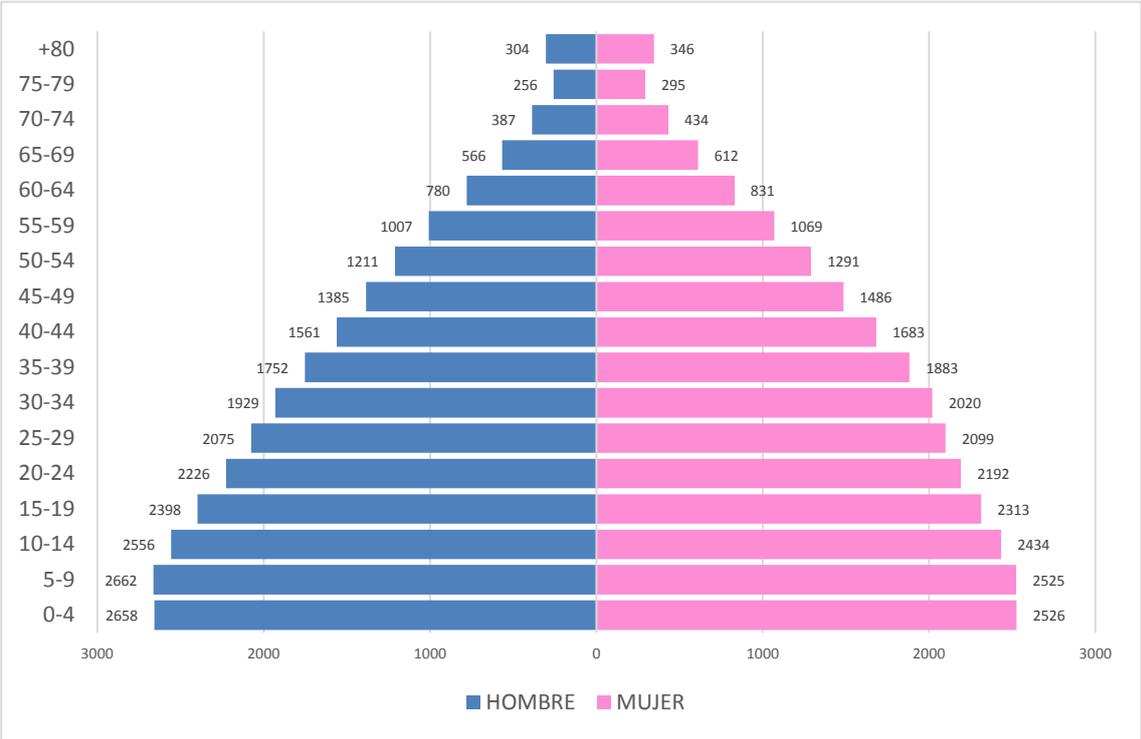
Fuente: INEC. Proyección de población 2015.

Gráfico 3. Pirámide poblacional, Recreo I, 2015



Fuente: INEC. Proyección de población 2015.

Gráfico 4. Pirámide poblacional, Recreo II, 2015



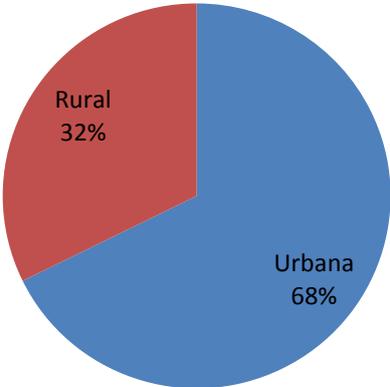
Fuente: INEC. Proyección de población 2015.

III. DETERMINANTES ESTRUCTURALES

1. Ruralidad y etnia.

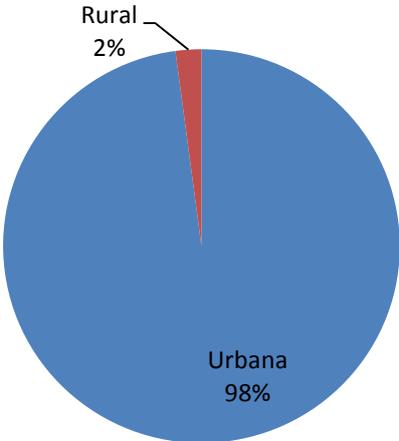
A nivel nacional y de acuerdo a los datos de Censo de Población y Vivienda del INEC en el año 2010, el 37,23% de la población del Ecuador vivía en la zona rural. En la Zona 8 y el e Distrito 09D24 solo un pequeño porcentaje menos del 3,00% vive en la zona rural. Cerca de 97,00% reside en la zona urbana.

Gráfico 5. Población según zona urbana o rural, Ecuador 2015.



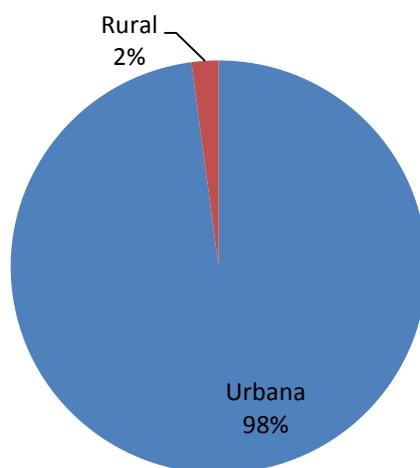
Fuente: INEC, 2010

Gráfico 6. Población de la Zona 8 según zona urbana o rural, 2015.



Fuente: INEC, 2010

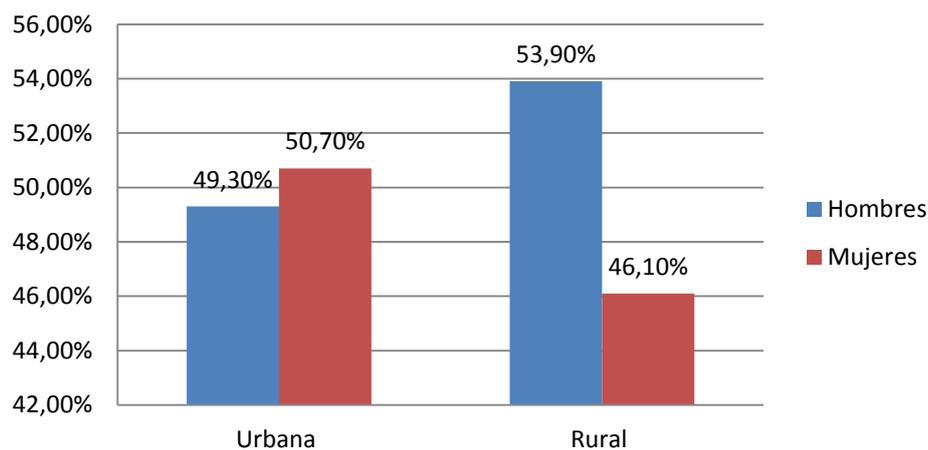
Gráfico 7. Población del Distrito 09D24 según zona urbana o rural, 2015.



Fuente: INEC, 2010

Del 3,00 % de la población que vive en la zona rural del Distrito 09D24, el 53,90% son hombres y el 46,10% mujeres.

Gráfico 8. Población del Distrito 09D24, según sexo y zona urbana o rural.



Fuente: INEC, 2010

El Censo de Población y Vivienda del año 2010 en el Ecuador incorporo el criterio de autoidentificación y pertenecía a una nacionalidad o pueblo considerando a la

autoidentificación como el ejercicio de los derechos de toda persona a decidir de manera libre y voluntaria su pertenencia a un pueblo o nacionalidad.

Según este criterio el 7,15 de las mujeres y el 7,00% de los hombres en el país se autoidentificó como indígena, y un porcentaje similar 7,005 de las mujeres y 7,4% de los hombres como afroecuatorianos. El mayor porcentaje de la población nacional, 72,6% de las mujeres y el 71,3% de los hombres se consideró como mestizo/a.

En el cantón Durán el 6,0% de la población se autoidentificó como montubio/a y el mismo porcentaje, afroecuatoriano/a. El 70% se considera mestizo/a muy cerca de la media nacional.³

Cuadro 3. Población del Ecuador según sexo y etnia

Etnia	Población del Ecuador según sexo y etnia			
	Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%
Indígenas	517.797	7,1%	500.379	7,0%
Afroecuatorianos/as	513.112	7,0%	528.447	7,4%
Montubios/as	500.115	6,8%	570.613	7,9%
Mestizos/as	5.301.654	72,6%	5.115.645	71,3%
Blanco/a	448.740	6,1%	433.643	6,0%
Otro/a	24.398	0,3%	28.956	0,4%
Total	7.305.816	100%	7.177.683	100%

Fuente: INEC, 2010

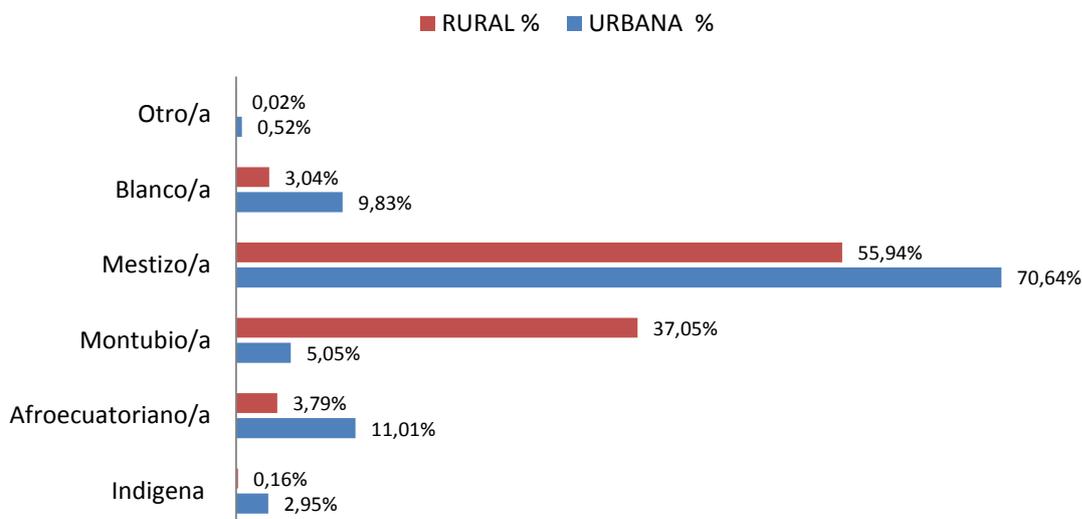
³ mujeres y hombres del ECUADOR EN CIFRAS III. Serie de información estratégica. Comisión de Transición. Instituto Nacional de Estadística y Censos ONU Mujeres, Ecuador.

Cuadro 4. Población del Distrito 09D24 según sexo y etnia

Etnia	Población de Duran 09D24 según autoidentificación étnica	
	No.	%
Indígenas	6.815	3,0%
Afroecuatorianos/as	13.527	6,0%
Negro/a	2.598	1,0%
Mulato/a	9.470	4,0%
Montubios/as	13.474	6,0%
Mestizos/as	165.826	70,0%
Blanco/a	22.834	10,0%
Otro/a	1.225	1,0%
Total	235.769	100,0%

Fuente: INEC, 2010

Gráfico 9. Población del Distrito Duran 09D24 según autoidentificación étnica y zona urbana o rural



Fuente: INEC, 2010.

2. Pobreza e ingreso

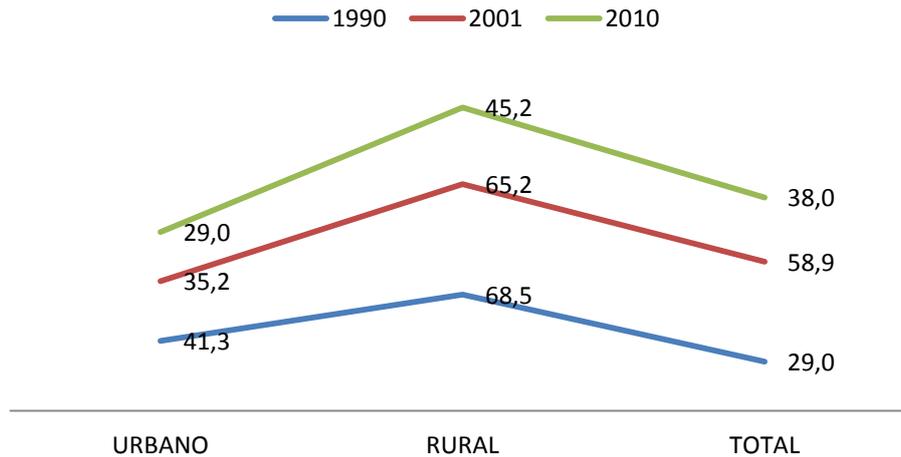
“Diversos estudios sobre la pobreza en Ecuador concuerdan en que sus determinantes estructurales son la elevada desigualdad, la baja escolaridad, la inestabilidad política, la baja productividad y el comportamiento rentista de parte de los empresarios ecuatorianos”⁴

⁴ SEMPLADES - Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Estrategia Nacional para la Igualdad y Erradicación de la Pobreza, (Noviembre 2014), Larrea y Sánchez, 2003)

A pesar de los logros y avances significativos que se han alcanzado en los últimos años en relación al desarrollo social y económico en el Ecuador, actualmente persisten brechas significativas que mayoritariamente son el resultado de una estructura social con grandes desigualdades producto de una herencia del pasado.

Entre los años 1990 y 2010 los índices de pobreza se redujeron de forma importante a nivel nacional evidenciando una mejora en los niveles de consumo y por tanto en los ingresos de los hogares.⁵

Gráfico 10. Incidencia de pobreza por año y área: Ecuador, 1990-2010



Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda, 1990, 2001 y 2010.

En la década de los 90, ninguna parroquia ni cabecera cantonal de la Zona 8 tenía índice de desarrollo social que superara el 68%, en el año 2010 la situación mejora significativamente para todas las parroquias rurales; y las tres cabeceras urbanas tienen índices que superan el 70%, la parroquia urbana de Samborondón presenta el mejor índice de desarrollo social (81,4%). Las brechas entre lo urbano y lo rural se mantienen.⁶

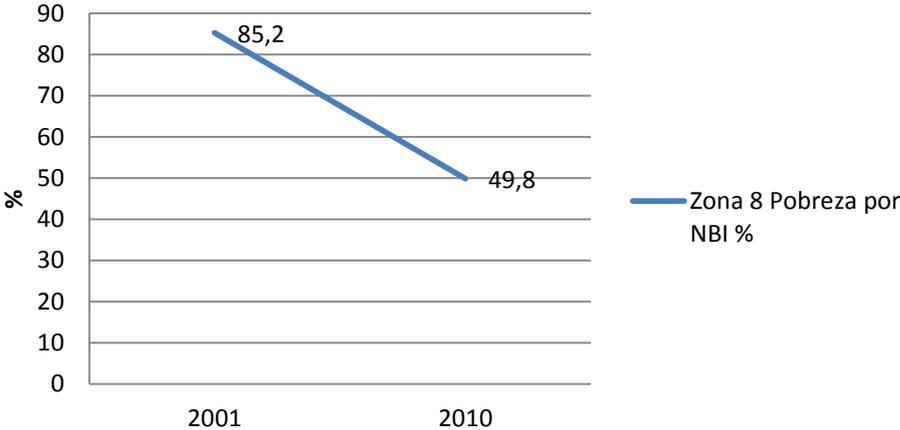
El análisis de la incidencia de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que se establece cuando un hogar cumple con una de las siguientes características: *vivienda con características físicas inadecuadas, servicios básicos inadecuados, alta dependencia económica, en el hogar existen niños entre 6 y 12 años de edad que no asisten a la escuela, hogar se encuentra en hacinamiento...* en la Zona 8 muestra avances importantes en el periodo intercensal 2001 – 2010, y de 85,2% en el año 2001 paso a 49,8% en el 2010, en el ámbito de los hogares llega al 45%.

⁵ SEMPLADES - Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Atlas de las Desigualdades Socio-Económicas en el Ecuador, Ecuador, Diciembre 2013

⁶ SEMPLADES - Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Agenda Zonal: Zona 8 Guayaquil, Samborondón y Duran (2013-2017).

El informe sobre “POBREZA POR NECESIDADES BÁSICAS INSATIFECHAS E INFLUENCIA DEL COMPONENTE DE SERVICIOS DE AGUA POR RED PÚBLICA Y CONEXIONES DE ALCANTARILLADO”, elaborado por: Sebastián F. Burgos Dávila1 Economista en Jefe División técnica de investigación ECONOMICA – CIC, refiere que De los 8.6 millones de personas que viven en condición de pobreza por NBI, el 82.1% habitan en edificaciones que no poseen conexiones a red pública de agua y alcantarillado dentro de la vivienda, el 44.2% vive en condiciones de hacinamiento y el 21.1% habita en viviendas con materiales deficientes de piso y paredes. Los componentes de alta dependencia económica y no asistencia a la escuela registran porcentajes menores al 10%.

Grafico 11. Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas, Zona 8, 2001-2010



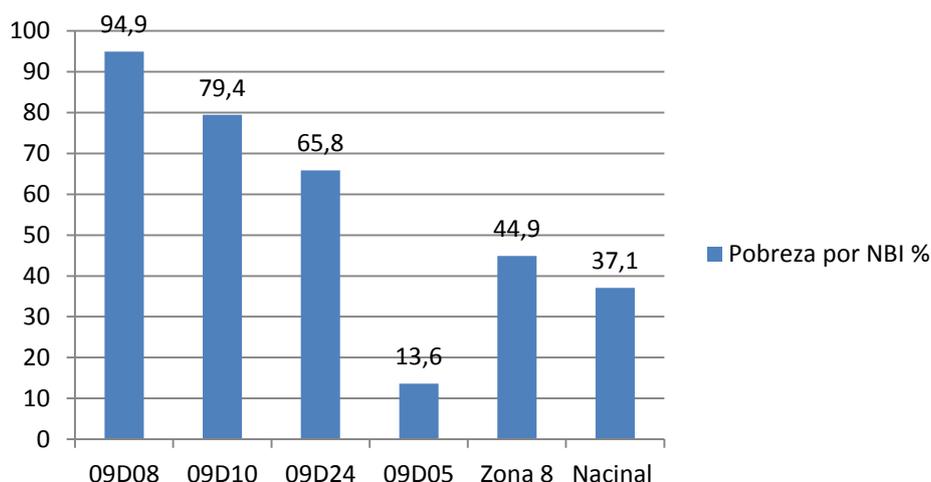
Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda, 1990, 2001 y 2010.

En los distritos el comportamiento de la pobreza por NBI varía significativamente, manteniéndose extremadamente alta en el distrito 09D08 (94,9%) urbano marginal, y 09D10 (79,4%) rural.

En el distrito 09D24, con una población mayoritariamente urbana (97,3%), la incidencia de pobreza por NBI es de 65,8%, superando en 20,9% puntos a la zona 8, y 28,7% a nivel nacional.

El distrito con menor índice de pobreza por NBI es el 09D05.

Gráfico 12. Incidencia de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas, Distritos Zona 8.

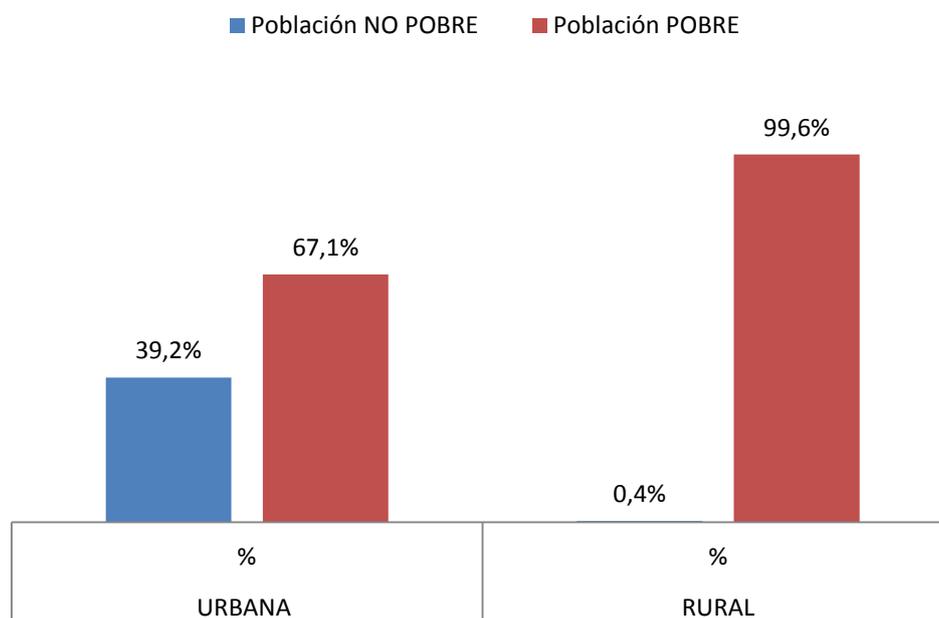


Nota: Porcentaje de hogares

Fuente: INEC, 2010. Semplades: Agenda Zonal Zona 8 Guayaquil.

La incidencia de pobreza por NBI entre la zona rural del cantón Duran es de 99,6%, 32,5 puntos más alto que en la zona urbana 67,1%.

Gráfico 13. Incidencia de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas en el Distrito Duran 09D24 según zona urbana o rural.



Fuente: INEC, 2010

Según la encuesta ÉNEMDU 2014, la incidencia de pobreza por ingreso en la zona 8 es de 13,8% y se ubica por debajo del nivel nacional, que es de 22,5%. La extrema pobreza es de 2,0% en la Zona 8 y de 7,7% a nivel nacional.

2. 2 Resultados:

Los datos muestran que la pobreza en el distrito de Duran es mayor con relación a los otros distritos de la zona 8.

La población con mayor índice de pobreza en el distrito se concentra en el área rural.

La población con necesidades insatisfechas en el Distrito supera al promedio nacional y zonal.

3. Situación de educación

“La educación en América Latina y el Caribe tiene la facultad de combatir la pobreza, garantizar la equidad, y un desarrollo sostenible e incluyente; es así que la formación docente promueve procesos de enseñanza, aprendizaje y apropiación social que garantizan el derecho de una educación de calidad para todas y todos”, Sra. Saadia Sánchez Vegas Directora de UNESCO Quito y Representante en Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela⁷. La educación es el eje fundamental para alcanzar la realización personal y social para fomentar el crecimiento socioeconómico y cultural que un país requiere para enfrentar con éxito el reto del desarrollo humano frente a los desafíos de la globalización y los retos del siglo XXI; además se visualiza como el principal instrumento para romper el círculo de la pobreza.

En el Ecuador, el sector de educación ha vivido un proceso significativo de reformas desde la segunda mitad de la década pasada. En noviembre del 2006 fue aprobado el referéndum del Plan Decenal de Educación 2006-2015, que se convirtió en una Política de Estado. La continuidad de las políticas educativas ha contribuido a los importantes avances logrados en el sector⁸

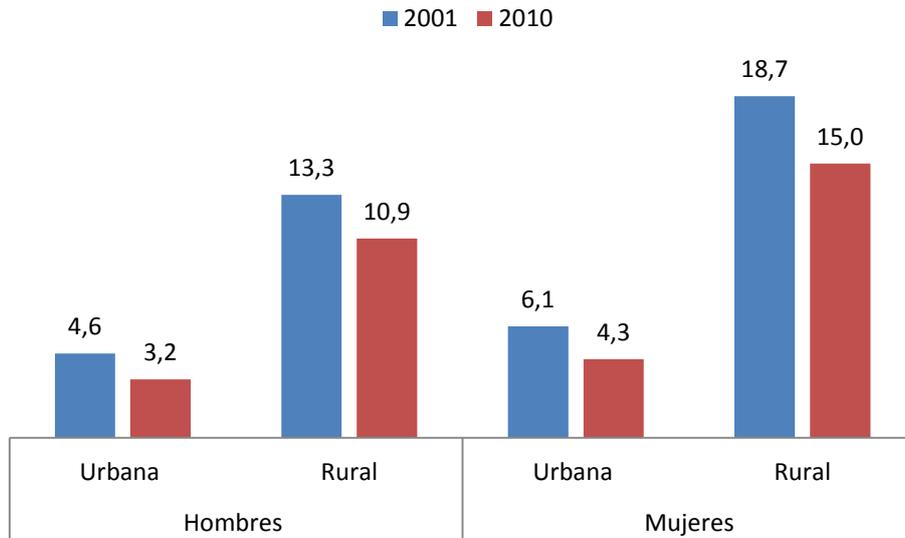
3.1 Tasa de analfabetismo

La tasa neta de analfabetismo del grupo de edad de 15 y más años disminuyó a nivel nacional de 9% en el año 2001 a 6,8% en el año 2010. Existen brechas importantes entre el área urbana y rural. El 12,9% de la población del área rural es analfabeta a diferencia del 3,8% de la población urbana.

⁷ Oficina de UNESCO en Quito, Ecuador , Mayo 2014

⁸ SEMPLADES - Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Atlas de las Desigualdades Socio-Económicas en el Ecuador, Ecuador, Diciembre 2013

Gráfico 14. Tasa de analfabetismo para la población de 15 o más años por sexo y área: Ecuador 2001 - 2010

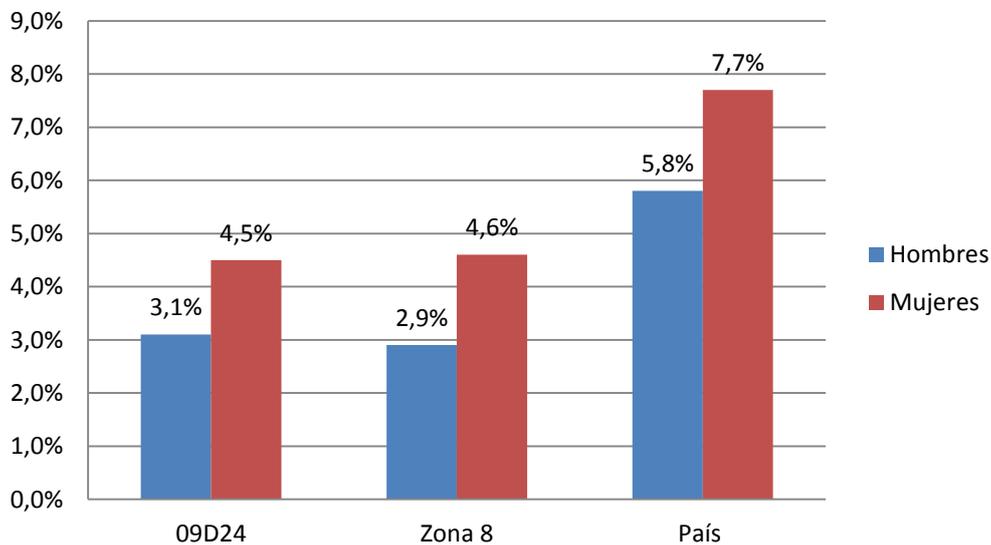


Fuente: INEC, Censo de población 2001 y 2010.

La tasa de analfabetismo es mayor en mujeres que en hombres: 7,7% a nivel nacional, 4,6% en la zona 8 y 4,4% en el distrito 09D24 en el año 2010.

A pesar de que existe una disminución en las tasas de analfabetismos en las mujeres entre los años 2001 y 2010, persisten las brechas de género como se muestran en el Gráfico 19.

Gráfico 15. Tasa de analfabetismo según género, Distrito Duran 09D24, 2010

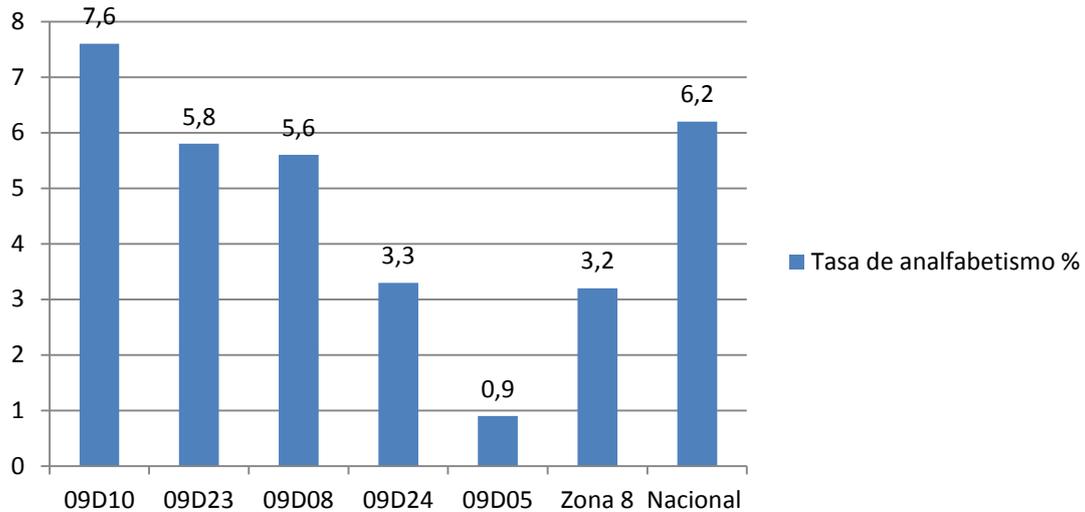


Nota: Población de 15 y más años

Fuente: INEC, 2010

La tasa de analfabetismo en la zona 8 en el año 2010 fue de 3,2% por debajo del promedio nacional 6,2%, algunos distritos presentan tasas superiores como el 09D10 (7,6%), 09D23 (5,8%) y el 09D08 (5,6%), la gran mayoría de estos distritos corresponden a las zonas rurales y urbano marginales

Gráfico 16. Tasa de analfabetismo para la población de 15 y más años, Distritos Zona 8, 2010

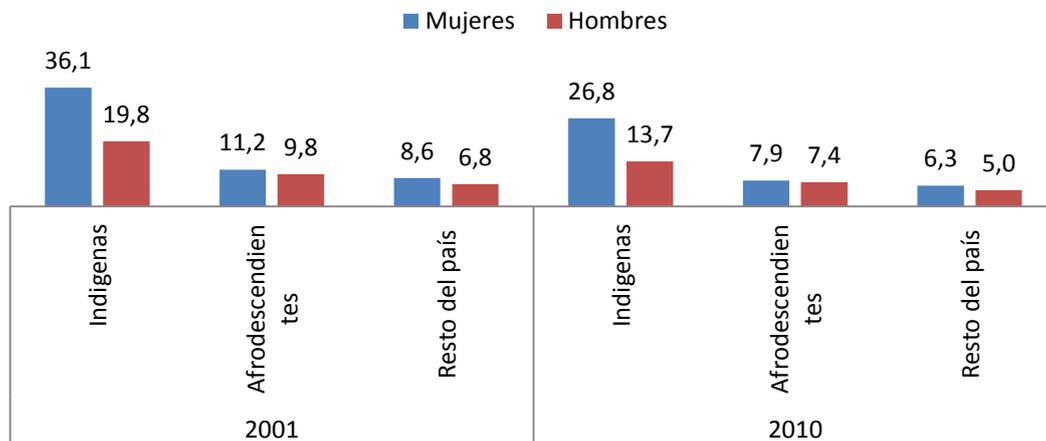


Nota: Población de 15 y más años

Fuente: INEC, 2010

En el periodo intercensal 2001-2010, la tasa de analfabetismo de la población indígena se reduce de 7,9 puntos porcentuales. En el año 2010 persisten grandes brechas entre los diferentes grupos étnicos, siendo los de mayor tasa de analfabetismos la población indígena (20,4%), tres veces más alta que la media nacional (6,7%). Las mujeres indígenas presentan la más alta tasa de analfabetismo a nivel nacional, y de todos los grupos de población 26,8%.

Gráfico 17. Tasa de analfabetismo por etnicidad y sexo: Ecuador 2001 y 2010

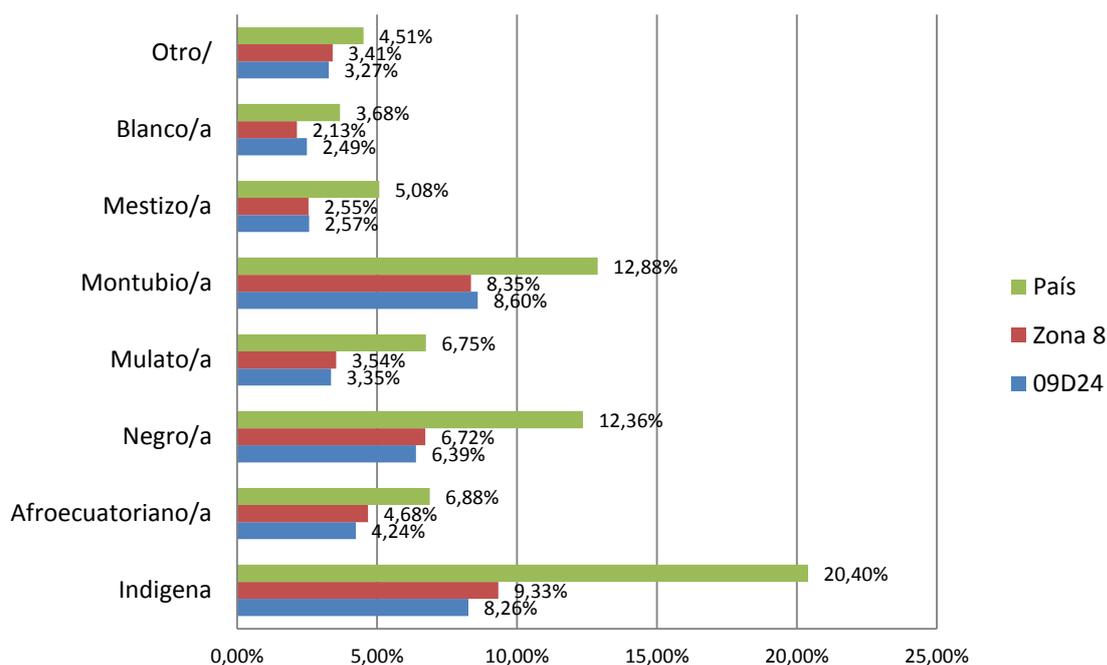


Fuente: INEC, 2010.

En el distrito 09D24, la tasa de analfabetismo en población montubia 8,60% es superior resto de los grupos étnicos, seguida por la población indígena 8,26%. El grupo de población autoidentificado como negro 6,39% y los afrodescendientes 4,24%. Todos estos grupos tienen tasas de analfabetismo inferiores a la media de la zona 8 y nacional.

El 71,9% de la población de Duran, según datos del Censo de Población y Vivienda del 2010 se autoidentifica como mestizo, y la tasa de analfabetismo en este grupo poblacional es de 2,57%, superior a la Zona 8, 2,55% y por debajo de la media nacional 5,8%.

Gráfico 18. Tasa de analfabetismo según grupo étnico Distrito Duran 09D24, 2010



Fuente: INEC, 2010

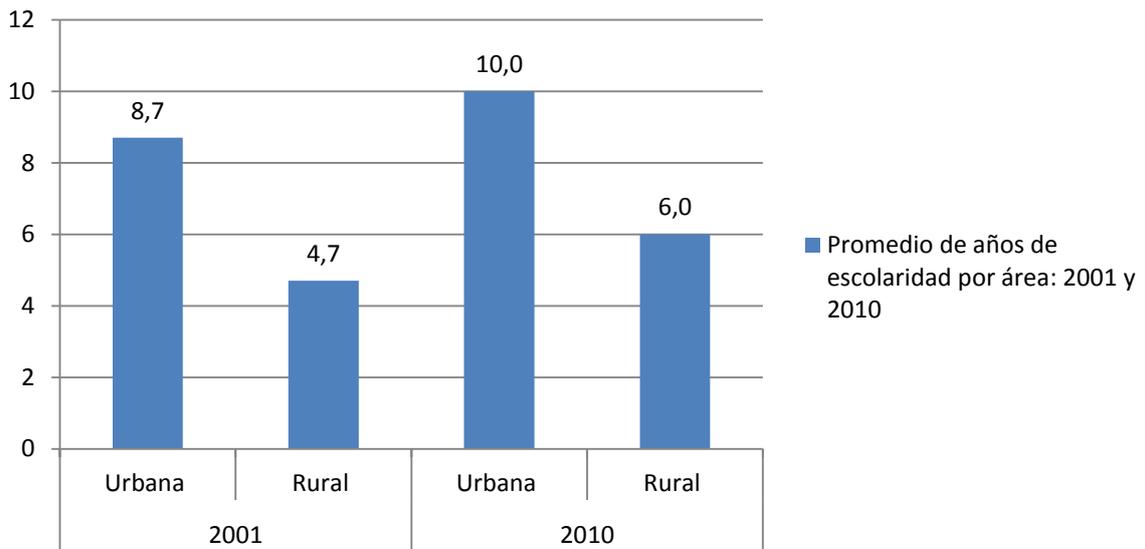
3.2 Años de escolaridad

Entre los años 2001 y 2010, los años de estudio de la población nacional tanto en el área urbana y rural suben la misma cifra (1,3) años de estudio.

El promedio de años de escolaridad en el distrito 09D24 es de (10) y es igual al de la zona 8, pero superior al nivel nacional (9) años. Los distritos 09D08 y 09D10 presentan niveles de escolaridad inferiores a 8 años y corresponde a áreas rurales y urbanas marginales del cantón mientras que los distritos 09D05 y 09D09 presentan un promedio de 14 años de escolaridad, superior a la media de la zona 8 y nacional.

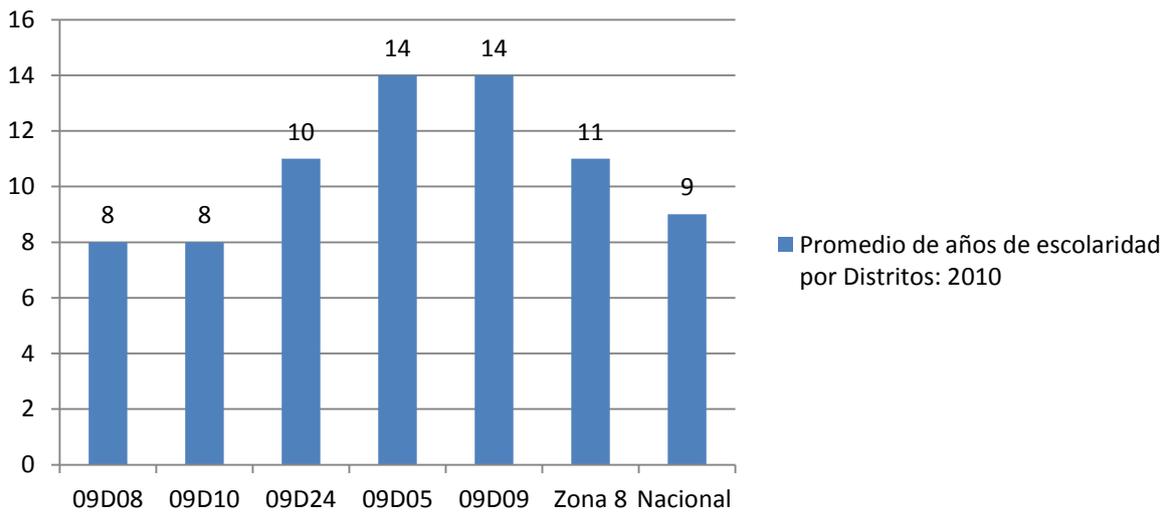
En todos los casos los hombres presentan mayor grado de escolaridad que las mujeres.

Gráfico 19. Promedio de años de escolaridad por área urbana o rural: 2001 y 2010



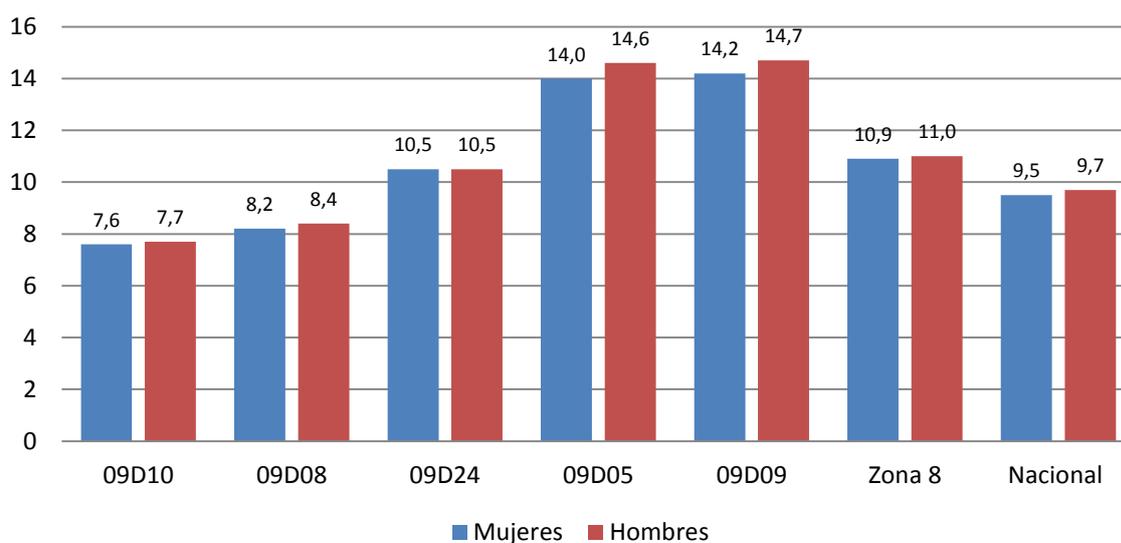
Fuente: INEC, 2001 y 2010

Gráfico 20. Promedio de años de escolaridad Distritos, Zona 8, 2010



Fuente: INEC, 2010

Gráfico 21. Promedio de años de escolaridad según sexo, Distritos, Zona 8 2010



Fuente: INEC, 2010

3.3 Tasa de asistencia

Uno de los logros más importantes de la última década es el crecimiento del acceso a la educación básica. En el periodo intercensal 2001-2010 la tasa neta de asistencia a la educación básica creció de 78,3% a 90,8%, el crecimiento es más significativo en el área rural. Actualmente no existen brechas de acceso a la educación básica entre las áreas urbanas y rurales.

A finales del año 2010, 90,3% de los niños y adolescentes del área urbana del Ecuador asistían a la educación básica lo cual representa un crecimiento de 17,7 puntos porcentuales con respecto al año 2001. En el área urbana el crecimiento de puntos fue de 8,7 puntos y a nivel nacional 12,5.

Cuadro 5. Tasa neta de asistencia a la educación básica.

Años	Urbana		Rural		Total	
	%	No.	%	No.	%	No.
2001	82,5	1,565,282	72,6	1,137,376	78,3	2,703,157
2010	91,2	1,894,099	90,3	1,172,040	90,8	3,066,139

Fuente. INEC, 2010.

En la zona 8, los afroecuatorianos tienen la tasa más baja de asistencia al nivel básico, y en el nivel medio y superior los indígenas y los afroecuatorianos son los que menos asisten.

Según la encuesta ENEMUD 2014, la tasa de asistencia a educación general básica media (9 a 11 años) llega a 76,6% en la Zona 8, inferior a la nacional que es de 83,3%.

De acuerdo con el Informe de Resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida 2013-2014, la tasa de matrícula neta en la educación básica en el año 2006 fue de 90,0% y para el año 2014 se situó en 95,0% tanto en el nivel urbano como rural.

El aumento de la tasa neta de matrícula básica está directamente relacionado con el mejoramiento del acceso de las poblaciones pobres de las zonas rurales a la educación.

De igual manera en el periodo 2006-2014, la tasa neta de matrícula media aumenta de 48,3% a 64,7% (16,4 puntos porcentuales). Las mejoras del acceso ocurren fundamentalmente en las zonas rurales (22,7) puntos porcentuales y en la población de los quintiles de consumo más pobres⁹

La tasa de asistencia a la educación en el Distrito 09D24 en la población mestiza/o es superior al resto de los grupos étnicos en todos los niveles de educación, básico medio y superior.

Cuadro 6. Tasa de asistencia a educación por nivel y por etnias, Distrito 09D24, año 2010.

Tasa de asistencia a educación por nivel y por etnias, Distrito 09D24, 2010			
Etnias	EGB	EGB Media	EGB Superior
Indígenas	72,1	12,7	5,5
Afroecuatorianos	73,9	9,9	6,9
Negro	73,6	8,9	4,9
Mulato	74,3	9,1	7,9
Montubio	74,3	8,4	6,0
Mestizo	78,5	14,1	18,6
Blanco	75,7	12,6	13,6
Otro	76,1	8,5	8,1
Tasa 09D24	74,81	10,53	8,94

INEC, 2010.

⁹INEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Encuesta de Condiciones de Informe de Resultados Sexta Ronda, Ecuador 2013-2014.

4. Ocupación y Empleo

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo Resultados Septiembre 2015 del INEC, la Población en Edad de Trabajar en el Ecuador es de 11.318,398 y de estos el 48,42 % (5.481,260) son hombres y el 51,57% (5.837,138) con mujeres.

El 69,44% de la población nacional en edad de trabajar está ubicada en la zona urbana y el 30,55 % en la zona rural.

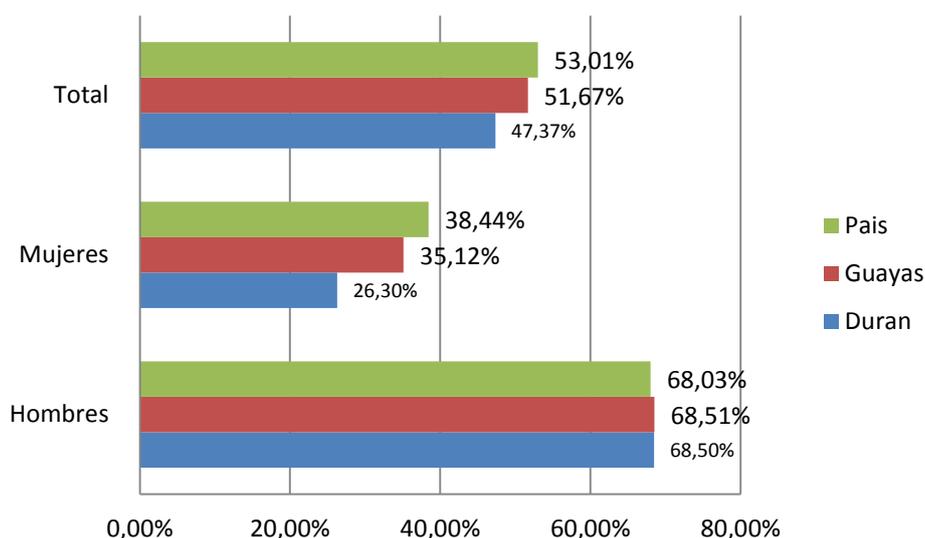
En la provincia del Guayas, la Población en Edad de Trabajar es del 15,61% (1.766,837 habitantes).

La población económicamente activa (PEA) a nivel nacional fue de 7,519.717 millones de personas; en el área urbana es de 5,135.610 millones de personas (68% de la PEA total), y en el área rural fue de 2,464.105 millones de personas (el 32% restante). La población económicamente activa está distribuida de la siguiente manera: 4,436.007 (58,99%) millones de hombres y 3.163,711 (42,07%) millones de mujeres.

A nivel nacional, la composición de la población económicamente activa según la condición de actividad es la siguiente: el empleo adecuado representa el 46,0%, el empleo inadecuado es de 49,2% y el desempleo es de 4,3% solo el empleo adecuado registra una variación estadísticamente significativa de 1,8 puntos porcentuales.

En el catón Duran la Población Económicamente Activa según los datos del INEC, censo 2010 es de 47,37% inferior al promedio nacional y de la provincia del Guayas. Del total de PEA, el 68,50% corresponde al sexo masculino (62,142) y el 26,30% (36,553) al sexo femenino.

Gráfico 22. Población Económicamente Activa (10 años y más) Distrito Duran 09D24, según sexo, 2010



Fuente. INEC, 2010

La tasa de empleo adecuado en la ciudad de Guayaquil registró una variación significativa entre el año 2014 y 2015 que va de 61,1% a 51,1%, con una variación de -5 puntos porcentuales.

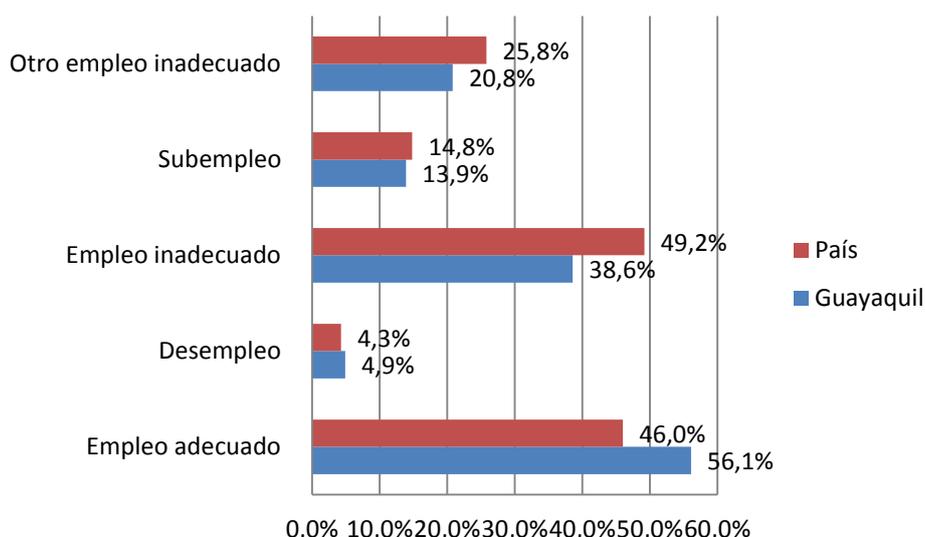
Con respecto al desempleo, a septiembre de 2015, la ciudad que registra la mayor tasa es Quito, con 5,2% seguida de Guayaquil y Ambato, con 4,9% y 4,8%, respectivamente. Mientras que Cuenca registra la tasa de desempleo más baja: 2,6%. Con respecto al

mismo periodo de 2014, Cuenca registra una variación estadísticamente significativa de - 1,5 puntos porcentuales.

La tasa de desempleo aumento en la ciudad de Guayaquil de 3,9% en 2014 a 4,9% en 2015 y el empleo inadecuado es de 38,6%. En el mismo periodo el subempleo fue de 13,9%.

En el cantón Duran la tasa de desempleo según los datos del INEC 2010 fue de 8,51%.

Gráfico 23. Empleo adecuado, empleo inadecuado, desempleo, subempleo, otro empleo inadecuado, Guayaquil, 2015.



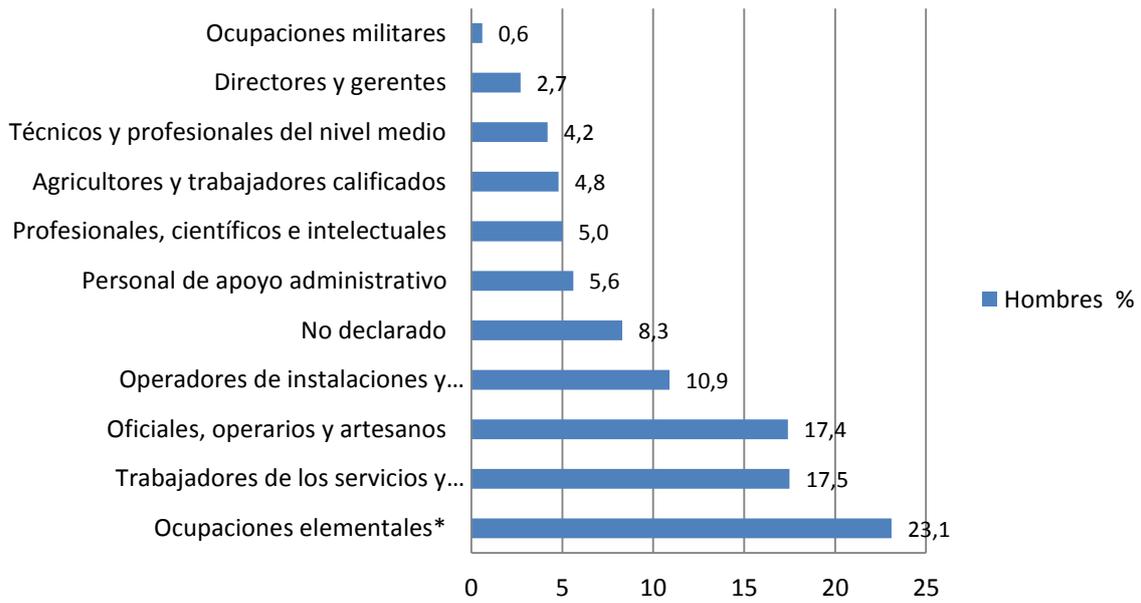
Fuente. Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)

De acuerdo con los datos del INEC, en el año 2010 el mayor porcentaje los hombres en la provincia del Guayas que tenían un empleo (68,9%) trabajaban en ocupaciones elementales (limpiadores, asistentes domésticos, vendedores ambulantes, peones agropecuarios, pesqueros o de minería..etc), trabajadores de servicios y vendedores, oficiales, operarios y artesanos y como operadores de instalaciones y maquinarias.

El 83,3% de las mujeres trabaja como oficiales, operarias y artesanas, directoras y gerentes, apoyo administrativo, operadoras de instalaciones y maquinarias y como agricultoras y trabajadoras calificadas. El 4,9% trabaja como empleadas de servicios y el mismo porcentaje como trabajaban en ocupaciones elementales (limpiadores, asistentes domésticos, vendedores ambulantes, peones agropecuarios, pesqueros o de minería..etc).

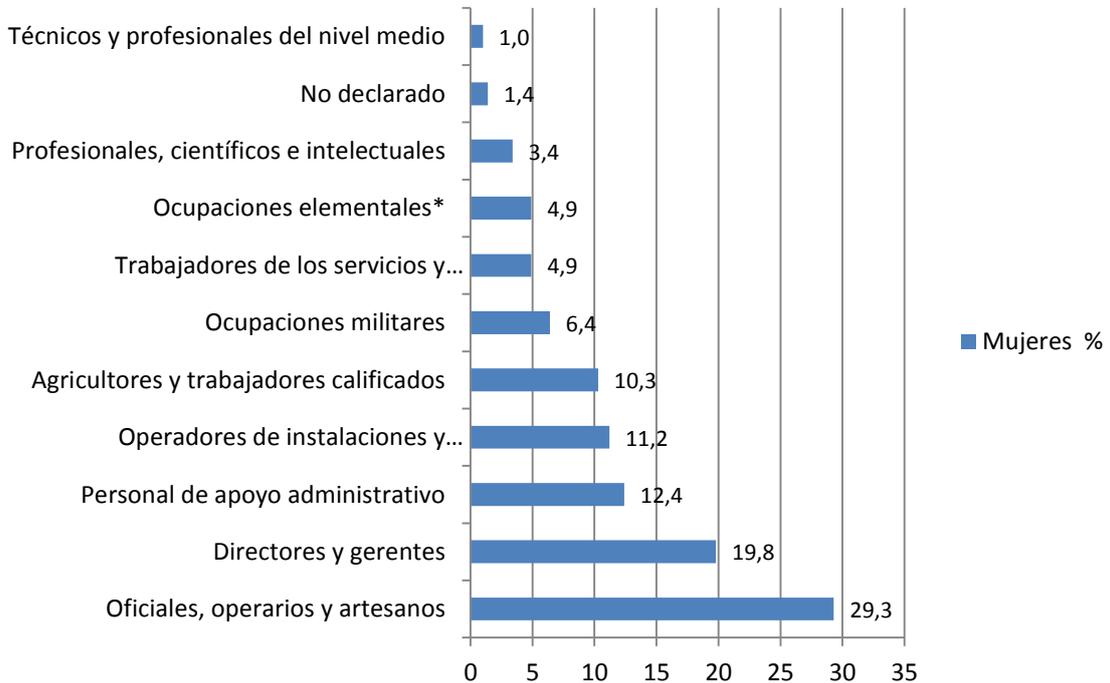
El porcentaje de hombres que ocupan puestos profesionales, científicos e intelectuales es superior es superior al de las mujeres 5,0% y 3,4% respectivamente.

Gráfico 24. De que trabajan los HOMBRES en Guayas, 2010



Fuente. INEC 2010

Gráfico 25. De que trabajan los MUJERES en Guayas, 2010



Fuente. INEC 2010

En el cantón Duran, el 65,0% de ocupación de la población que tiene un empleo se dedican a actividades de comercio mayor y menor, industria manufactureras, construcción,

transporte y almacenamiento, actividades de hogares como empleadores y actividades de alojamiento y servicios de comida.

El 4,80% se dedica a actividades de enseñanza.

Gráfico 26. Población ocupada por rama de actividad, Distrito Duran 09D24, 2010



Fuente. INEC 2010

IV. CONDICIONES MATERIALES DE VIDA

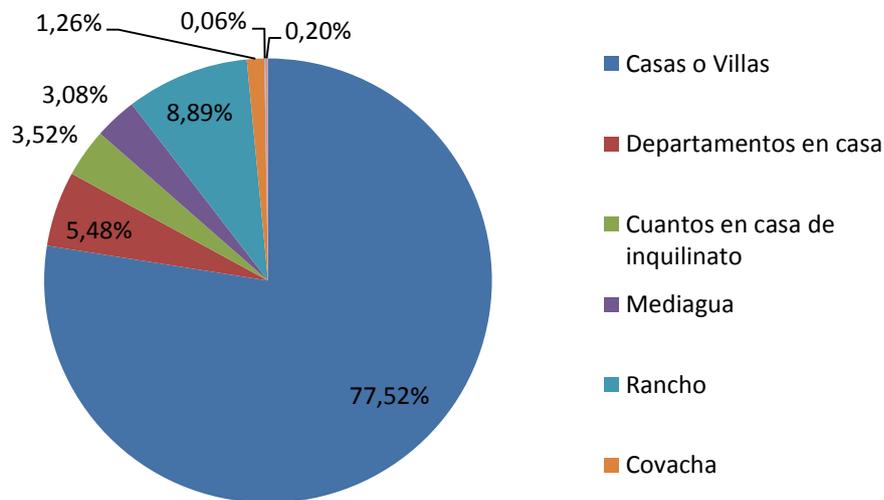
1. Tipos y características de vivienda

De acuerdo a los datos del INEC 2010, la calidad de vivienda en el cantón Duran es diferente entre la región urbana y rural. En el área urbana se usa el ladrillo, bloque, piso de cemento y techo de zinc. Mientras tanto en la región rural y en algunas ciudadelas y cooperativas, las características de la vivienda son precarias y con un saneamiento deficitario. En las cooperativas Unidos venceremos, Una sola fuerza, y Primero de mayo la mayor parte de las viviendas están construidas de caña guadua, en algunos casos cubiertas de plásticos, y cartones con el techo de zinc, las construcciones son pequeñas y existe un alto índice de hacinamiento.

Del total de viviendas censadas en el año 2010, el 13,86% (10,064) son consideradas como mediagua (2,458), rancho (6,312), covacha (1,167), choza (127).

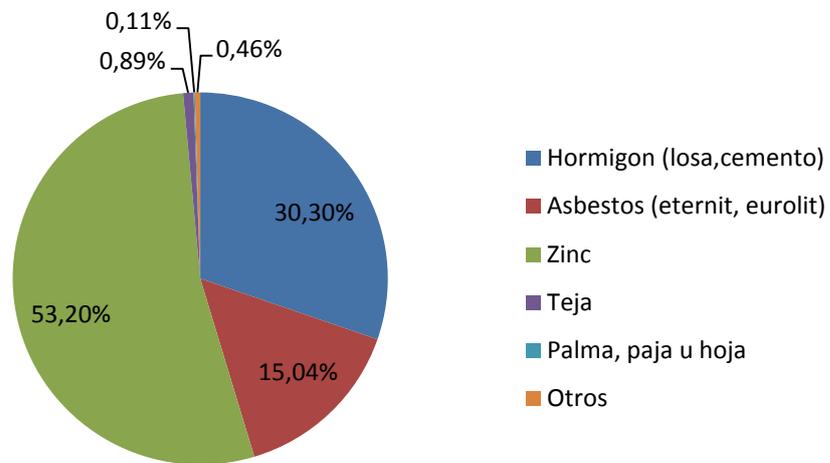
Es importante destacar que el 15,04% de las viviendas tiene el techo de asbestos (eternit, eurolit), que es un mineral altamente cancerígeno.

Gráfico 27. Tipos de vivienda en el Distrito Duran 09D24, 2010



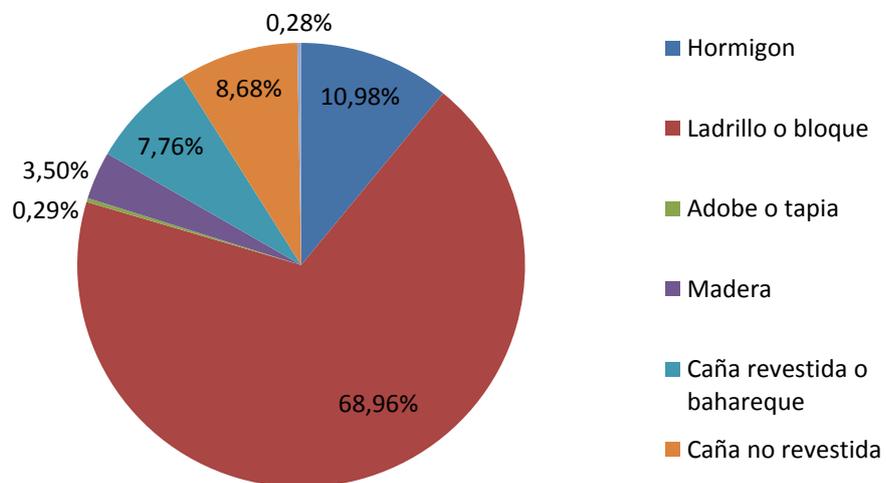
INEC. 2010

Gráfico 28. Viviendas Distrito Duran 09D24, según tipo de techo, 2010



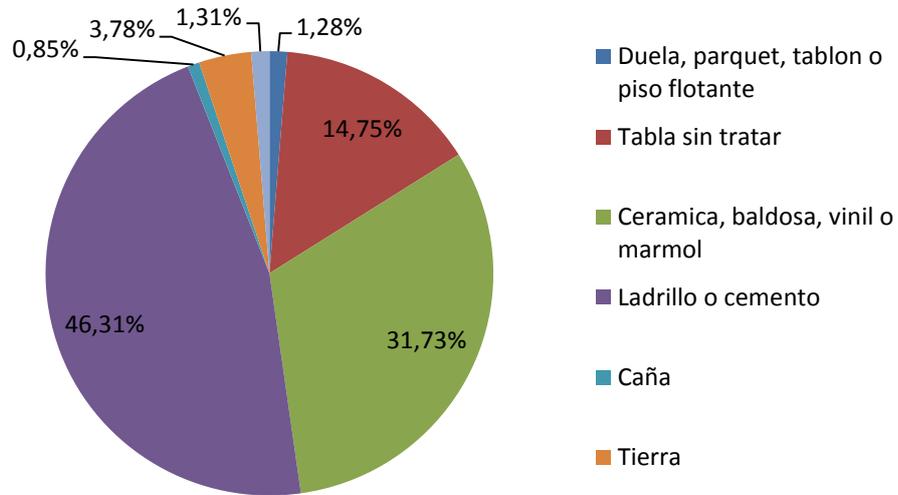
INEC. 2010

Gráfico 29. Viviendas Distrito Duran 09D24, según tipo de paredes, 2010



INEC. 2010

Gráfico 30. Viviendas Distrito Duran 09D24, según tipo de piso, 2010



INEC. 2010

Las características de las viviendas mejoran, según los habitantes del sector, cuando comienzan los trámites legales para adquirir el título de predio en el municipio. La mayor parte de las cooperativas son el resultado de invasiones y son vendidas a sus propietarios actuales a través de traficantes de tierra.

V. DETERMINANTES AMBIENTALES

“Si todos los hogares tuvieran acceso a estos servicios, lograríamos erradicarla extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas. La provisión de agua

*Y alcantarillado incide además en la disminución de la desnutrición y repercuten la salud de la población”.*¹⁰

1. Coberturas de agua de la red pública

De acuerdo a los datos de SEMPLADES la cobertura total de agua por red pública en la provincia de Guayas es de 57,8%, inferior a la cobertura nacional 75,3%. Existen grandes brechas entre la cobertura provincial y los cantones en cantón Duran que es de 62,8% ocupando el octavo puesto en la provincia superado por los cantones Nabol, Guayaquil, Playas, Naranjito, Samborondón, Milagros y General Antonio Erizalde. La cobertura más baja a nivel provincial se encuentra en el cantón rural Isidro Ayora (23,3%).

De acuerdo con los datos del INEC 2010, el 14,2% de habitantes en la provincia del Guayas y el 27,5% en el cantón Duran recibe el agua a través de carros repartidores. En el cantón Duran el 3,2% de la población consume agua de pozo y el 2,1% de río, vertiente, acequia o canal.

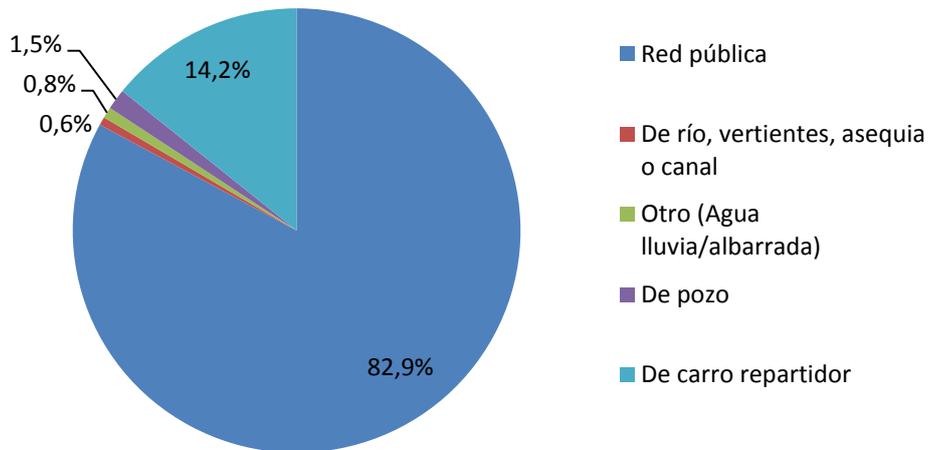
Cuadro 7. Cobertura de agua de la red pública, Distrito Duran 09D24, 2014

Indicadores	Cobertura de agua de la red pública.					
	Guayas	Nabol	Guayaquil	Duran	Isidro Ayora	Nacional
Cobertura de agua de la red pública	84,0%	85,5%		62,8%	23,3%	75,3%

Fuente: Semplades, Agua potable y alcantarillado para erradicar la pobreza en Ecuador, Julio, 2014.

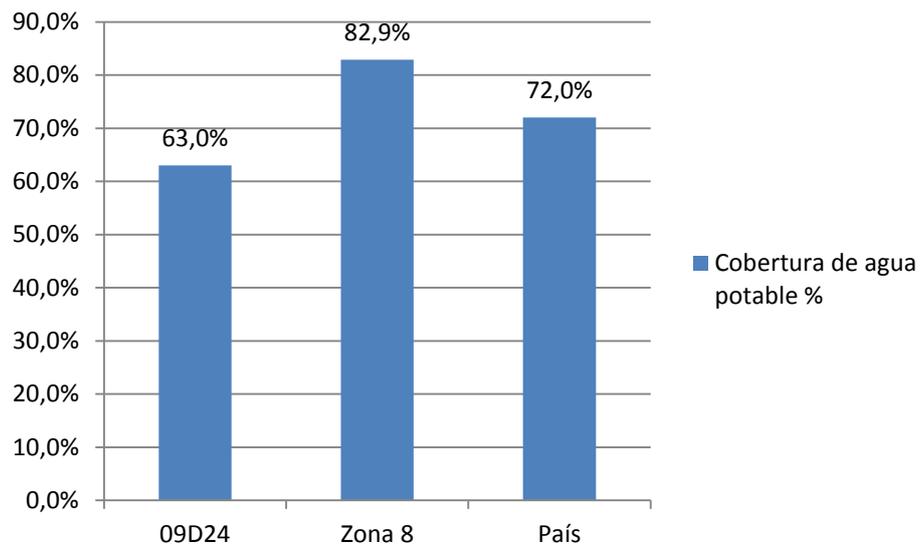
¹⁰ SEMPLADES-Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollos. Agua potable y alcantarillado para erradicar la pobreza en Ecuador, Ecuador Julio 2014.

Gráfico 31. Fuentes de abastecimiento de agua, Guayas, 2010.



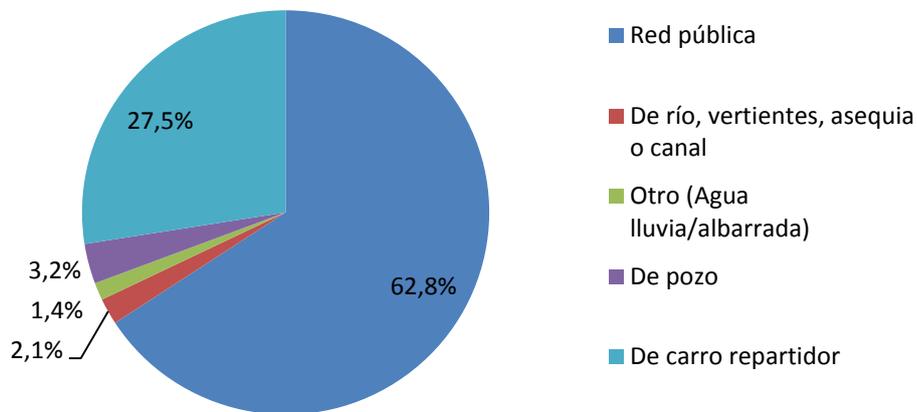
Fuente: INEC, 2010

Gráfico 32. Coberturas de agua de la red pública, Distrito Duran 09D24, 2010



Fuente: INEC, 2010

Gráfico 33. Fuentes de abastecimiento de agua de la población del Distrito Duran 09D24, 2010.



Fuente: INEC, 2010

Elaboración: Municipio Duran

De acuerdo a información del GAD Municipal, el abastecimiento de agua potable se hace a través de los pozos de Chobo, que se encuentran administrados por el Municipio del Cantón Durán y que tienen redes de distribución establecidas que vienen desde este sector. Además se abastece por pozos subterráneos en calidad de agua cruda desde las vertientes del río Bulubulu almacenándose en reservorios estratégicamente ubicados en varios sectores de la población. Actualmente se está desarrollando un tercer reservorio en la ciudadela El Recreo que esta puesto en marcha el próximo año. La mayoría de usuarios usa bomba de succión para abastecerse del líquido vital¹¹.

2. Cobertura de alcantarillado de la red pública

La cobertura de alcantarillado a nivel nacional aumento de 53,3% a 63,1% en el periodo 2010-2013, en el cantón Duran en el mismo periodo se mantiene la misma cobertura 42,6%, existen grandes diferencias entre las cobertura de la provincia del Guayas 61,7% que está muy cerca a la cobertura nacional (63,1%). La cobertura del catón Duran solamente es superada por los cantones Guayaquil, Coronel Marcelino Mandueña y Sanborondón. . La cobertura más baja a nivel provincial se encuentra en el cantón rural Isidro Ayora (0,8%).

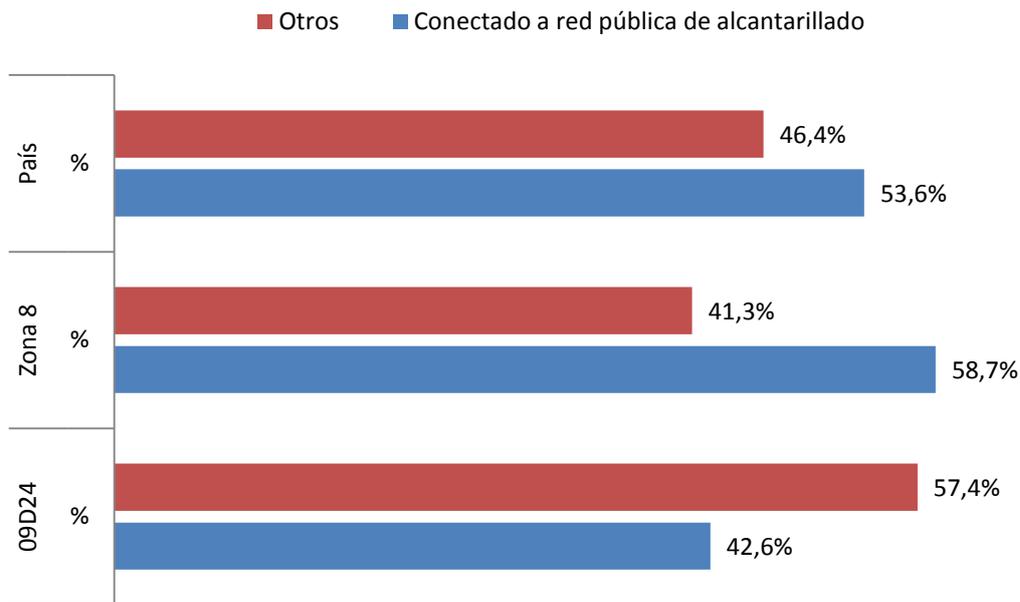
¹¹ GAD Duran- Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Durán. Diagnóstico. Duran, 2014.

Cuadro 8. Cobertura de alcantarillado de la red pública Distrito Duran 09D24, 2014.

Indicadores	Cobertura de alcantarillado de la red pública.					
	Guayas	Nabob	Guayaquil	Duran	Isidro Ayora	Nacional
Cobertura de alcantarillado de la red pública	61,7%		60,6%	42,6%	0,8%	63,1%

Fuente: Semplades, Agua potable y alcantarillado para erradicar la pobreza en Ecuador, Julio, 2014.

Gráfico 34. Cobertura de servicio de alcantarillado, Distrito Duran 09D24, 2010

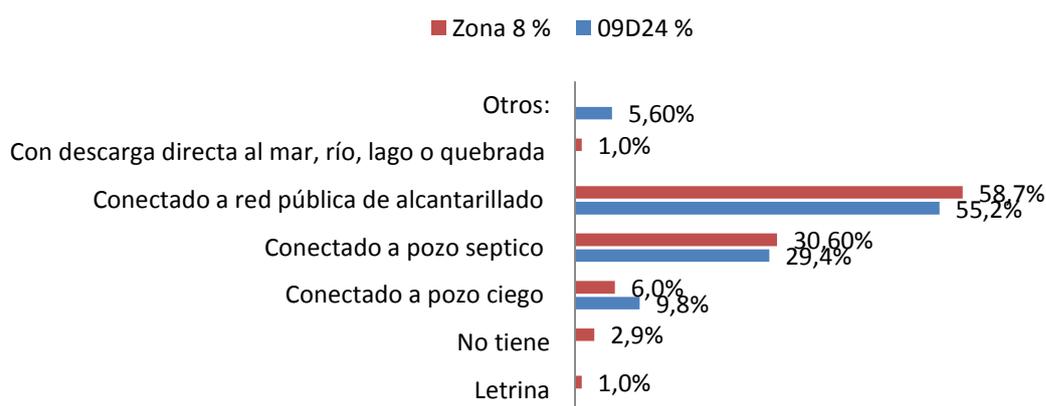


Fuente: INEC, 2010

Elaboración: SEMPLADES

El 30, 60% en la Zona 8 y el 29,4% en el cantón Duran Distrito 09D24 de los servicios sanitarios están conectados a un pozo séptico, el 9,8% en Duran y el 6,0% en la Zona 8 están conectados a un pozo ciego. El 1% no cuenta con servicio sanitario y otro 1% realiza descarga directa al mar, río o quebrada en el caso de la zona 8.

Gráfico 35. Tipo de conexión de los servicios sanitarios, Distrito Duran 09D24, 2010



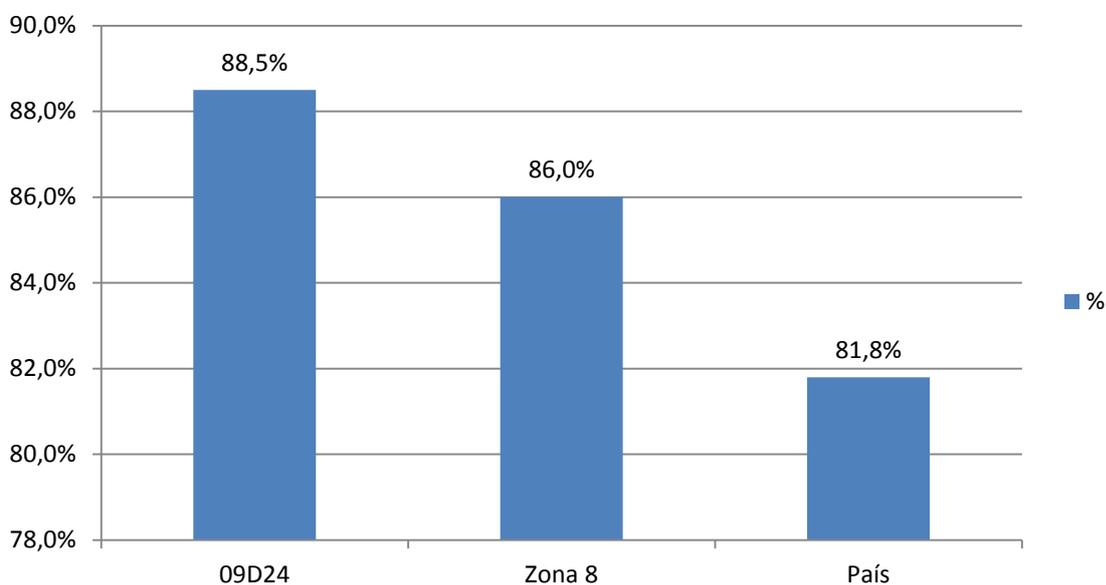
Fuente: INEC, 2010

Elaboración: Municipio Duran

3. Hogares con servicio higiénico exclusivo

El porcentaje de hogares con servicio higiénico exclusivo es de 88,5% en el cantón Duran superior al de la Zona 8 (86,0%) y al nacional (81,8%).

Gráfico 36. Porcentaje de hogares con servicio higiénico exclusivo, Distrito Duran 09D24, 2010.



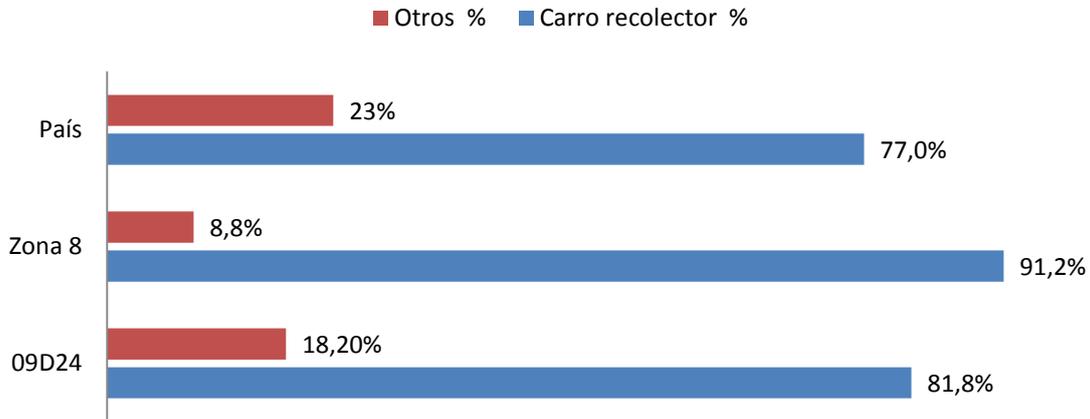
Fuente: INEC, 2010

Elaboración: Municipio Duran

4. Eliminación de los desechos sólidos

El 81,8% de la basura o residuales sólidos en el cantón Duran Distrito 09D24 se elimina a través de carros recolectores, la cobertura de recolección de basura es superior al nivel nacional pero inferior en casi 10% a la cobertura de la Zona 8. En el área urbana del cantón Duran el 13,0% de la población, y en el área rural y el 91,2 % en el área urbana queman la basura.

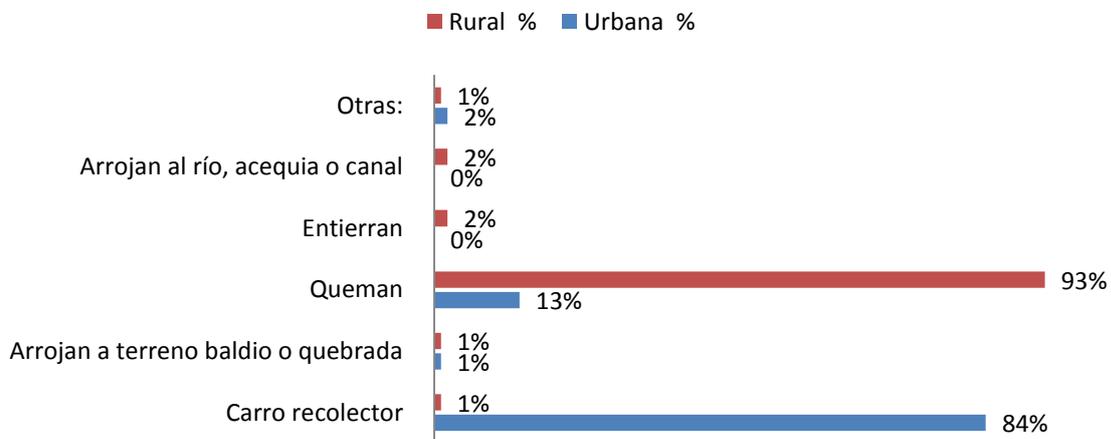
Gráfico 37. Formas de eliminación de la basura, Distrito Duran 09D24, 2010



Fuente: INEC, 2010

Elaboración: SEMPLADES

Gráfico 38. Formas de eliminación de la basura según zona urbana o rural, Distrito Duran 09D24, 2010



Fuente: INEC, 2010 CANTON/PARROQUIA ELOY ALFARO (DURAN)

VI. ESTILOS DE VIDA

“Los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras)”¹²

En la actualidad está demostrado que aquellos comportamientos que se alejan de los hábitos y estilos de vida saludable, y relacionados a la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo de alcohol y tabaco, constituyen la causa principal de enfermedades crónicas no transmisibles tales como: la hipertensión, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la obesidad, la diabetes tipo 2 y el cáncer, entre otras. En los países de medianos y bajos ingresos, estas enfermedades son responsables de una carga de morbi-mortalidad de cerca del 80%, que afecta significativamente la estabilidad económica de los mismos.¹³

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en los países con ingresos bajos y medios-bajos no la reciben. Las intervenciones, aunque estén disponibles, a menudo no se basan en pruebas o en la evidencia, ni son de alta calidad. 14

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental. (OMS. 2007)

¹² Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Dr. Roberto del Águila, Consultor OPS/OMS Chile

¹³ Ministerio de Protección Social. Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y Estilos de Vida Saludable, Bogotá, 2011

¹⁴ Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. OMS 2010

Los crecientes problemas de salud mental y violencia son motivo de gran preocupación para el Gobierno y la sociedad civil, razón por la cual se han iniciado diversas intervenciones con la asesoría de OPS que deberán reforzarse en el corto plazo (estudio de costos, vigilancia epidemiológica y registro de lesiones, capacitación al personal de salud).

Se calcula que de forma global en 2012 se registraron 1,3 millones de muertes de adolescentes, la mayoría de ellas por causas que se podían haber evitado o tratado. La mortalidad es más alta entre los muchachos que entre las muchachas y entre los adolescentes de más edad (15 a 19 años) que entre el grupo más joven (10 a 14 años). Aunque son muchas las causas de mortalidad comunes entre chicos y chicas, se puede decir que la violencia es un problema característico de los chicos y la maternidad, de las chicas. 15

1. Actividad física y práctica de deporte.

La actividad física constituye una de las más importantes acciones protectoras para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a millones de personas en el mundo. Dentro de los cambios más notables en nuestros estilos de vida en las últimas décadas se encuentra la reducción progresiva en nuestros niveles de actividad física que están relacionados con la expansión de los procesos de globalización, la urbanización, la innovación tecnológica y los nuevos modelos de organización social que han generado una vida más cómoda, pero al mismo tiempo han tenido como consecuencia no deseada que cada vez realicemos menos ejercicio físico en nuestro día a día. Todo lo anterior ha contribuido a la formación de una sociedad sedentaria con consecuencia directa el aumento de la incidencia de enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el cáncer. 16

Según los datos de la ECV Sexta Ronda 2015, el 37,3% de la población de 15 años y más manifestó que practicaban algún deporte, siendo este mayor en la zona urbana 39,5% que en la rural 32,5%. El porcentaje de persona que practica deporte es inferior en la Región Costa 31,2% que en la Sierra 43,4% y Amazonia 43,2%. El 20% de personas más pobres, quintil 1, practican menos deportes que el 20% más rico, quintil 4 (38,5%) y 5 (46,4%).

En la misma encuesta, el 64,9% de la población de 12 años y más de la Zona 8, manifestó no haber practicado deporte en el último mes (cuando se realizó la encuesta), del 35,1% que si manifestó practicar deportes, el promedio de día de práctica fue de 9,1 y 1,7 horas por cada día.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición muestran uno de cada cinco niños de 5 a 10 años, y uno de cada cuatro adolescentes ecuatorianos están expuestos de dos a 4 horas de televisión y videojuegos por día, en promedio y casi el 4% de los niños y niñas y el 5% de los adolescentes están expuestos a cuatro horas o más por día. No existen mediciones previas que permitan hacer comparaciones con periodos anteriores. En los adolescentes de 10 a 18 años, tres de cada cuatro adolescentes están expuestos a menos de dos horas, mientras que uno de cada 5 están expuestos entre dos y cuatro horas de televisión y videojuegos cada día. Este estudio reporta que solo un poco más de la

15 Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. OMS 2014

16 MSP – Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT-ECU 2012, Ecuador, 2012.

cuarta parte de la población ecuatoriana entre 10 y 18 años cumple con las recomendaciones mínimas para su edad en lo que se refiere a la actividad física que debe incluir al menos 60 minutos al día de actividades moderadas o vigorosas al menos cinco días a la semana.

De igual manera plantea que una proporción baja de adultos ecuatorianos llevan una vida suficientemente activa que permita asegurar una vida sana que disminuya los riesgos de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas y degenerativas.¹⁷

2. Consumo de tabaco.

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. El tabaquismo es considerado la principal causa de muerte prematura evitable y un hábito adictivo muy extendido en todo el mundo. Se calcula que actualmente hay 1.300 millones de fumadores en el mundo, de los cuales el 84% vive en países en desarrollo. Se ha demostrado estadísticamente que los hombres son mayores fumadores (48%) que las mujeres (12%), pero en la actualidad esta diferencia se ha ido reduciendo a partir de las campañas de la industria tabacalera que pretenden posicionar al cigarrillo como símbolo de igualdad entre personas de los distintos sexos.

El consumo de tabaco es responsable de cinco millones de muertes anuales, sin embargo si no se toman medidas al respecto esta cifra podría duplicarse para el 2030. Los estudios estiman que de cada cien fumadores que mueren, cincuenta lo harán por causas relacionadas al tabaco y veinticinco perderán entre veinte a veinticinco años de vida potencial.¹⁸

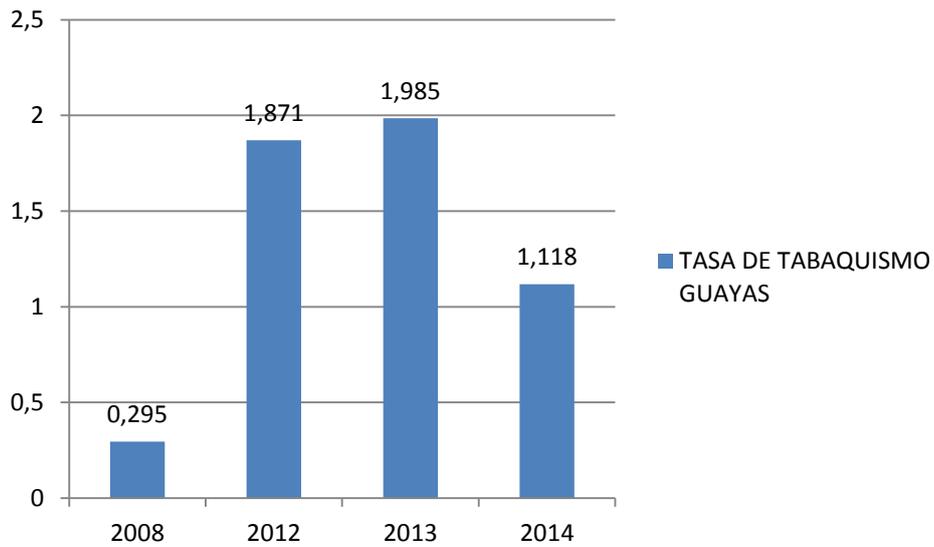
Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición reportan que, la prevalencia de consumo actual de tabaco es de 28,4% en los adolescentes de 10 a 19 años y 31,5% en el grupo de 20 a 59 años. El comportamiento es mayor en los hombres que en las mujeres en ambos grupos de edades, la misma encuesta refiere que el 48,7% de los adolescentes de 10 a 19 años y el 73,5% de los adultos de 20 a 59 años manifiesta haber iniciado el consumo de tabacos a los 16 años o más.

A pesar de que en los últimos años los datos epidemiológicos del MSP muestran un aumento en el consumo de tabaco en la provincia del Guayas, con tasas que varían de 0,295 por 100,000 habitantes en el año 2008 a 1,118 por 100,000 habitantes a finales del 2014, otras encuestas refieren una disminución significativa en el consumo del mismo como se muestra a continuación.

¹⁷ MSP – Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT-ECU 2012, Ecuador, 2012.

¹⁸ Ministerio de Protección Social. Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y Estilos de Vida Saludable, Bogotá, 2011

Gráfico 39. Tasa de tabaquismo, Guayas, 1994-2014

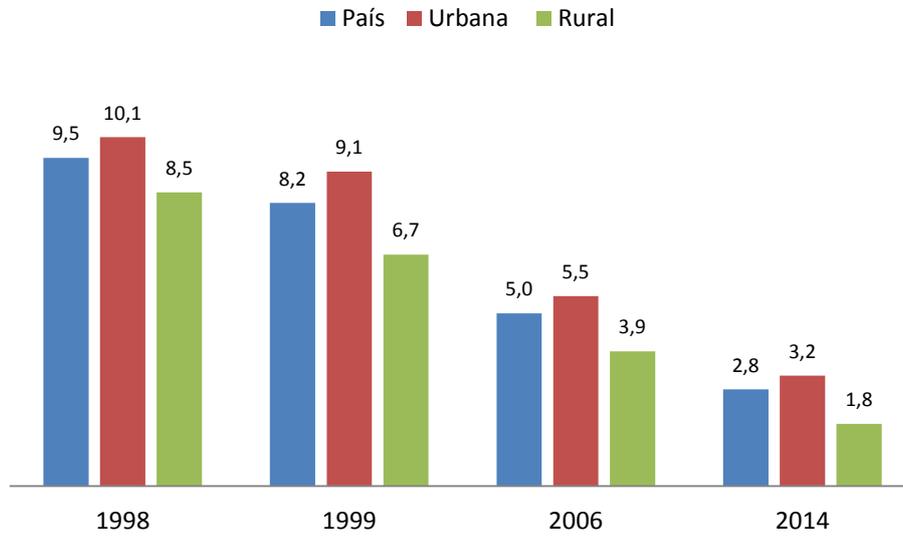


Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

Tasa x 100,000 habitantes

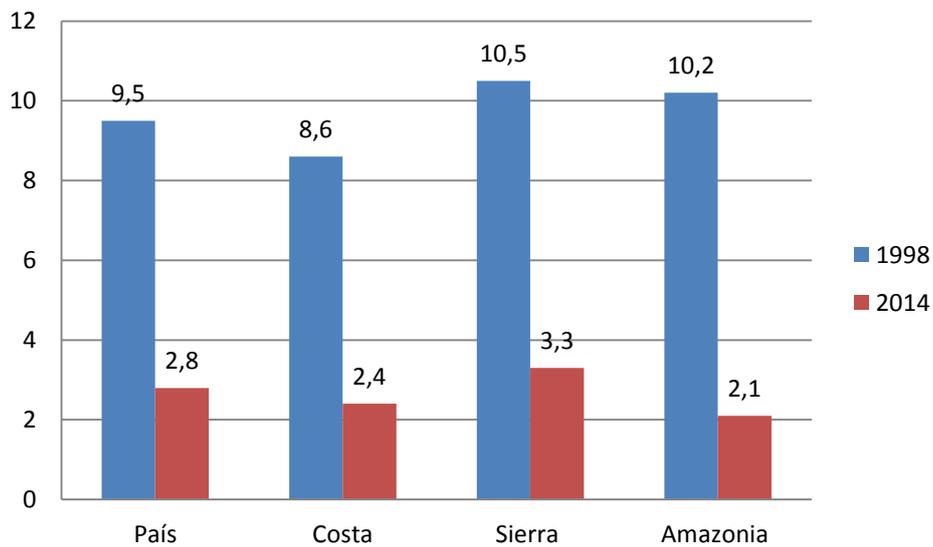
El consumo de cigarrillos en el Ecuador muestra una disminución importante entre los años 1998 (9,5%) y 2014 (2,8%). El consumo es mayor en la población del área urbana 3,2% que en el área rural 1,8%. La disminución en el consumo diario de cigarrillos en la región costa fue de 8,6% a 2,4% en el mismo período. El consumo es mayor en la población del 3ro, y 4to quintil y en el 20% más rico.

Gráfico 40. Consumo de cigarrillo, según área de residencia (% de población de 15 años y más).



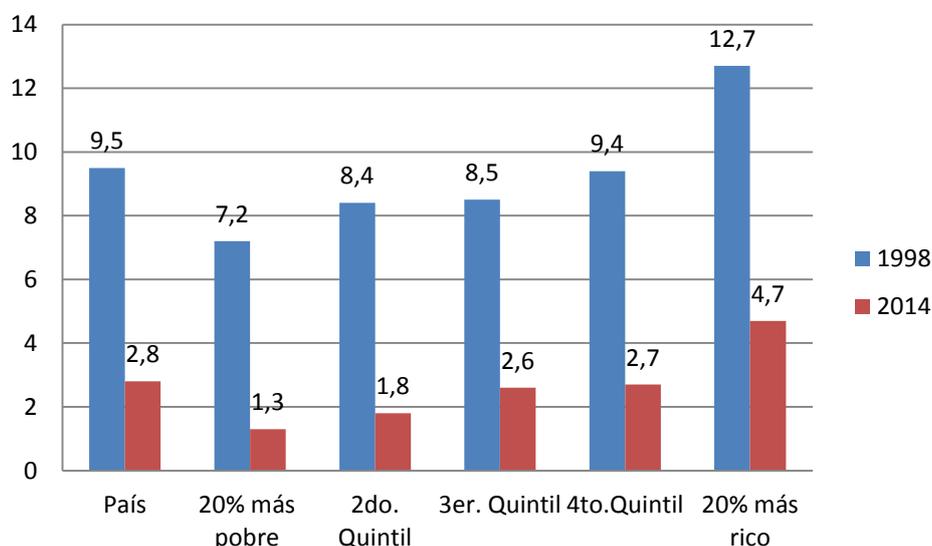
Fuente: INEC. Compendio de resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida, Sexta Ronda 2015

Gráfico 41. Consumo de cigarrillo, según región natural (% de población de 15 años y más).



Fuente: INEC. Compendio de resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida, Sexta Ronda 2015

Gráfico 42. Consumo de cigarrillo, según quintiles de pobreza (% de población de 15 años y más).



Fuente: INEC. Compendio de resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida, Sexta Ronda 2015

3. Consumo de bebidas alcohólicas.

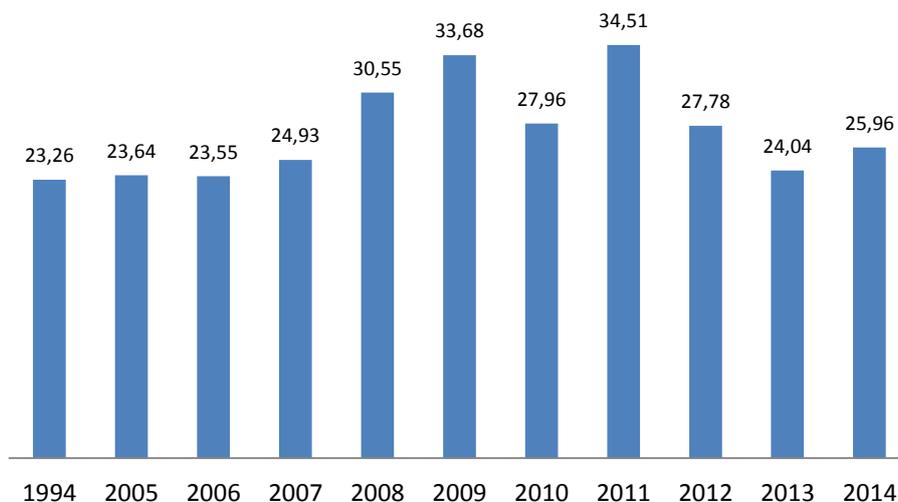
De acuerdo a los datos de la OMS el consumo de alcohol en las Américas es superior que en el resto del mundo y en los últimos cinco años el consumo excesivo aumentó, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones. A finales del 2012 ocasionó aproximadamente una muerte cada 100 segundos en la Región de las Américas y contribuyó a más de 300.000 defunciones ese año; de ellas, más de 80.000 no habrían ocurrido si no hubiese intermediado el consumo de alcohol. Además contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales. El alcohol tuvo que ver con 274.000.000 de años de vida sana perdidos (AVAD) en las Américas en el 2012. Se estima que 5,7% de la población de la Región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor.¹⁹

De acuerdo a los datos del anuario de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública a finales del 2014, la tasa de alcoholismo en Ecuador fue de 25,96, superior por 100.000 habitantes, superior a la de 1994 que fue de 23,26 por 100.000 habitantes. En este periodo, las mayores tasas fueron reportadas durante los años 2008 y 2012, con un pico máximo en el año 2011 que llegó a 34,51 por 100.000 habitantes.

En la provincia de Guayas, la misma fuente reporta una disminución de la tasa de alcoholismo de 8,180 por 100.000 habitantes en el año 1994 a 5,516 por 100.000 habitantes a finales del 2014.

¹⁹ Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2015.

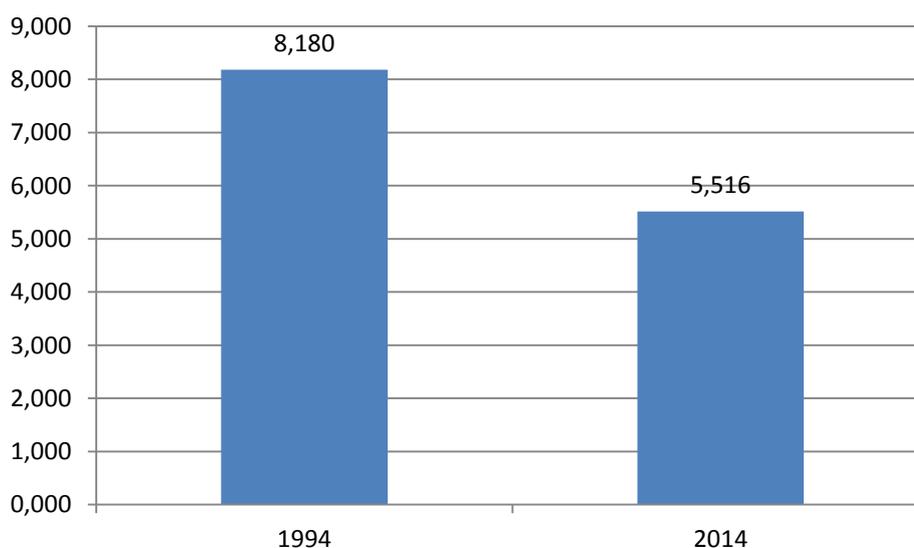
Gráfico 43. Tasa de alcoholismo en el Ecuador, 1994-2014



Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

Tasa x 100,000 habitantes

Gráfico 44. Tasa de alcoholismo en la provincia del Guayas, 1994-2014



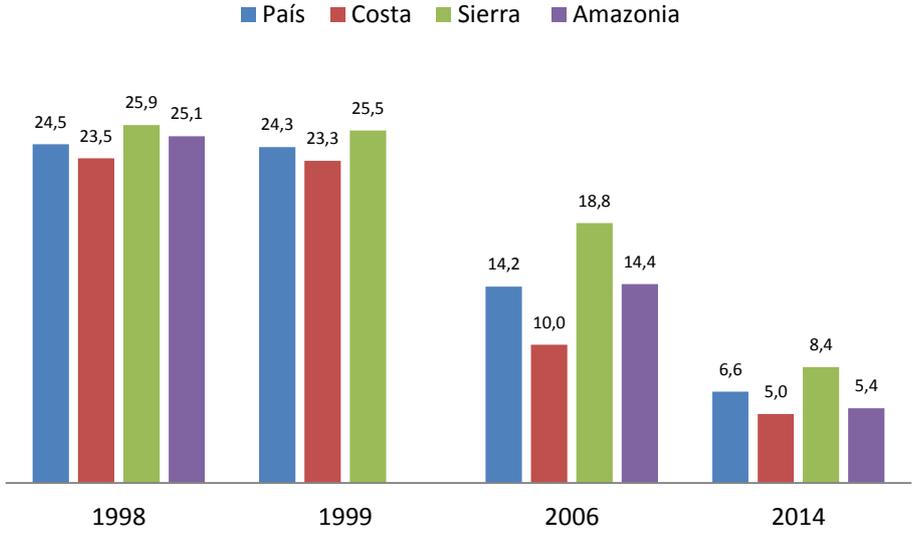
Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

Tasa x 100,000 habitantes

Los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida ECV – Sexta Ronda 2015, evidencian una disminución importante en el consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15 años a nivel nacional y en las diferentes regiones entre los años 1998 y 2014. Este porcentaje varía de forma progresivamente de 24,5% a 6,6% en el nivel nacional, y de 23,5% a 5,0% en la región costa, que se sitúa 1,6 puntos por debajo de los datos nacionales. El mayor consumo se observa en la región sierra que supera los datos nacionales 8,4%.

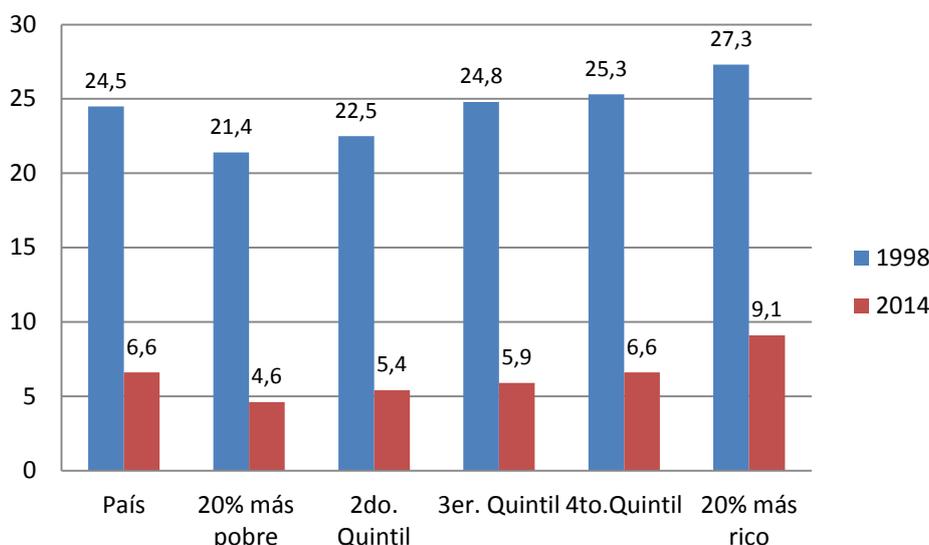
El consumo de bebidas alcohólicas es mayor en la población de los 3ro y 4to Quintil, y en el 20% más rico en relación al 20% más pobre y los del 2do y 3er Quintil.

Gráfico 45. Consumo de bebidas alcohólicas, según región natural (% de Población de 15 años y más).



Fuente: INEC. Compendio de resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida, Sexta Ronda 2015

Gráfico 46. Consumo de bebidas alcohólicas, según quintiles de pobreza por consumo (% de Población de 15 años y más).



Fuente: INEC. Compendio de resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida, Sexta Ronda 2015

El consumo de bebidas alcohólicas en población de 15 años y más, disminuyó en el Ecuador de 24,5% a 6,6% en el periodo de 1995 al 2014. En el mismo periodo en la Región Costa, la disminución fue de 23,5% a 5,0%.

A nivel nacional el 6,0% de la población de 12 años y más manifestó de consumió bebidas alcohólicas y el consumo fue mayor en los hombres 9,9% que en las mujeres 2,3%. El consumo de bebidas alcohólicas es mayor en las personas entre los 25 y 54 años de edad, y en el grupo de mayor instrucción (superior) 10,2% a diferencia del 5,1% y 5,3% de los del nivel primario y secundario.²⁰

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el 45,6% de los participantes de 10 a 19 años y el 92,6% de los de 20 a 59 años reportan haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, mientras que el 25,2% y el 41,3% para cada grupo de edad declara haber consumido en el último mes.

4. Seguridad ciudadana, Violencia y Violencia de Género.

“La violencia es generalizada en la Región de las Américas, pero los datos indican que los factores que contribuyen a las reacciones violentas – ya sean cuestiones de actitud y conducta o cuestiones sociales, económicas, políticas y culturales más generales- pueden cambiarse, lo que permitirá prevenir la violencia, y lo que es igualmente importante, reducir la inequidad asociada a ella”

Factores complejos, como el desempleo, elevado grado de desigualdad en los ingresos, acceso reducido y calidad en la educación, disminución progresiva en las oportunidades de empleo, mayor densidad poblacional en las zonas más pobres y divisiones urbanas entre los distintos grupos de ingresos son causas relevantes que generan un alto grado de violencia y en diferentes niveles.²¹

20 INEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Encuesta de Condiciones de Informe de Resultados Sexta Ronda, Ecuador 2013-2014.

21 Salud en las Américas, Determinantes e Inequidades en Salud, Capítulo 2. OPS, 2012.

En la presentación de las Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida, la Ministra de Salud Pública del Ecuador manifestó: *“La violencia es un problema de derechos humanos que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute en el desarrollo de las comunidades y la sociedad. Ocho de las quince principales causas de muerte en las personas de 15 a 29 años están relacionadas con algún tipo de violencia en la región de las Américas. En el mundo, cada año mueren cinco millones de personas por las mismas causas, cuarenta millones de niñas y de niños sufren maltrato y alrededor del 30 al 50 por ciento de las mujeres en Latinoamérica, viven alguna forma de violencia y la mayor parte de estas agresiones ocurren en el hogar”*.²²

Además hizo énfasis que en el país, los problemas de salud asociados a la violencia, aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte, en casi todos los perfiles epidemiológicos por ciclos de vida: una de cada tres mujeres y uno de cada dos niños o niñas y adolescentes, refieren haber vivido o sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar (VIF), sin mencionar las experiencias de violencia que se viven en otros ámbitos públicos, privados e institucionales de nuestra sociedad. La violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes en todos los ciclos de vida y en ámbitos públicos y privados, es un problema de derechos humanos, social y de salud pública, que se origina en los roles socialmente asignados y atribuidos a hombres y mujeres, y en relaciones de poder inequitativas y de subordinación que afectan principalmente a las mujeres; relaciones que al ser socialmente construidas están sujetas a cambio, modificación y transformación.

De acuerdo con los datos del MSP, la tasa de violencia en el Ecuador aumento de forma progresiva entre los años 1994 (33,04 x 100,000 habitantes) y 2014 (101,04 por 100,000 habitantes). En la región de la costa este aumento fue de 31,8 a 81,6 x100,000 habitantes en el mismo período.

En la provincia del Guayas se evidencia un aumento en la tasa que va de 54,25 x 100,000 habitantes a 64,87 x 100,000 habitantes entre los años 1994 y 2014, este aumento fue mayor entre los años 2001 y 2013 donde alcanzo una tasa de 79,29 x 100,000 habitantes.

²² Ministra de Salud Pública del Ecuador, 2009.

Gráfico 47. Tasa de víctimas de violencia en la provincia del Guayas, 1994-2014



Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

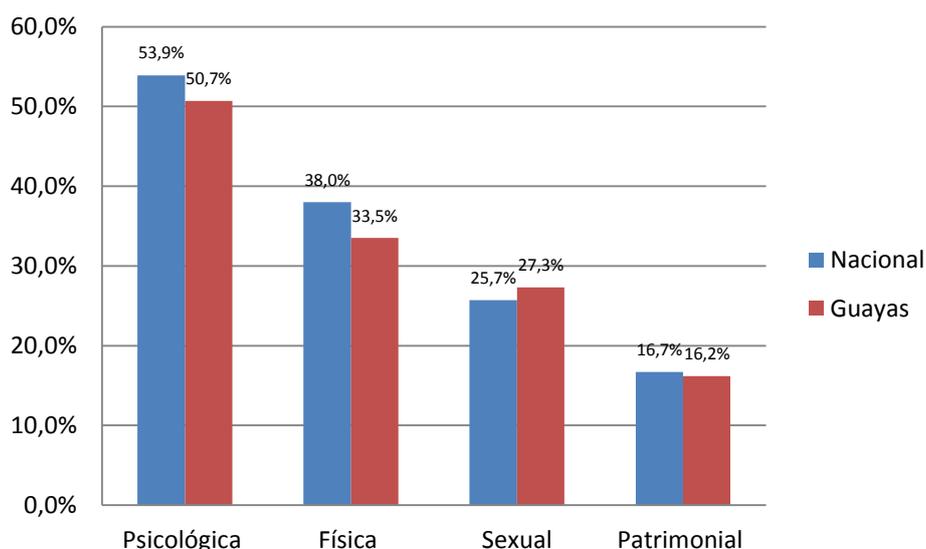
Tasa x 100,000 habitantes

Según los datos de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, la provincia del Guayas es la que menos casos de violencia reporta pero estos son superiores al 50,0%. El 56,6%, 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género, similar al porcentaje nacional 60,6%.

La violencia psicológica es mayor que los otros tipos de violencia 50,7%, seguido de la violencia física 33,5%, la violencia sexual 27,3% y la violencia patrimonial 16,2%. Los diferentes tipos de violencia vividos en las mujeres en Guayas muestran datos alarmantes en las relaciones de pareja: 89,4% de las mujeres ha sufrido violencia física, 74,6% violencia psicológica, el 54,5% violencia sexual y el 68,1% violencia patrimonial.

La violencia de género de género supera el 50,0% en las mujeres en los diferentes quintiles de pobreza, pero supera el 60,0% en los quintiles 2, 3 y 4, relación al 20% más pobre y más rico. Del total de mujeres que fueron atendidas en la Zona 8 por algún tipo de violencia de género 6 pertenecen al Recreo I y 4 al Recreo II.

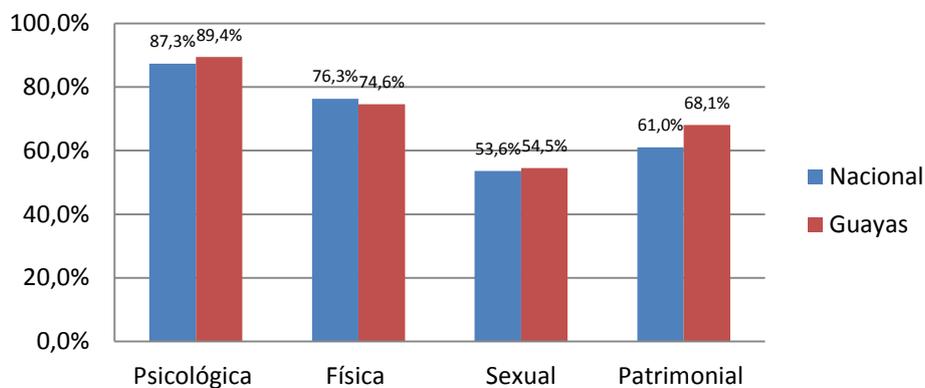
Gráfico 48. Porcentaje de mujeres que han vivido algún tipo de violencia, Guayas.



Fuente. INEC. Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 2011.

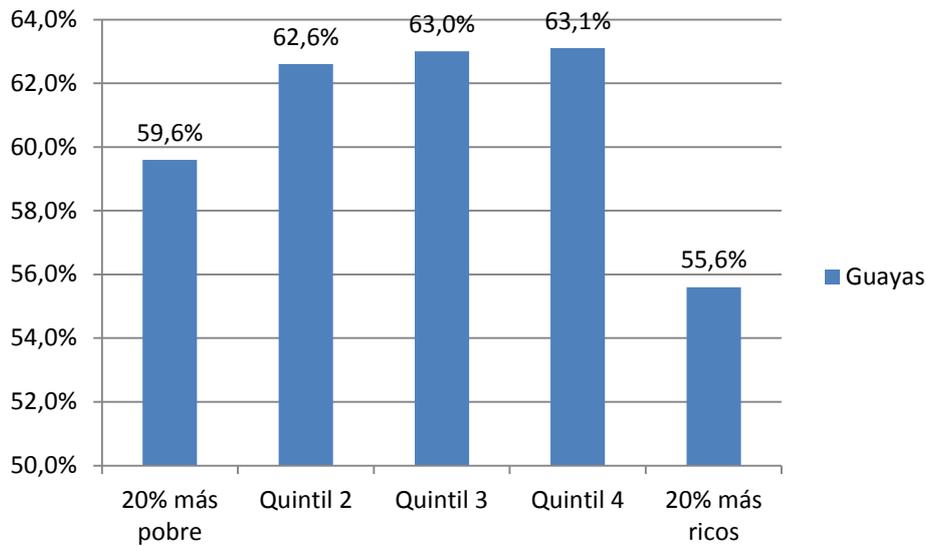
Gráfico. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia por parte de sus parejas y ex parejas, Guayas.

Mujeres que han vivido violencia de género por parte de sus parejas o ex parejas, Provincia del Guayas.



Fuente. INEC. Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 2011.

Gráfico 49. Porcentaje de mujeres que han vivido algún tipo de violencia según quintiles de pobreza, Guayas.



Fuente. INEC. Primera Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 2011.

Cuadro 9. Número de mujeres que fueron atendidas en los servicios de salud del MSP según tipo de violencia, 2014.

TIPO DE ATENCIÓN	ATENCIÓNES PREVENTIVAS Y DE MORBILIDAD							
	Recreo I		Recreo II		09D24		Zona 8	
	1ra	Sub	1ra	Sub	1ra	Sub	1ra	Sub
Violencia física		1	2		5	29	733	358
Violencia Psicológica	4			1	18	43	1.306	818
Violencia Sexual		1		1	42	24	1.389	248
TOTAL	4	2	2	2	65	96	3.428	1.424

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014,

En la Zona 8 durante el año 2014, se reportaron 88 controles por maltrato infantil (primeras) y 46 controles subsecuentes, de estos solo 3 (subsecuentes) pertenecen al Distrito 24D08 Duran.

5. Violencia y Seguridad Ciudadana

La inseguridad ha sido identificada como un nudo crítico para el desarrollo de la Zona 8. La percepción de inseguridad según la encuesta de Encuesta de Victimización y Percepción de Inseguridad 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) el 88,2 % de las personas en la provincia de Guayas se siente inseguro. A finales del 2014, esta percepción fue de 60%, inferior a la nacional (62%) (ENEMDU 2014).

La Encuesta de Victimización y Percepción de Inseguridad 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el cantón Duran, de 163.863 personas estudiadas, 15.389 fueron víctimas de robo (incidencia 9.391 x 100,000 habitantes) y el índice robo a hogares fue de 3,2%, 2.032 robos, en 63.446 hogares estudiados.

El robo de autos (total y parcial) es un delito frecuente en el cantón, de los 14.954 hogares que poseen vehículos, el robo total de los mismos fue de 1.035, para una prevalencia del delito de 6,9%. El robo parcial de vehículos fue de 573, la tasa de incidencia del delito fue de 3.833 x 100,000 habitantes.

De acuerdo a un informe de la Policía Nacional del Ecuador, en la Zona 8 (Guayaquil, Duran y Sanborondón), los delitos por muertes violentas en el primer trimestre del 2015, disminuyeron un 33% al cierre del primer trimestre del 2015, en relación al mismo periodo que en el 2014. El mismo informe reporta que, la reducción de los índices de las muertes violentas se debe a los trabajos de investigación, prevención y seguimientos que se realizan a los delitos de intento de asesinato que se registran en un buen número.

6. Alimentación saludable

La dieta malsana es un factor de riesgo clave de las ENT que puede modificarse. Si no se combate, la mala alimentación -junto con otros factores de riesgo- aumenta la prevalencia de ENT en las poblaciones por mecanismos tales como un aumento de la presión arterial, una mayor glucemia, alteraciones del perfil de lípidos sanguíneos, y sobrepeso u obesidad. Aunque las muertes por ENT se dan principalmente en la edad adulta, los riesgos asociados a las dietas malsanas comienzan en la niñez y se acumulan a lo largo de la vida.²³

Aunque no hay mucha información sobre los hábitos alimenticios y sus cambios a través del tiempo en la región, en países donde hay disponibilidad de datos, estos muestran que un alto porcentaje de hogares mantienen regímenes alimenticios densos en energía (Cuadro 2). Regímenes alimenticios densos en energía que no son balanceados por actividad física son muy probablemente responsables del alto porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad en la región (Figura 3). En la mayoría de los países, el porcentaje de adultos con sobrepeso y obesidad es mayor en mujeres que en hombres. En varios países, estas tasas elevadas de sobrepeso y obesidad coexisten con tasas elevadas de desnutrición crónica. Tres de los cuatro países en el mundo con los porcentajes más altos de hogares con madres con sobrepeso y niños desnutridos están en la región: Guatemala con 13 por ciento, Bolivia con 11 por ciento y Nicaragua con 10 por ciento (Garrett et al 2003). A menudo estas condiciones se relacionan; por ejemplo, el bajo peso al nacer y la desnutrición infantil están asociados con hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diabetes en adultos (WHO 2003).²⁴

²³ Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, OMS, 2010

²⁴ Bonilla Chacín, María Eugenia. Promoción de estilos de vida saludable en América Latina y el Caribe,, Mayo 2012

La dieta de la población ecuatoriana es una dieta desequilibrada, en la que predomina los carbohidratos refinados y entre estos el arroz, bajo consumo de frutas y verduras, así como de leguminosas, alto consumo de aceite de palma, muy bajo consumo de fibra, alto consumo de leche y queso entero que además de aportar proteínas aporta al consumo de grasas saturadas. A ello hay que agregar el consumo de bebidas azucaradas, que a pesar de su subestimación ya que no se registra el consumo de jugos preparados en casa, plantea un panorama poco saludable que se refleja en las altas tasas de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y síndrome metabólico.

Se presume que una buena parte de los productos que se consumen en el país son altamente procesados, como las hamburguesas, papas fritas, bebidas gaseosas, y con alto contenido calórico que incrementan el sobrepeso y la obesidad.²⁵

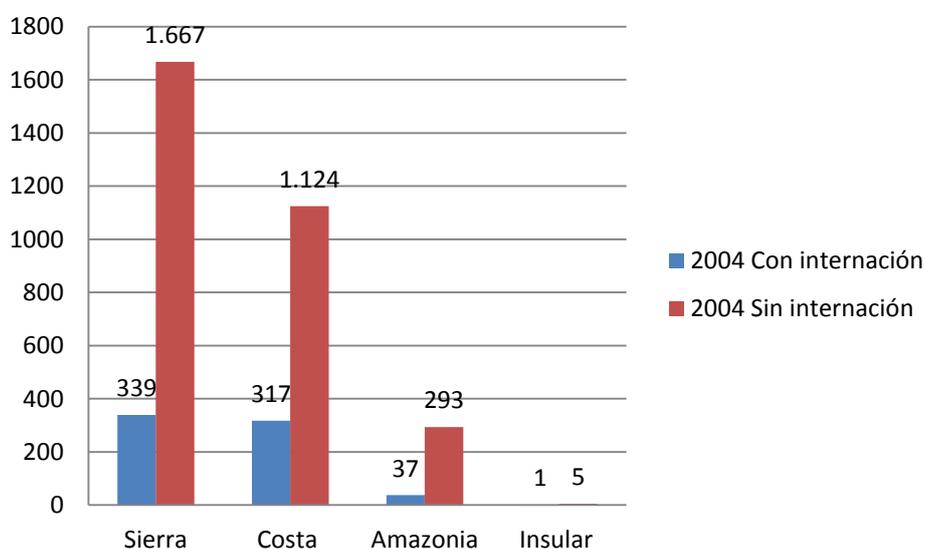
²⁵ MSP – Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT-ECU 2012, Ecuador, 2012.

VII. DETERMINANTES RELACIONADAS AL SISTEMA DE SALUD

1. Disponibilidad de servicios de salud

Un aspecto importante en relación al Sistema de Salud como determinante intermediario de la salud está relacionado con la disponibilidad. En el periodo 2000-2010 existe un incremento importante en el número de establecimientos de la red pública a nivel nacional que alcanzando 4.223 establecimientos. El incremento varío de de 583 a 765 (182 servicios) en el caso de los servicios con internación y de 2.999 a 3.458 (459 servicios) en los sin internación. A nivel nacional existe una tasa de 4,84 servicios de salud con internación por cada 100,000 habitantes. A finales del 2013 el mayor porcentaje de servicios se concentra en las regiones de la costa y la sierra ecuatoriana²⁶.

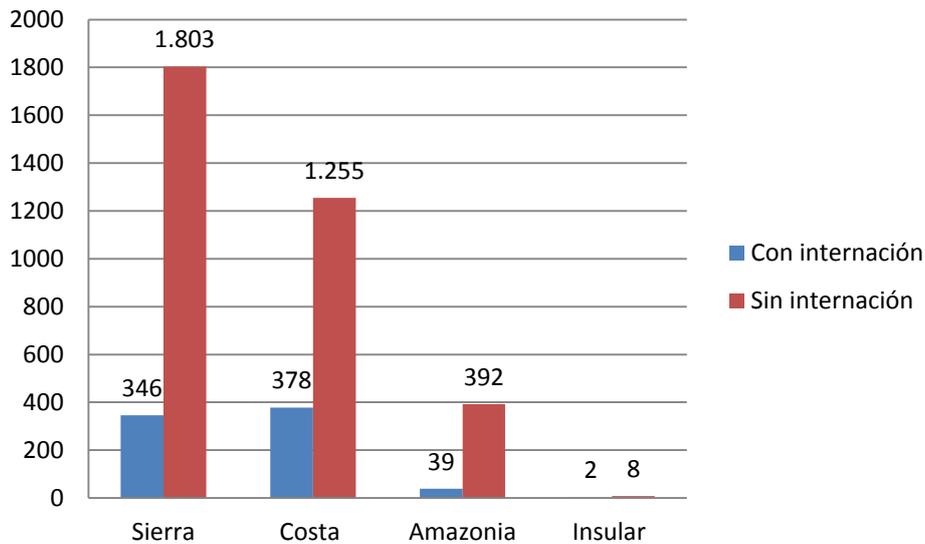
Grafico 50. Establecimientos de salud con internación y sin internación según regiones geográficas, Ecuador 2004.



Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, 2013

26 INEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, Ecuador, 2013.

Grafico 51. Establecimientos de salud con internación y sin internación según regiones geográficas, Ecuador 2013.



Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, 2013

En las provincias de Pichincha y Guayas se concentran en mayor número de unidades de salud del país, 1.170 (27,71%) del total de unidades con internación y sin internación hospitalaria. En el año 2013 en Guayas existían 149 unidades con internación (19,48%) y 415 sin internación (12,0%) del total de unidades del país. De los establecimientos de salud identificados a nivel nacional (4.223) el mayor número 3.464 (82,02%) corresponde al sector público y 759 (18,00%) al sector privado.

En el Ministerio de Salud Pública se concentra en mayor número de establecimientos del sector público 131 (17,12%) con internación y 1.991 (57,58%) sin internación. El 13,46% (del total nacional) de los establecimientos están ubicados en la provincia del Guayas, 19,48% corresponden a establecimientos con internación hospitalaria y el 12,00% sin internación.

En el Distrito 09D24 encontramos 19 establecimientos de salud (0,45%) del total nacional, donde el 84,21% son sin internación y el 15,79% con internación (1 hospital básico y 2 clínica general). De estos 9 (47,36%) corresponden a la red de servicios públicos²⁷.

²⁷ INEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, Ecuador, 2013.

Cuadro 10. Número de establecimientos de salud con internación y sin internación hospitalaria según entidad a la que pertenecen. Año 2004

Entidad	Número de establecimientos de salud con y sin internación hospitalaria, 2004					
	Total		Con internación		Sin internación	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Sector Público	3.790	100,00	700	100,00	3.090	100,00
Ministerio de Salud Pública	1.732	45,70	126	18,00	1.606	51,97
Seguro Social (IESS)	81	2,14	19	2,71	62	2,01
Municipio	68	1,79	8	1,14	60	1,94
Ministerio de Defensa Nacional	81	2,14	14	2,00	67	2,17
Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto	38	1,00	2	0,29	36	1,17
Otros Ministerios	129	3,40			129	4,17
Anexos al IESS	329	8,68			329	10,65
Seguro Social Campesino	577	15,22			577	18,67
Sociedad de Lucha contra el Cáncer	8	2,21	8	1,14		
Consejos Provinciales						
Otros Públicos	43	1,13	11	1,57	32	1,04
Sector Privado						
Con Fines de Lucro	490	12,93	486	69,43	4	0,13
Sin Fines de Lucro	214	5,65	26	3,41	188	6,08

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, 2013

Cuadro 11. Número de establecimientos de salud con internación y sin internación hospitalaria según entidad a la que pertenecen. Año 2013

Entidad	Número de establecimientos de salud con y sin internación hospitalaria, 2013					
	Total		Con internación		Sin internación	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Sector Público	4.223	100,00	765	100,00	3.458	100,00
Ministerio de Salud Pública	2.122	50,25	131	17,12	1.991	57,58
Seguro Social (IESS)	76	1,80	23	3,01	53	1,53
Municipio	76	1,80	9	1,18	67	1,94
Ministerio de Defensa Nacional	64	1,52	11	1,44	53	1,53
Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto	32	0,76	2	0,26	30	0,87
Otros Ministerios	127	3,01	1	0,13	126	3,64
Anexos al IESS	246	5,83			246	7,11
Seguro Social Campesino	668	15,58			668	19,03
Sociedad de Lucha contra el Cáncer	13	0,31	8	1,05	5	0,14
Consejos Provinciales	19	0,45			19	0,55
Otros Públicos	31	0,73	9	1,18	22	0,64
Sector Privado						
Con Fines de Lucro	605	14,33	544	71,11	61	1,76
Sin Fines de Lucro	154	3,65	27	3,53	127	3,67

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, 2013

Cuadro 12. Número de establecimientos de salud con internación y sin internación hospitalaria. Año 2013

País/Provincia/ Zona/Distritos	Número de establecimientos de salud con internación y sin internación					
	Total		Con internación		Sin internación	
	Número	%	Número	%	Número	%
País	4.223	100,00	765	100,00	3.458	100,00
Región costa	1.633	38,67	378	49,41	1.255	36,29
Guayas	564	13,35	149	19,47	415	12,00
Zona 8	381	9,02	92	12,03	289	8,36
Guayaquil	356	8,43	87	11,37	269	7,49
Sanborondón	6	0,14	2	0,26	4	0,12
Duran	19	0,45	3	0,39	16	0,46

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, 2013

2. Disponibilidad de recursos humanos

El informe sobre ²⁸“*Datos esenciales de Salud: Una mirada a la década 2000 – 2010*”, reporta que a nivel nacional, en el año 2010, la disponibilidad de médicos era de 21,4 por cada 10,000 habitantes, mostrando un incremento de 6,9 médicos con relación al año 2000. Esta tasa de disponibilidad es muy cercana a la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que corresponde a 23 médicos por cada 10,000 habitantes. Sin embargo, analizando los datos desagregados por regiones, provincias y distritos, se observa que tasas en la región Costa (14,51) y en la Provincia del Guayas (15,81) son menores al promedio nacional y que el déficit es aún mayor en el Distrito 09D24 (Duran) con 2,40 médicos/10,000 habitantes.

Un déficit similar se observa en las tasas de disponibilidad de profesionales de Odontología, Obstetricia, Psicología, Enfermería y Auxiliares de Enfermería a nivel nacional, regional, provincial y cantonal o distrital.

La tasa de disponibilidad de enfermeras por cada 10,000 habitantes, es de 10 a nivel nacional, de 7,59 en la región la costa y de 7,77 en la provincia del Guayas. En el Distrito 09D24 y en las unidades operativas Recreo I y Recreo II la tasa no superan el 1. La tasa de disponibilidad de Obstetras es menor a 1, tanto a nivel nacional, en la región costa, en la provincia del Guaya y en el Distrito 09D24. En el Ecuador existe menos de un psicólogo por cada 10,000 habitantes.

Cuadro 13. Número de Médicos, Odontólogos y Obstétricos y tasa por 10,000 habitantes

	Número de Médicos, Odontólogos y Obstétricas y tasa por 10,000 habitantes						
	Población	Médicos		Odontólogos		Obstétricas	
		Año 2015	Número	Tasa	Número	Tasa	Número
País	15.774.749	26.000	16,48	4.162	2,64	2.120	1,34
Costa	7.849.237	11.391	14,51	1.651	2.10	1.225	1.56
Guayas	3.963.541	6.266	15.81	761	1.92	593	1.50
Zona 8							
09D24	278.288	67	2,40	17	0,61	24	0,86
Recreo I	33.429	3	0,89	1	0,29	2	0,59
Recreo II	51.831	3	0,57	2	0,38	2	0,38

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, 2013

²⁸ MSP-Ministerio de Salud Pública. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Datos Esenciales de Salud: Una mirada a la Década 2000 – 2010, Ecuador.

Cuadro 13. Número de Psicólogos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería y tasa por 10,000 habitantes

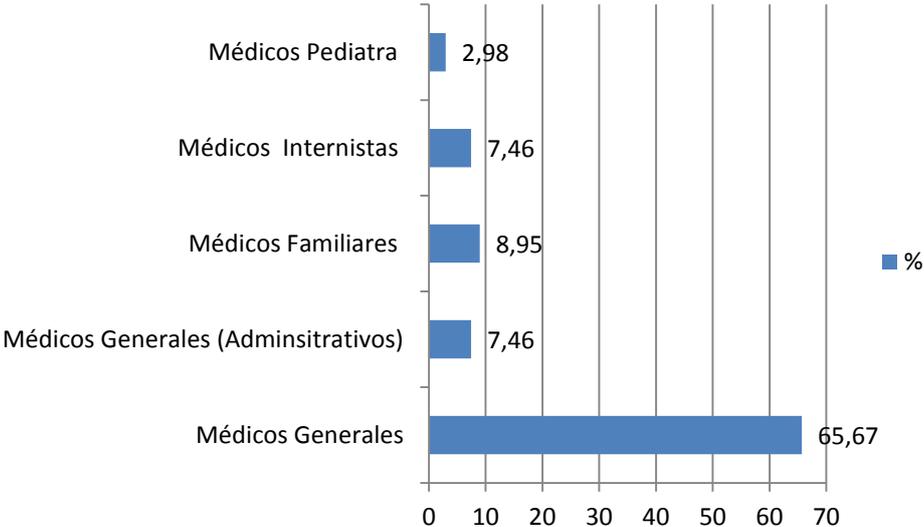
	Número de Psicólogos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería y tasa por 10,000 habitantes						
	Población	Psicólogos		Enfermeras		Auxiliares de Enfermería	
	Año 2015	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
País	15.774.749	981	0,62	15.776	10,00	18.466	11,71
Costa	7.849.237	333	0,42	5.956	7,59	9.257	11,59
Guayas	3.963.541	194	0,49	3.073	7,75	5.767	14,55
Zona 8							
09D24	278.288	6	0,21	22	0,79	18	0,64
Recreo I	33.429	1	0,29	1	0,29	1	0,29
Recreo II	51.831	1	0,19	1	0,19	1	0,19

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, 2013

Distribuidos los médicos según las funciones que cumplen en el Distrito 09D24, observamos que el 65,67% (44) de los médicos trabaja directamente en la atención al paciente y el 7,46% (5) cumple con funciones administrativas. Distribuidos según la formación: el 8,95% (6) son médicos de familia, el 7,46%(5) médicos internistas, el 7,46%(5) médicos generales y el 2,98% (2) con especialidad en Pediatría,

De las 22 enfermeras 2 son rurales y de las 18 obstétricas 4 cumplen su año de servicio rural.

Gráfico 52. Porcentaje de médicos según especialidad o funciones que cumplen en el Distrito 09D24.



Fuente: Dirección de provisión de servicios de salud, Zona 9, MSP

4. Acceso a servicios de salud.

*“El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano”.*²⁹(OPS/OMS, Noviembre 2013)

4.1 Cobertura de afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS

De forma general, las coberturas de afiliación a la Seguridad Social en el Ecuador I son bajas y la cobertura de los hombres supera a la de las mujeres. En el cantón Duran (Distrito 09D24), el 27,28% y el cantón Guayaquil 28,04% de los hombres están afiliados, a diferencia del 13,14% y 16,50% de las mujeres respectivamente. A nivel nacional la cobertura de afiliación de las mujeres es de 17,45% superior a Duran y Guayaquil, y el caso de los hombres la cobertura es inferior a la de Duran y Guayaquil (26,04%).

Cuadro 14. Cobertura de afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS.

Tipo de seguro	Coberturas de afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social					
	Duran		Guayaquil		Ecuador	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
ISSFA	1,26	0,31	1,03	0,29	0,90	0,23
ISSPOL	0,40	0,05	0,27	0,05	0,49	0,07
IESS General	22,00	11,33	23,27	13,97	17,94	11,87
IESS Voluntario	1,03	0,63	1	0,80	1,13	1,00
IESS Seguro campesino	0,22	0,09	0,14	0,09	3,60	3,07
Es Jubilado de IESS/ISSFA/ISSPOL	2,37	0,73	2,33	1,30	1,98	1,21
No aporta	65,03	77,6	65,79	76,04	69,93	76,17
Se ignora	7,7	9,25	6,16	7,46	4,72	6,38

Fuente: INEC, 2010

4.2 Análisis de las coberturas de los servicios de salud

4.2.1 Producción: Prevención y Morbilidades

En todos los servicios de salud, las acciones de morbilidad superan a las acciones preventivas. El mayor porcentaje de usuarios que acudió a los servicios de salud durante el año 2014 lo hacen por acciones de morbilidad, y alcanza el 61,09% en la Zona 8 y el 60,20% en el Distrito 09D24. Este porcentaje es superado en la unidad operativa Recreo I (67,66%). En la unidad operativa Recreo I, el 51,65% de los usuarios recibieron acciones de prevención.

Del total de usuarios que acudieron a los servicios de salud el 66,97% fueron mujeres, este porcentaje fue superior en el Distrito 09D24 con 69,21%. El porcentaje de mujeres que acude a los servicios en las unidades operativas Recreo I es de 71,28% y en el Recreo II 67,68%.

²⁹ OPS/OMS, Noviembre 2013

Cuadro 15. Número y porcentaje de atenciones según preventiva o morbilidad, 2014.

TIPO DE ATENCIÓN	ATENCIÓNES PREVENTIVAS Y DE MORBILIDAD							
	Recreo I		Recreo II		09D24		Zona 8	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
PREVENTIVAS	11.732	51,65	8.740	32,34	99.918	39,80	1.896.254	38,91
MORBILIDAD	10.983	48,35	18.289	67,66	151.127	60,20	2.977.174	61,09
TOTAL	22.715	100,00	27.029	100,00	251.045	100,00	4.873.428	100,00

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014,

Las coberturas de atenciones preventivas en niños menores de un año es superior al 80% en la Zona 8 (83,73%) y alcanza casi el 90% en el Distrito 09D24 (89,21%). En las unidades operativas Recreo II alcanza el 69,75% y en el Recreo I el 39,76%, todas muy inferior a las alcanzadas a nivel de la Zona 8 y del distrito 09D24.

En número de controles en este grupo de edad no supera los 2 controles por niño.

Las atenciones preventivas en niños de 1 a 4 años son bajas de forma general, a nivel de la zona no alcanzan el 30,00% y en las unidades operativas Recreo I y Recreo II alcanzan el 11,92% y 17,42% respectivamente. De igual manera el número de controles por niños es menor a 2.

Cuadro 16. Atenciones preventivas en niños menores de un año: Cobertura y Concentración, 2014.

	ATENCIONES PREVENTIVAS EN MENORES DE UN AÑO, 2014				
	Primeras	Cobertura %	Subsecuente	Primeras mas subsecuentes	Concentración
ZONA 8	49.043	83,73	41.137	41.221	1,84
09D24	4.640	89,21	2.340	2.429	1,50
RECREO I	293	39,76	84	124	1,29
RECREOII	514	69,75	458	528	1,89

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014

Cuadro 17. Atenciones preventivas en niños de 1 a 4 años: Cobertura y Concentración, 2014.

	ATENCIONES PREVENTIVAS EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS, 2014				
	Primeras	Cobertura %	Subsecuentes	Primeras mas subsecuentes	Concentración
ZONA 8	80.054	27,27	63.242	143.296	1,79
09D24	3.664	14,06	2.999	6.663	1,82
RECREO I	352	11,92	180	532	1,51
RECREOII	638	17,42	425	1.063	1,67

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014

En la Zona 8, el 43,19% de los adultos de 65 y más años recibieron atenciones preventivas en el año 2014. El mismo grupo, alcanza coberturas muy bajas en el Distrito 09D24 (10,28%) y en las unidades operativas Recreo I (6,29%) y Recreo II (5,59%).

Cuadro 18. Atenciones preventivas en adultos de 65 años y más: Cobertura, 2014.

	ATENCIONES PREVENTIVAS EN ADULTOS DE 65 Y MAS AÑOS	
	Número	Cobertura
ZONA 8	78.564	43,19
09D24	1.661	10,28
RECREEO I	144	6,29
RECREEOII	120	5,59

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014

Más del 90,00% de las atenciones realizadas en la Zona 8 (93,45%), el Distrito 09D24 (96,02%) y en las unidades operativas Recreo I (95,40%) y Recreo II (96,24%) se llevan a cabo en los establecimientos de salud.

Cuadro 19. Número y porcentaje de atenciones según lugar, 2014.

LUGAR DE LA ATENCIÓN	ATENCIONES SEGÚN LUGAR , 2014							
	Recreo I		Recreo II		09D24		Zona	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
CENTRO DE SALUD	17.357	95,40	22.072	96,24	200.953	96,02	3.724.093	93,45
COMUNIDAD	119	0,65	139	0,61	2.080	0,99	53.812	1,35
ESCUELA	635	3,49	443	1,93	4.138	1,98	150.562	3,78
DOMICILIO	40	0,22	40	0,17	857	0,41	28.467	0,71
OTROS	43	0,24	240	1,05	1.261	0,60	28.008	0,70
TOTAL:	18.194	100,00	22.934	100,00	209.289	100,00	3.984.942	100,00

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014

El mayor porcentaje de usuarios (más del 90%) que acude a los servicios de salud en la Zona 8, y en la unidad operativa Recreo II se autoidentifica como mestizo/a. En la unidad operativa Recreo I el 84,24% se autoidentifica como mestizo/a, y el 10,18% como montubio/a. En el Distrito 09D24 el 89,26% se identifica como mestizo/a, y el 5,21% como montubio/a.

Cuadro 20. Número y porcentaje de atenciones según autoidentificación étnica, 2014.

GRUPO ÉTNICO	ATENCIÓNES SEGÚN GRUPO ÉTNICO							
	Recreo I		Recreo II		09D24		Zona	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
INDIGENA	173	0,95	425	1,85	2.080	0,99	12.225	0,31
AFROECUATORIANA/O	214	1,17	441	1,92	2.108	1,01	62.074	1,56
NEGRO/A	276	1,51	28	0,12	1.726	0,82	30.336	0,76
MULATO/A	214	1,17	2	0,01	2.140	1,02	17.734	0,45
MONTUBIO/A	1.858	10,18	81	0,35	10.920	5,21	75.807	1,90
MESTIZO/A	15.370	84,24	21.850	95,27	186.945	89,26	3.676.131	92,33
BLACO/A	83	0,45	103	0,45	2.114	1,01	40.402	1,01
OTRO/A	25	0,14	1	0,00	189	0,09	19.106	0,48
NO SABE/NO RESPONDE	33	0,18	3	0,01	1.215	0,58	47.567	1,19
TOTAL:	18.246	100,00	22.934	100,00	209.437	100,00	3.981.382	100,00

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014

Las bajas coberturas de afiliación al IESS se reflejan en los usuarios que acuden a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública. Mas del 90% de ellos, llegando a alcanzar el 96,43% en la unidad operativa Recreo I, y el 95,82% en la Zona 8 no están afiliados a la seguridad social.

Según la nacionalidad casi el 100,00% de los usuarios que asisten a los servicios de salud son ecuatorianos.

Cuadro 21. Número y porcentaje de atenciones según tipo de afiliación, 2014.

TIPO DE AFILIACIÓN	ATENCIÓNES SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN							
	Recreo I		Recreo II		09D24		Zona	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
SEGURO ISSFA	5	0,03	1	0,00	82	0,04	3.556	0,09
SEGURO ISSPOL	6	0,03	13	0,06	75	0,04	2.578	0,06
IESS, SEGURO GENERAL	295	1,62	250	1,09	3.923	1,87	64.042	1,61
IESS, SEGURO VOLUNTARIO	5	0,03	0	0,00	102	0,05	5.177	0,13
IESS, SEGURO CAMPEÑO	11	0,06	4	0,02	111	0,05	4.131	0,10
JUBILADO DEL IESS/SSC/ISSFA/ISSPOL	218	1,19	19	0,08	1.023	0,49	11.605	0,29
NO APORTA	17.594	96,43	21.329	93,00	195.854	93,51	3.800.940	95,82
SEGURO PRIVADO	6	0,03	18	0,08	389	0,19	5.182	0,13
SEGURO INDIRECTO	106	0,58	1.300	5,67	7.879	3,76	69.725	1,76
TOTAL:	18.246	100,00	22.934	100,00	209.438	100,00	3.966.936	100,00

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014

Cuadro 22. Número y porcentaje de atenciones según tipo de nacionalidad, 2014.

NACIONALIDAD	ATENCIONES SEGÚN NACIONALIDAD							
	Recreo I		Recreo II		09D24		Zona	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
ECUATORIANA	18.185	99,67	22.924	99,96	209.116	99,85	3.978.244	99,83
COLOMBIANA	27	0,15	6	0,03	210	0,10	3.427	0,09
PERUANA	32	0,18	4	0,02	50	0,02	702	0,02
CUBANA	0	0,00	0	0,00	2	0,00	166	0,00
Otra	2	0,01	0	0,00	60	0,03	2.429	0,06
TOTAL:	18.246	100,00	22.934	100,00	209.438	100,00	3.984.968	100,00

Fuente: MSP, Dirección Zona 8, 2014,

4.2.2 Coberturas de atención prenatal

De acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto y el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.³⁰

La atención prenatal de calidad, es indispensable para la salud de la madre y para un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños próximos a nacer. El control prenatal permite la identificación de riesgos durante el embarazo, la planifican acciones de prevención, educación y promoción de la salud y un manejo adecuado de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, (EL CONTROL PRENATAL, Mario Orlando Parra Pineda).

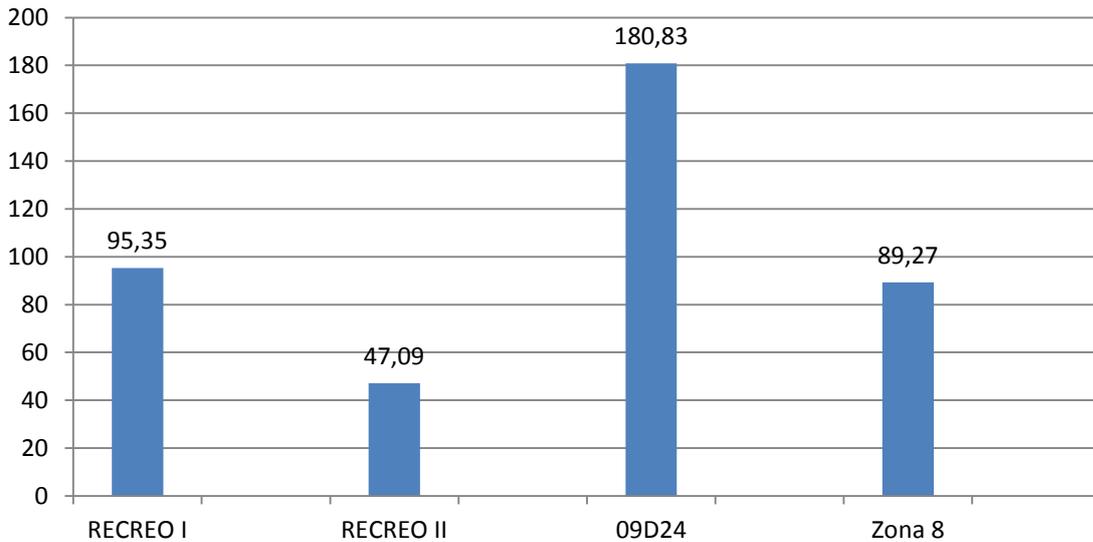
En la Zona 8, la cobertura de control prenatal en el año 2014 fue de 89,27% ubicadas por debajo de la cobertura del distrito 09D24 (180,83%)???? y de la unidad operativa Recreo I (95,35%). En la unidad operativa Recreo II la cobertura es inferior al 50% (47,09%) y evidencia una gran brecha distrital y zonal.

Existen diferencias importantes en relación a la cobertura de atención prenatal entre el reporte de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y el ³¹Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA como se muestra en los siguientes gráficos.

³⁰ OPS. Nota descriptiva N0. 348, Mayo de 2014

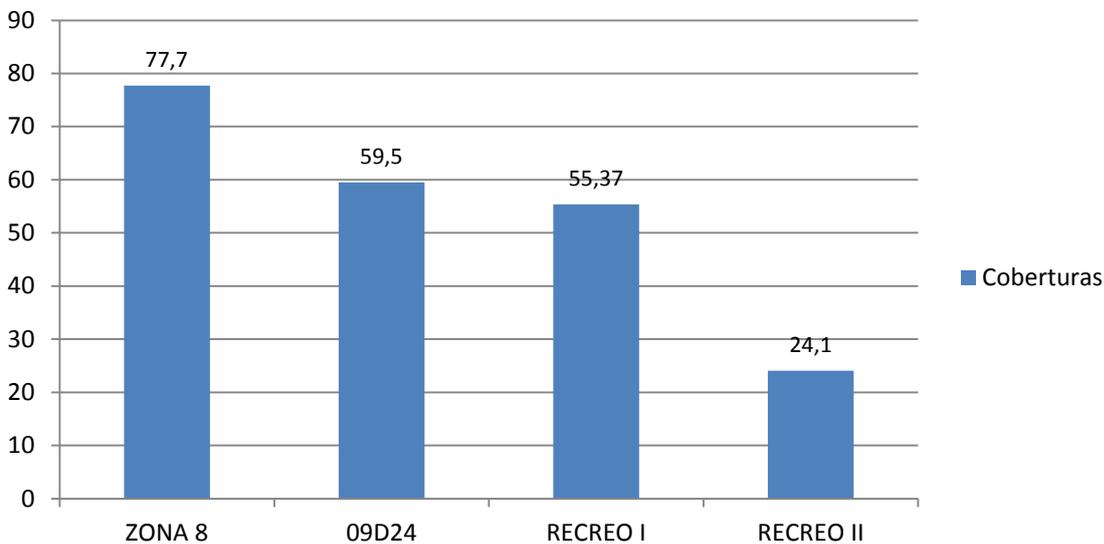
³¹ Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACAA

Gráfico 53. Coberturas de atención a embarazadas Distrito Duran 09D24, según información de la LMGYAI, 2014.



Fuente: LMGYAI, 2014. MSP, Zona 8.

Gráfico 54. Coberturas de atención a embarazadas Distrito Duran 09D24, según información del RDACA, 2014.



Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA, 2014. MSP, Zona 8.

De acuerdo con el manual de ³²Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública, toda mujer embarazada de BAJO RIESGO, debe completar mínimo 5 controles prenatales con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Materno Perinatal del MSP. (Norma y Protocolo Materno. MSP, 2008).

³² MSP-Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos Maternos, Ecuador, 2008.

Según el informe de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del año 2014³³, en los Hospitales y Distritos de la Zona 8, el número de controles en el grupo de embarazadas de forma general (embarazo de riesgo y embarazo normal), no supera 2 controles por embarazadas.

En el grupo de embarazo de normal en la Zona 8 se realizan 3,4 controles por embarazadas, inferior al del Distrito 09D24 (3,08), y la unidad operativa Recreo II (3,35). En la unidad operativa el número de controles es inferior a 3 (2,87) por embarazadas.

El número de controles en el embarazo riesgo es inferior al del embarazo normal, con exención de la unidad operativa Recreo I en el que se realiza 1 control más en este grupo prioritario. En el Distrito 09D24 y la unidad operativa Recreo II en número de controles es inferior (1,99 y 1,94) al de la Zona 8, que es de 2,73.

En ninguno de los grupos el número de controles prenatales supera la norma nacional ni las recomendaciones de la OPS/OMS.

³³ LMGYAY- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ecuador, 2014

Cuadro 23. Numero de controles por embarazadas (embarazo normal), según información de la LMGYAI, 2014.

	Concentración de controles en embarazo normal , LMGYAI. Año 201			
	Total embarazadas Primeras	Total embarazadas Subsecuentes	Total Primeras mas subsecuentes	Concentración
RECREO I	685	1.284	1.969	2,87
RECREO II	375	884	1.259	3,35
09D24	8.336	17.354	25.690	3,08
Zona 8	52.780	107.766	160.546	3,04

Fuente: Fuente: LMGYAI. MSP, Zona 8, 2014.

Cuadro 24. Número de controles por embarazadas (embarazo de riesgo), según registro de la LMGYAI

	Concentración de controles en embarazo de riesgo , LMGYAI. Año 2014			
	Total embarazadas Primeras	Total embarazadas Subsecuentes	Total Primeras mas subsecuentes	Concentración
RECREO I	193	195	388	2,01
RECREO II	55	52	107	1,94
09D24	3.420	3.388	6.808	1,99
Zona 8	12.578	21.868	34.446	2,73

Fuente: Fuente: LMGYAI. MSP, Zona 8, 2014.

Cuadro 25. Número de controles por embarazadas de 10 a 19 años según RDACA, 2014.

	Número de controles por embarazadas de 10 a 19 años, RDACA, Año 2014			
	Embarazadas de 10 a 19 años	Embarazadas de 10 a 19 años	Total	Concentración
	Primeras	Subsecuentes		
ZONA 8	16.959	33.555	50.514	2,98
09D24	1.042	2.271	3.313	3,18
RECREO I	151	430	581	3,85
RECREO II	55	216	271	4,93

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA, 2014. MSP, Zona 8

Cuadro 26. Número de controles por embarazadas de 20 a 49 años según registro RDACA, 2014.

	Número de controles por embarazadas de 20 a 49 años, REDACA, Año 2014			
	Embarazadas de 10 a 19 años	Embarazadas de 10 a 19 años	Total	Concentración
	Primeras	Subsecuentes		
ZONA 8	39.934	85.089	125.023	3,13
09D24	2.826	6.270	9.096	3,22
RECREO I	359	1.083	1.442	4,02
RECREO II	165	419	584	3,54

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA, 2014. MSP, Zona 8

Del número de embarazadas que acuden al primer control prenatal, menos del 50% reciben atención odontológica integral en el Distrito 09D24 (26,71% y en la unidades operativas Recreo I (45,10%) y Recreo II (17,21%). A nivel zonal la cobertura de atención odontológica es de 51,25%.

La evaluación ecográfica en el caso de la mujer embarazada tiene como objetivo obtener una apreciación de las características y conformación general del bebé, placenta y líquido amniótico y detectar los casos de mayor riesgo de problemas maternos o fetales y de acuerdo con la Norma y Protocolo Materno se recomienda entre las 20 y 24 semanas y si existe disponibilidad entre las 11 y 14 semanas, entre las 20 y 24 semanas y entre las 32 y 34 semanas. En el Distrito 09D24 la cobertura de ecografía supera el 100% de las embarazadas que acuden al primer control prenatal (124,75%), y a nivel de la Zona 8 es de 57,27%. El número de ecografía por embarazada es de 1,70 en la Zona 8 y 1,45 en el distrito.

Cuadro 27. Prestaciones de odontología integral y ecografía recibida por embarazada según registros de la LMGYAI, 2014.

	Prestaciones recibidas por embarazadas , LMGYA Año 2014						
	Total embarazadas Primeras	Atención odontológica integral		Ecografía Primera		Ecografía Subsecuente	
		Numero	%	Numero	%	Numero	Conct.
RECREO I	878	396	45,10	0		0	
RECREO II	430	74	17,21	0		0	
09D24	11.756	3.140	26,71	14.666	124,75	6.632	1,45
Zona 8	65.358	33.498	51,25	37.431	57,27	26.052	1,70

Fuente: Fuente: LMGYAI. MSP, Zona 8, 2014.

El 82,89 % de las embarazadas de la Zona 8 que acudieron al menos a un control prenatal se realizó el paquete básico de exámenes de laboratorio que recomienda la norma, en el Distrito 09D24, este valor alcanzó el 50,53% existiendo grandes brechas en relación a la zona, y brechas aun mayores en la unidad operativa Recreo I (17,43%). El número de embarazadas que accedió al paquete de exámenes de laboratorio por segunda vez no superó a 2 en la zona 8 y el Distrito 09D24, y alcanzó 2,59 embarazadas en la unidad operativa Recreo I. Solamente 1.310 embarazadas en la Zona 8 y en el Distrito 09D24 se realizaron examen de sífilis para la detección de sífilis neonatal.

De acuerdo con los datos de la Estrategia Nacional de Vih-Sida en la Zona 8, durante el año 2014 se realizaron 32.984 tamizajes para diagnóstico de Vih a embarazadas en la Zona 8 y 5.174 en el Distrito 09D24. Al hacer un análisis del número de embarazadas que acude al menos a un control prenatal (primer control), menos del 50% (44,01%) en el Distrito 09D24, y el 50,46% en la Zona 8 se realizó el tamizaje para diagnóstico de Vih. La cobertura de tamizaje de vih en la Zona 8 es del 45,04% y en el Distrito 09D24, 79,58% superior a la cobertura zonal.

Cuadro 28. Prestaciones de laboratorio recibido por embarazada según registros de la LMGYAI, 2014.

	Prestaciones recibidas por embarazadas , LMGYAI Año 2014						
	Total embarazadas Primeras	Paquete de Exámenes de Laboratorio Primera		Paquete de Exámenes de Laboratorio Subsecuente		Examen de sífilis	
		Numero	%	Numero	Conct.	Numero	%
RECREO I	878	153	17,43	257	2,68	0	
RECREO II	430	0	0,00	0	0	0	
09D24	11.756	5.940	50,53	5.088	1,86	4	0,03
Zona 8	65.358	54.173	82,89	31.337	1,58	1.310	2,00

Fuente: Fuente: LMGYAI. MSP, Zona 8, 2014.

4.2.3 Atención del parto

De acuerdo con los datos de Producción Hospitalaria, Partos y Nacimientos del MSP, 2014³⁴ en el Ecuador se realizaron 149.250 partos, de estos 93.778 (62,83%) normales, el 2,94% (4.388) complicados. El número de cesáreas fue de 51.084 (34,22%). En número de Nacidos Vivos fue de 148.364.

En el mismo periodo, en la Zona 8 se realizaron un total de 18.815 partos y de estos el 55,02% (10.353) fueron normales, 12 (0,06%) con complicaciones y el número de cesáreas realizadas fue de 8.450 (44,91%), superior a las realizadas a nivel nacional en 10 puntos porcentuales. En el Distrito 09D24, se realizaron 783 partos, de estos 778 (99,36%) fueron normales, y 5 (0,69%) con complicaciones. El número de nacidos vivos en la Zona 8 fue de 18.685 y en el Distrito 09D24 715.

³⁴ MSP-Ministerio de Salud Pública Producción Hospitalaria, Partos, Partos y Nacimientos 2014.

Cuadro 29. Número y tipología del parto en unidades del Ministerio de Salud Pública.

	Partos			
	Parto normal	Parto complicado	Cesárea	Total Partos:
09D24	778	5	0	783
Zona 8	10.353	12	8.450	18.815
País	93.778	4.388	51.084	149.250

Fuente: MSP. Sistema de Información Estadística y Geográfica de Salud, RDACAA 2014.

Cuadro 30. Número de RN Vivos en unidades del Ministerio de Salud Pública.

	Recién Nacidos Vivos RNV			
	RNV Total	RNV con peso mayor a 2.500 gr	RNV con peso inferior a 2.500 gr	RNV ignorado
09D24	715	225	490	
Zona 8	18.685	16.689	1.992	4
País	148.364	13.992	133.798	574

Fuente: MSP. Sistema de Información Estadística y Geográfica de Salud, RDACAA 2014.

4.2.4 Planificación familiar

Cuadro 31. Porcentaje de uso de los diferentes métodos de Planificación familiar, 2014.

Métodos de Planificación Familiar	Planificación Familiar							
	RECRO I		RECRO II		09D24		ZONA 8	
	Primera	Sub	Primera	Sub	Primera	Sub	Primera	Sub
Géstatenos orales	138	715	336	791	2.135	6.414	36.741	76.960
Inyectables	74	1.344	445	670	1.754	7.914	29.805	90.215
Implantes subdérmico	53	61	14	43	561	347	6.349	8.148
DIU	4	12	12	5	131	251	2.393	6.337
Condón femenino	94	0	6	2	807	338	4.075	1.992

Fuente: Fuente: LMGYAI. MSP, Zona 8, 2014.

4.2.5 Coberturas de DOC mamario y DOC uterino

En los países de ingresos bajos y medio el diagnóstico del cáncer de mama se hace en fases muy avanzadas, la detección precoz continua siendo un problema importante de salud pública que si se resuelve ayudaría a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama³⁵. Las coberturas de detección de DOC mamario y DOC uterino, de forma general son muy bajas en la Zona 8., debidos al acceso limitado a los servicios de detección.

³⁵ OMS, Cáncer de mama, Prevención y Control

Cuadro 32. Cobertura de DOC mamario y DOC uterino, 2014.

TIPO DE PROFESIONAL	Coberturas de DOC mamario y DOC uterino			
	DOC Mamario		DOC Uterino	
	Número	%	Número	%
RECREO I	284	3,56	604	11,34
RECREO II	0		427	5,17
09D24	1.394	2,10	4.676	10,55
Zona 8	18.809	2,57	51.809	11,02

Fuente: Fuente: LMGYAI. MSP, Zona 8, 2014.

4.2.6 Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, cada año se previenen entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. En los últimos años ha existido una estabilidad en las coberturas de vacunación a nivel mundial.

Durante 2014, se administraron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) al 86% de los niños de todo el mundo (unos 115 millones), a fin de protegerlos contra graves enfermedades infecciosas que podrían provocarles trastornos y discapacidades graves, e incluso la muerte. Para 2014, 129 países habían alcanzado por lo menos el 90% de cobertura con la vacuna DTP3³⁶. En el Ecuador, se evidencia una marcada reducción de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas como consecuencia de la amplia labor realizada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que es ejecutado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) desde el año 1985. Según el análisis del MSP y de la OPS, el impacto de este programa ha sido la eliminación de algunas enfermedades en el territorio nacional, sarampión, poliomielitis, fiebre amarilla, difteria y rubeola y el síndrome de rubeola congénita entre otras.

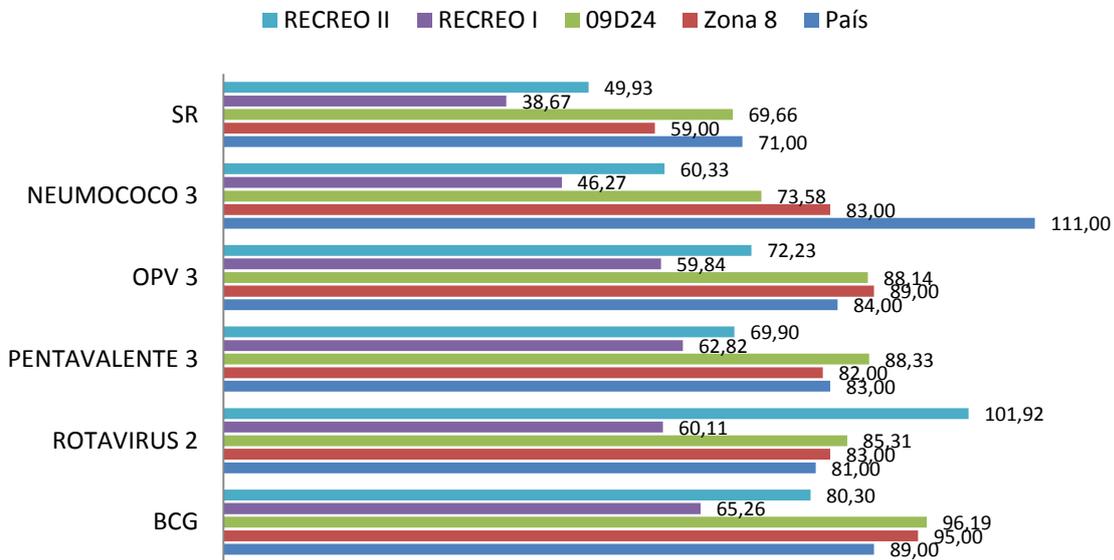
A finales del año 2014, las coberturas de BCG en niños/as menores de un año fueron de 65,26% en la unidad operativa Recreo I y el 80,30% en la unidad operativa Recreo II, recibieron la vacuna BCG, muy inferior a la cobertura del Distrito 09D24 que superó el 95% (96,19%). Las coberturas de BCG, en la Zona 8 y en el Distrito 09D24 superaron las nacionales (89,0%). En la unidad Recreo I, se evidencia coberturas más bajas en el 100% de las vacunas correspondientes a este grupo de edades y algunas menores al 50% como en el caso del Neumococo 3 (46,27%) y SR (38,67%) que la unidad Recreo II, y el Distrito

³⁶ Cobertura Vacunal, Nota descriptiva, septiembre 2015.

09D24. La cobertura más baja, en la unidad Recreo II corresponde a la vacuna SR con 49,93%, en esta misma unidad la cobertura por la vacuna Rotavirus 2 supera el 100%.

Gráfico 55. Coberturas de vacunación en menores de un año, 2014.

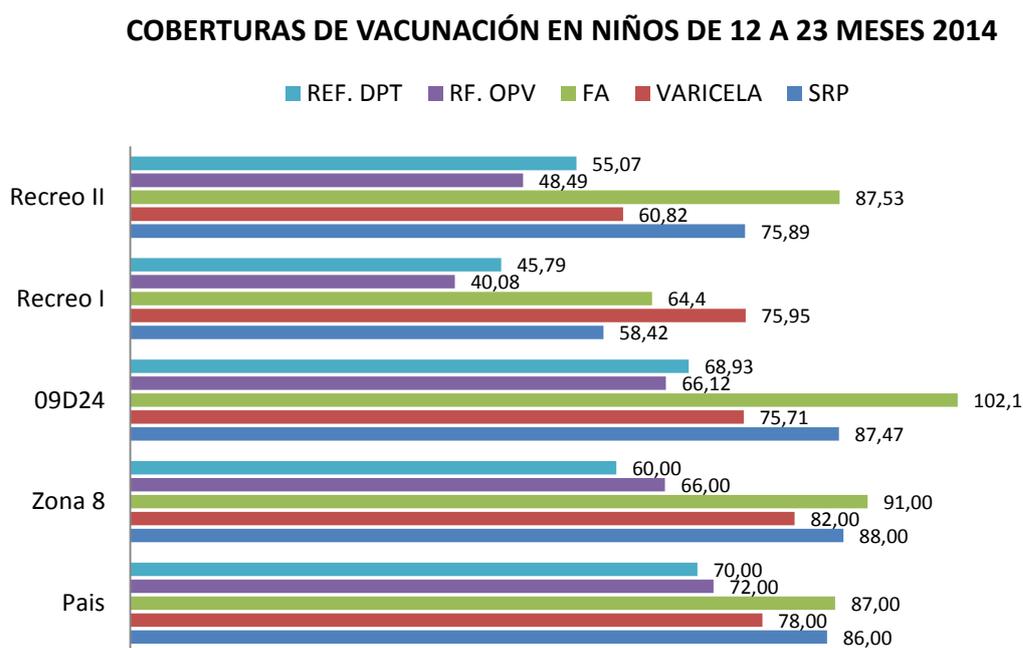
COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN MENORES DE UN AÑO, 2014



Fuente: MSP. Programa Ampliado de Inmunización, Distrito 09D24, Zona 8, 2014.

En el grupo de 12 a 23 meses de nacidos, las coberturas del el mayor porcentaje de vacunas no supera el 70%, a excepción de la vacuna SRP (75,89%), y FA (87,53%), en el Recreo II, y en el Distrito 09D24 87,47% y 102,1% respectivamente.

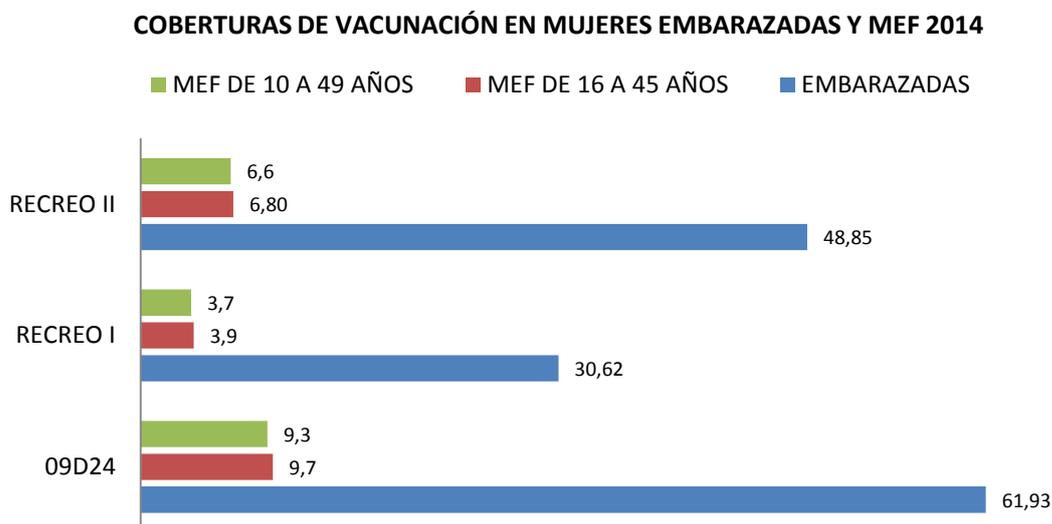
Grafico 56. Coberturas de vacunación en niños y niñas de 12 a 23 meses, 2014.



Fuente: MSP. Programa Ampliado de Inmunización, Distrito 09D24, Zona 8, 2014.

Las coberturas de vacunación en el grupo de embarazadas no superan el 50% en las unidades Recreo I (30,62%), y Recreo II (48,85%). La cobertura del Distrito 09D24 es de 61,93%. Las coberturas en MEF de 10 a 49 años y de 16 a 45 años están por debajo del 10% de manera general en las unidades operativas y el Distrito.

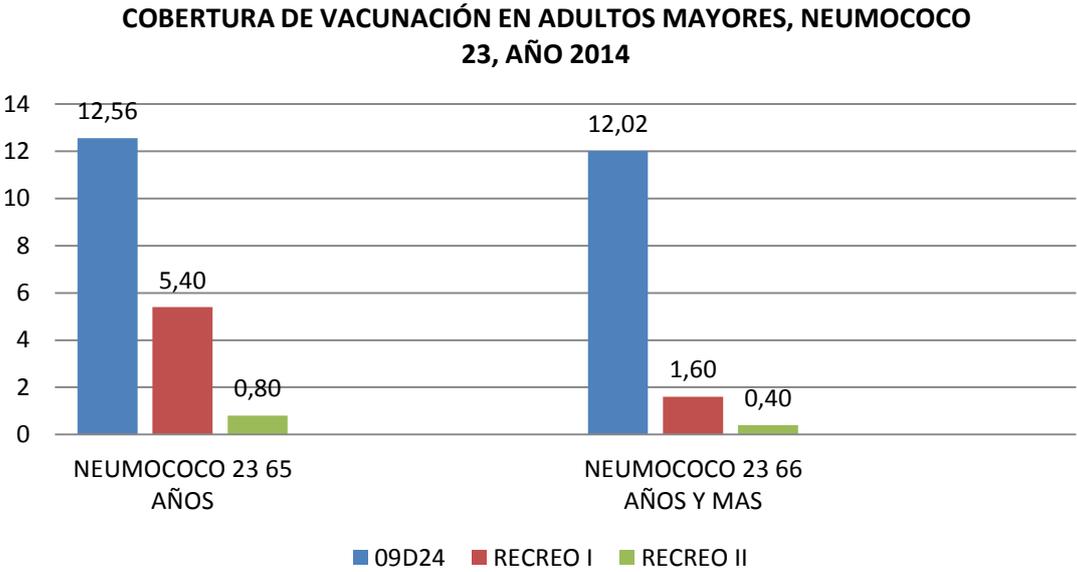
Grafico 57. Coberturas de vacunación en mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil (MEF), 2014.



Fuente: MSP. Programa Ampliado de Inmunización, Distrito 09D24, Zona 8, 2014.

En ambos grupos de adultos mayores (65 años y 66 años y mas), muestran coberturas extremadamente bajas como se muestran en el grafico 41.

Grafico 58. Coberturas de vacunación en el adulto mayor, 2014.



Fuente: MSP. Programa Ampliado de Inmunización, Distrito 09D24, Zona 8, 2014.

VIII. ANÁLISIS GENERAL DEL ESTADO DE SALUD

1. Análisis epidemiológico

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta que en el Ecuador, *más que una transición epidemiológica, se evidencia una acumulación epidemiológica en la que las enfermedades carenciales y trasmisible comparten espacios con las crónicas degenerativas y los problemas de salud colectiva.*³⁷

1.1 Morbilidad

La premisa anterior se evidencia en la información epidemiológica de la Zona, donde el 6,8% de las consultas de morbilidad en el año 2014 corresponden a rinoфарингитis aguda, el 5,7% parasitismos intestinal y el 5,6% a infecciones de las vías urinarias y la Hipertensión Arterial Primaria ocupa el cuarto lugar según el orden de casos de consulta externa en los servicios de salud del primer nivel con 4,7%. Además, están las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (4,2%), las diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso (3,6%), las faringitis aguda (3,3%) y amigdalitis aguda no especificada (2,9%). A este grupo le sigue la Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin complicaciones 2,00% y el decimo lugar ocupan las enfermedades por el virus de inmunodeficiencia humana sin otra especificación 1,7%.

Cuadro 33. Diez principales enfermedades más frecuentes de atención ambulatoria.

UNIDAD: ZONA 8

AÑO: 2014

Orden de casos	Morbilidades	Número de casos	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	93.188	6,8
2	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	78.715	5,7
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	77.430	5,6
4	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	64.531	4,7
5	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES NO ESPECIFICADA	58.478	4,2
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	49.730	3,6
7	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	44.832	3,3
8	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	39.314	2,9
9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	26.941	2,0
10	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH] SIN OTRA ESPECIFICACION	23.992	1,7
	Sub total de Casos	557.151	40,46
	Las Demás	819.859	59,53
	Total de Casos	1.377.010	100,0

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA, 2014. MSP, Zona 8

³⁷ OPS: Perfil de los Sistemas de Salud en el Ecuador. Ecuador, 2008.

Cuadro 34. Diez principales enfermedades más frecuentes de atención ambulatoria.

UNIDAD: DISTRITO 09D24

AÑO: 2014

Orden de casos	Morbilidades	Número de casos	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	15.555	21,1
2	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	13.286	18,0
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	7.338	10,0
4	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	7.231	9,8
5	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	4.722	6,4
6	OBESIDAD NO ESPECIFICADA	1.525	2,1
7	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	1.236	1,7
8	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1.045	1,4
9	VAGINITIS AGUDA	843	1,1
10	E780 - HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	712	1,0
	Sub total de Casos	53.493	72.64
	Las Demás	20.162	27.36
	Total de Casos	73.645	100.00

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA, 2014. MSP, Zona 8

En la unidad operativa Recreo I, las tres principales causas de morbilidad son: la Hipertensión Arterial Primaria (10,8%), la rinofaringintis aguda o refriado común (10,5%), y la Diabetes Mellitus no insulino dependiente (6,0%). La hiperlipemia mixta es la novena causa de morbilidad (1,9%).

Cuadro 35. Diez principales enfermedades más frecuentes de atención ambulatoria.

UNIDAD: EL RECREO I

AÑO: 2014

Orden de casos	Morbilidades	Número de casos	%
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1.103	10,8
2	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	1.072	10,5
3	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	615	6,0
4	VAGINITIS AGUDA	355	3,5
5	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	334	3,3
6	OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS PELVICAS FEMENINAS	293	2,9
78	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	203	2,0
9	HIPERLIPEMIA MIXTA	190	1,9
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	164	1,6
	CEFALEA	1.103	1,5
	Sub total de Casos	4.486	43.9
	Las Demás	5.723	56.1
	Total de Casos	10.209	100.0

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA, 2014. MSP, Zona 8

En el Recreo II las tres principales causas de morbilidad, corresponden a: la rinofaringitis aguda o resfriado común (15,0%), la Hipertensión Arterial Primaria (8,5%), y la parasitosis intestinal (6,0%) y la Diabetes Mellitus es la quinta causa de morbilidad con el 5,6%.

Cuadro 36. Diez principales enfermedades más frecuentes de atención ambulatoria.

UNIDAD: EL RECREO II

AÑO: 2014

Orden de casos	Morbilidades	Número de casos	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	1.823	15,0
2	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1.036	8,5
3	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	732	6,0
4	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	718	5,9
5	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	674	5,6
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	411	3,4
7	DOLOR AGUDO	299	2,5
8	MICOSIS SUPERFICIAL SIN OTRA ESPECIFICACION	179	1,5
9	AMENORREA PRIMARIA	237	2,0
10	CEFALEA	155	1,3
	Sub total de Casos	6.264	51.6
	Las Demás	5.874	48.4
	Total de Casos	12.138	100.0

Fuente: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACA, 2014. MSP, Zona 8

1.2.1 Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades de larga duración y evolución lenta llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles ECNT, afectan ya desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 75% de las muertes por ENT, 28 millones. En este se encuentran las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (Centro de prensa OPS/OMS, ECNT, enero 2005). Este grupo de enfermedades afectan a todos los grupos etarios, y a todas las regiones, los grupos de edad más avanzada suelen ser los más afectados, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Existen múltiples factores de riesgo que favorecen la aparición de ECNT en los diferentes grupos de edades, como las dietas inadecuadas o malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol u otras drogas, otros factores como el envejecimiento, la urbanización rápida y no planificada, y la generalización o globalización estilos de vida poco saludables³⁸.

La hipertensión arterial HTA junto a la hiperlipemia, el consumo de tabaco, y la diabetes mellitus DM son los principales factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y de estas, la

³⁸ Centro de prensa OPS/OMS, ECNT, enero 2005.

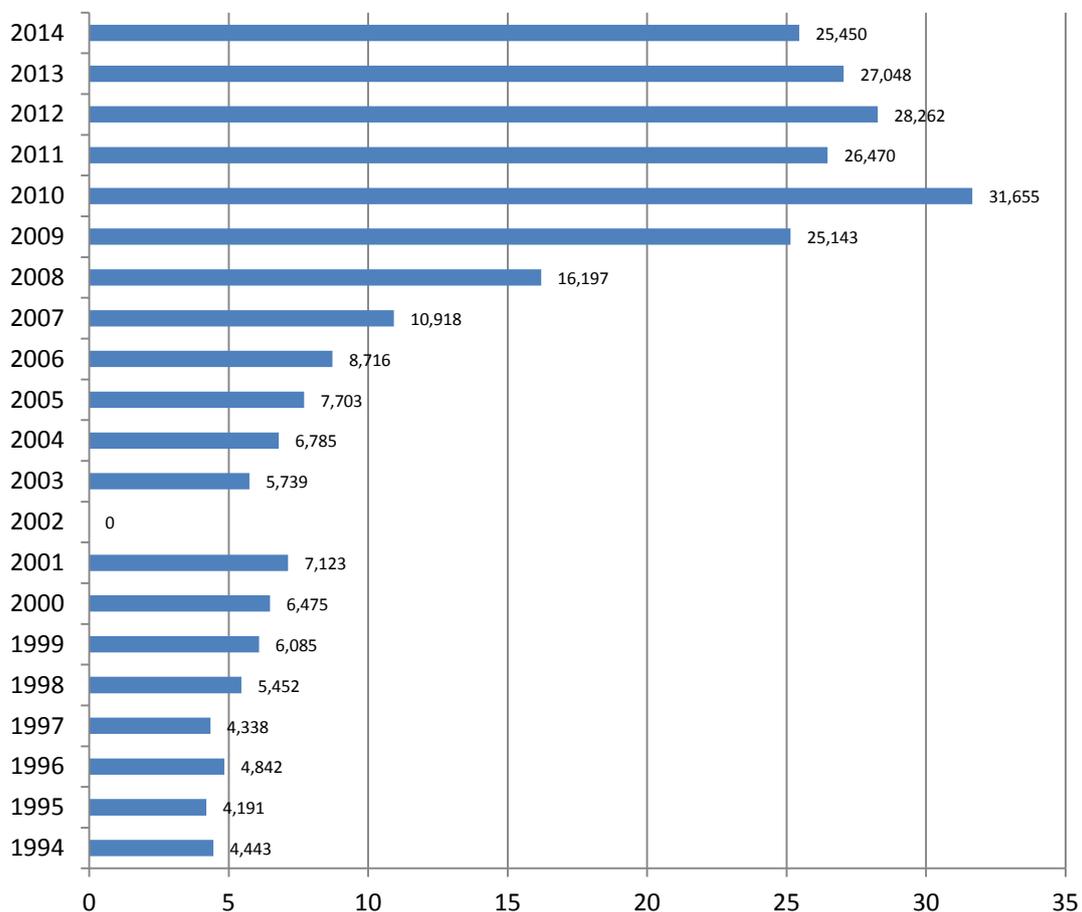
HTA es el factor principal para los accidentes cerebro vasculares ACVA, tanto en su forma hemorrágica como embólica ^{39 40}.

Las altas tasas de HTA son atribuidas al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.

El Ecuador, al igual que en la mayoría de los países del mundo, la tasa de HTA ha aumentado de forma creciente entre los años 1994 y 2014 con variaciones que van desde 4,443 x 100,000 habitantes a 25,450 x 100,000 habitantes respectivamente. En el mismo periodo en la provincia de Guayas se registro un aumento de 216 x 100,000 habitantes a 1,209 x 100,000 habitantes.

Una situación similar se registra en la tasa de DM a nivel nacional y en la provincia de Guayas durante el periodo 1994 y 2014. El aumento registrado a nivel nacional fue de 1,061 a 12,975 x 100,000 habitantes y en la provincia de Guayas de 108 a 706 x 100,000 habitantes.

Gráfico 59. Tasa de HTA x 100,000 habitantes (Histórico). Ecuador, 1994-2014



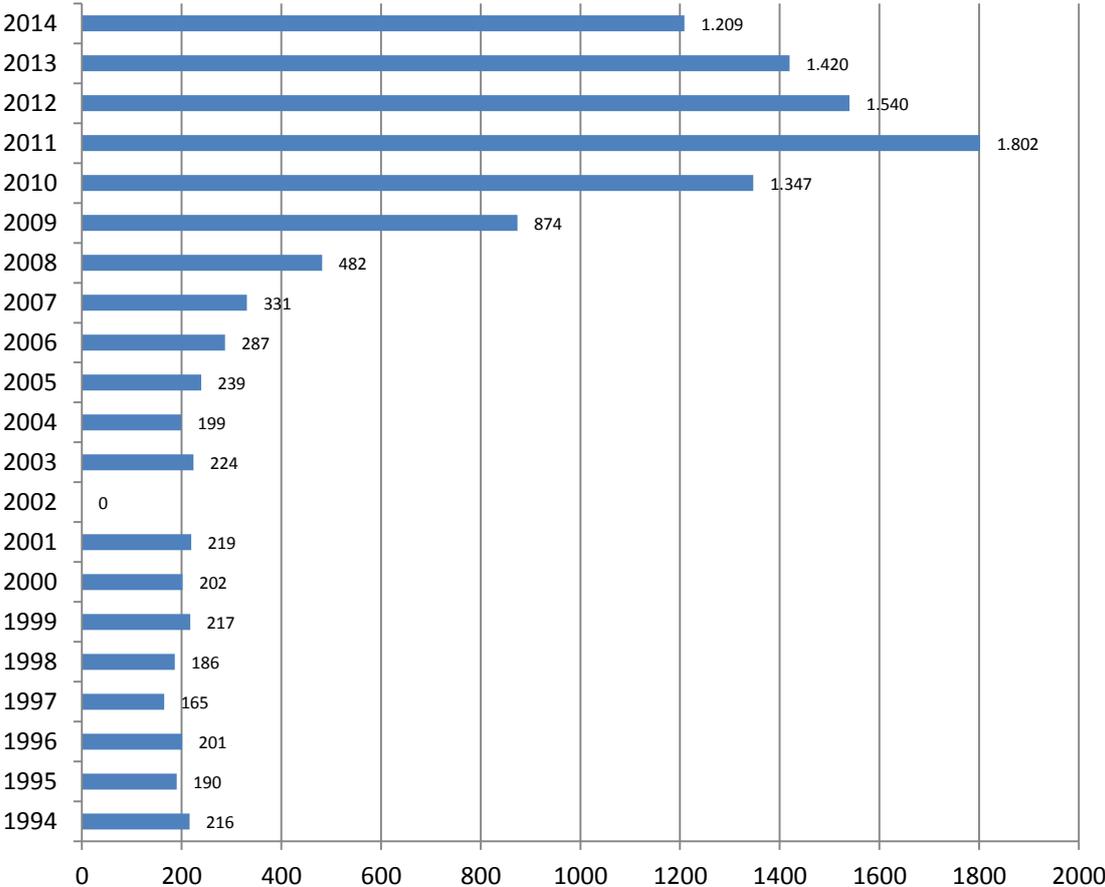
Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

Tasa x 100,000 habitantes

³⁹ Balaguer, 1990

⁴⁰ Hipertensión Arterial en la Medicina Familiar, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Granada 1997.

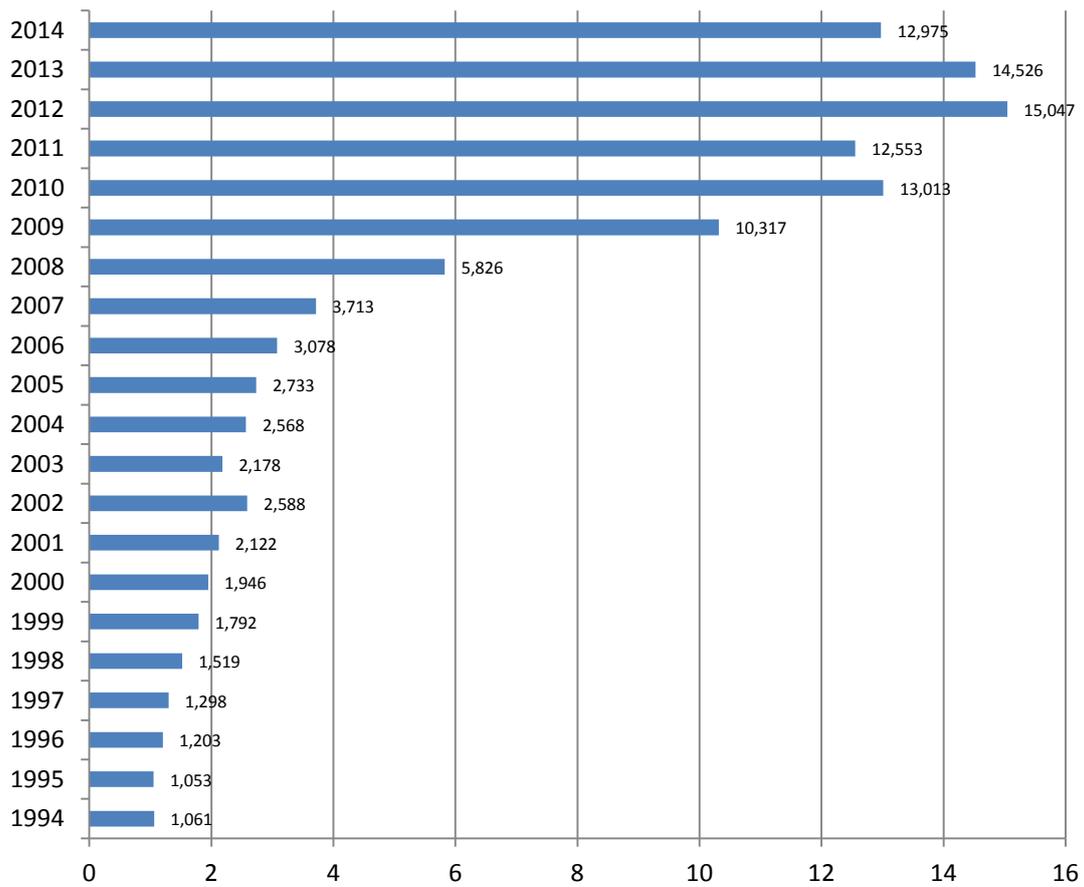
Gráfico 60. Tasa de HTA x 100,000 habitantes (Histórico). Provincia Guayas, 1994-2014



Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

Tasa x 100,000 habitantes

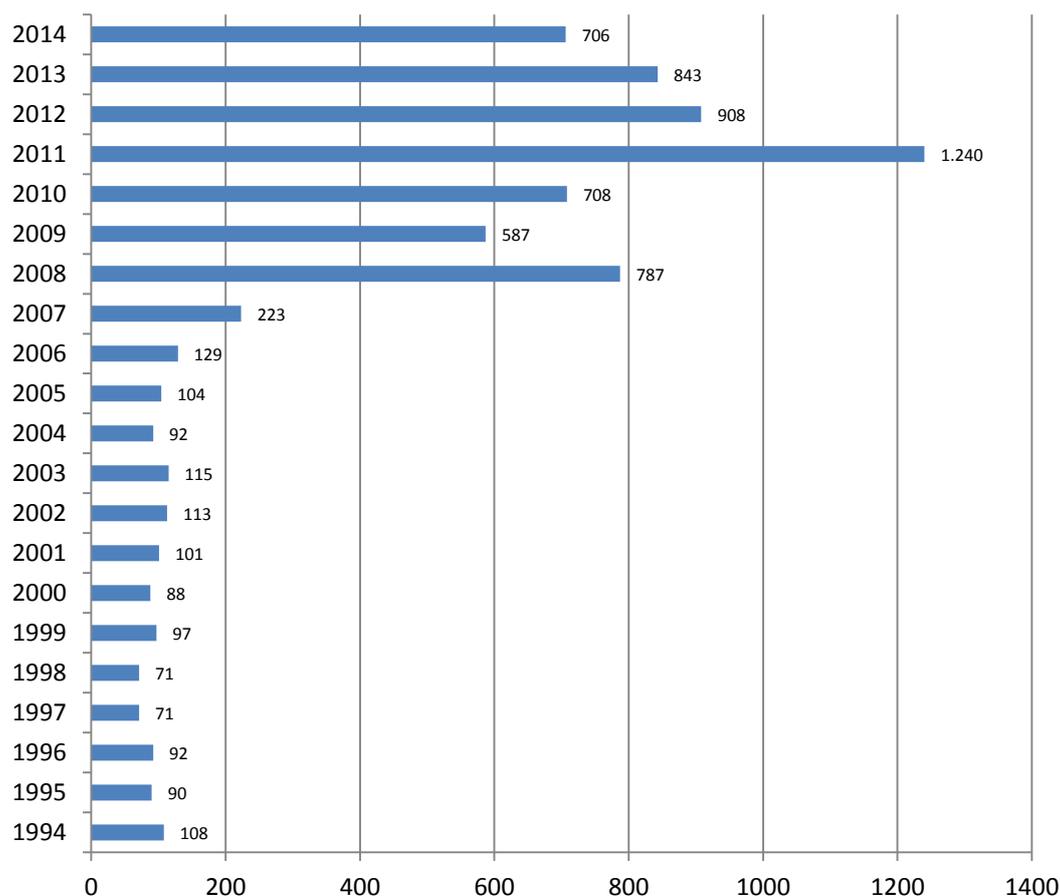
Gráfico 61. Tasa de DM x 100,000 habitantes (Histórico). Ecuador, 1994-2014



Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

Tasa x 100,000 habitantes

Gráfico 62. Tasa de DM x 100,000 habitantes (Histórico). Provincia Guayas, 1994-2014



Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 1994-2014

Tasa x 100,000 habitantes

En la Zona 8 la hipertensión arterial y la diabetes mellitus se encuentran entre las primeras diez causas de morbilidad en las unidades operativas. En la unidad operativa Recreo I la hipertensión arterial es la primera causa de morbilidad y en tercer lugar se encuentra la diabetes mellitus. En la unidad operativa Recreo II la hipertensión arterial y la diabetes mellitus constituyen la segunda y quinta causa de morbilidad general en el año 2014.

Los datos del censo sobre ECNT realizado en el Distrito 09D24 muestran los siguientes resultados: del total de personas con HTA diagnosticadas más del 70,0% corresponden a mujeres en la unidad operativa Recreo I (86,17%) y el Distrito 09D24 (72,77%).

En el caso de la DM, los resultados evidencia mayor número de casos en las mujeres, 69,49% en el Distrito 09D24, 72,10% y 67,39% en el las unidades operativas Recreo I y Recreo II respectivamente.

Cuadro 37. Censo sobre Enfermedades Crónicas no Transmisible, 2014.

	Censo sobre ECNT 2014					
	HTA				Total:	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
RECREO I	76	22,75	258	86,17	334	
RECREO II	62	30,39	142	69,60	204	
09D24	1.007	27,50	2.655	72,77	3.662	
ZONA 8						

Fuente: Censo ECNT, Distrito 09D24, 2014

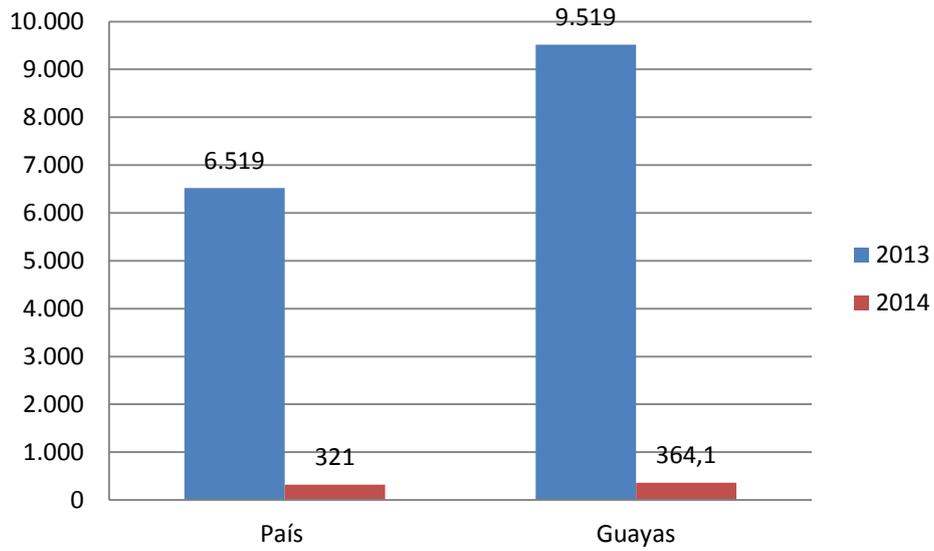
Cuadro 38. Censo sobre Enfermedades Crónicas no Transmisible, 2014.

	Censo sobre ECNT 2014					
	Diabetes Mellitus				Total:	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
RECREO I	42	27,81	109	72,19	151	
RECREO II	45	32,61	93	67,39	138	
09D24	670	30,06	1.549	69,49	2.229	
ZONA 8						

Fuente: Censo ECNT, Distrito 09D24, 2014

Algunos factores de riesgos como la obesidad y el síndrome metabólico muestran altas tasas a nivel nacional y en la provincia de Guayas. De igual manera, en los casos de obesidad y sobre peso diagnosticados el 78,60% en el Distrito 09D24, el 76,60% en la unidad operativa Recreo II, y el 57,69% en la Recreo I son mujeres. El porcentaje de hombres con obesidad y sobrepeso en la unidad operativa Recreo I supero el 40,0%. Los casos de Dislipemia en las unidades operativas se comporta similares en hombre y mujeres, pero en el Distrito 09D24 alcanzan el 76,60% en el caso de las mujeres.

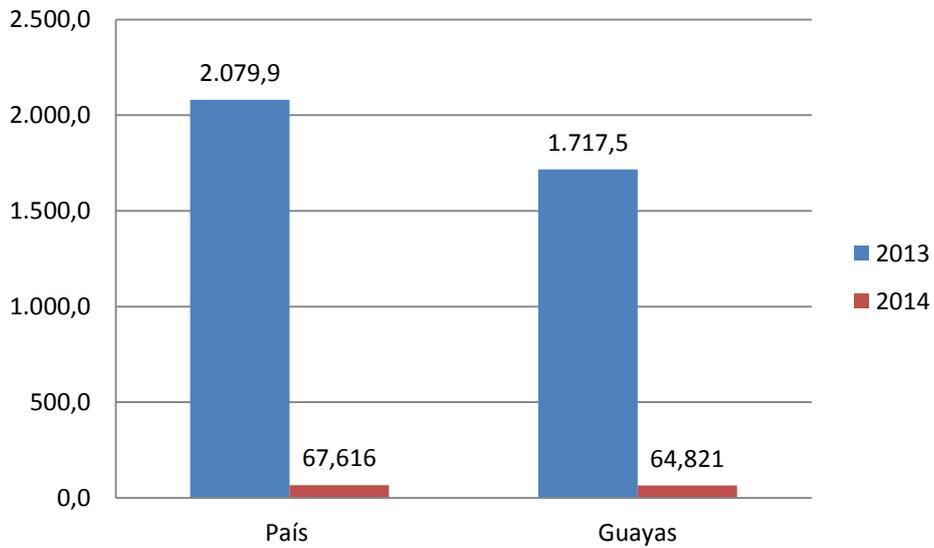
Gráfico 63. Tasa de obesidad x 100,000 habitantes (Histórico). Provincia Guayas, 2013-2014



Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 2013-2014

Tasa x 100,000 habitantes

Gráfico 64. Tasa de síndrome metabólico x 100,000 habitantes (Histórico). Provincia Guayas, 2013-2014



Fuente: Anuario de vigilancia epidemiológica. MSP 2013-2014

Tasa x 100,000 habitantes

Cuadro 39. Censo sobre Enfermedades Crónicas no Transmisible, 2014.

	Censo sobre ECNT 2014					
	Obesidad y Sobrepeso				Total:	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
RECREO I	11	42,31	15	57,69	26	
RECREO II	22	23,40	72	76,60	94	
09D24	370	21,40	1.359	78,60	1.729	
ZONA 8						

Fuente: Censo ECNT, Distrito 09D24, 2014

Cuadro 40. Censo sobre Enfermedades Crónicas no Transmisible, 2014.

	Censo sobre ECNT 2014					
	Dislipemia				Total:	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
RECREO I	6	50,00	6	50,00	12	
RECREO II	52	45,61	62	54,39	114	
09D24	301	23,74	967	76,26	1.268	
ZONA 8						

Fuente: Censo ECNT, Distrito 09D24, 2014

1.1.2 Desnutrición infantil

Un buen estado nutricional a lo largo del ciclo de vida es uno de los determinantes de buena salud, del desempeño físico y mental, y es fundamental para el desarrollo individual y de un país. (Black, 2008). La mala nutrición durante la infancia y edad preescolar tiene efectos adversos en el crecimiento, en la salud y en el desarrollo cognitivo, y trae como consecuencia limitada capacidad de las personas para generar ingresos con repercusiones importantes en el desarrollo de la familia, la comunidad y el país⁴¹.

Por otro lado, el sobrepeso o la obesidad que es el resultado del consumo excesivo de alimentos es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer⁴². Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2013, en el Ecuador, se ha registrado una disminución de la Desnutrición Crónica entre los años 1986 y el 2012, que paso de 40,2% a 25,3%, una disminución de 15 puntos porcentuales. En el periodo entre los años 2004 y 2012 esta disminución fue más acelerada, la baja talla paso de 33,5% en 2004 a 25,3% en 2012. En la desnutrición aguda/bajo peso para la talla no se han observado cambios significativos en

⁴¹ Unicef y OMS, 2012; Black et...al 2008; Martorell et..al, 2010).

⁴² Bouchard, 2008; Barquera, Campos, Rojas y Rivera 2010.

el mismo periodo (1986 – 2013), mientras que el bajo peso (desnutrición global/bajo peso para la edad), disminuyó 6,4 puntos porcentuales entre el año 1986 y 2013.

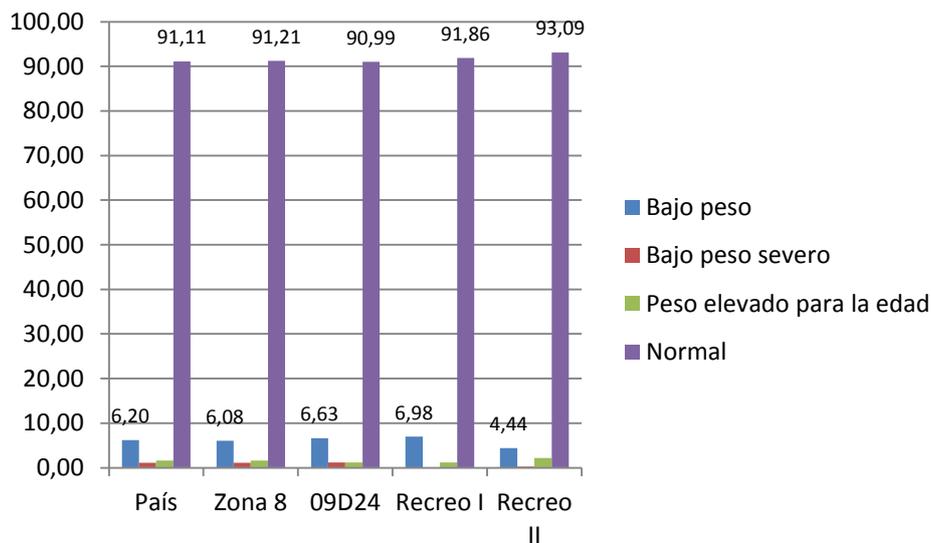
Es importante destacar que la prevalencia de sobre peso y obesidad ha aumentado de 4,2% a 8,6% entre los años 1986 y 2013.

1.1.3 Nutrición en niños y niñas menores de 5 años

Los reportes de la Unidad de Nutrición del MSP del SIVAN 2014⁴³, evidencian que; de los 637,078 niños/as que se realizaron el control nutricional durante el año 2014 en el Ecuador, el 5,78% (36,807) de los niños/as de 0 a 59 meses presentaron bajo peso y el 0,87% (5.554) bajo peso severo. En la Zona 8 estos porcentajes son inferiores al nivel nacional (5,50% y 0,85%) respectivamente, sin embargo en el Distrito 09D24, se muestran resultados más altos que en el nivel nacional y la Zona 8. El 6,45% del total los niños tamizados (5,825), el 6,45% (376) presentaron bajo peso, y el 1,13% (66), bajo peso severo el porcentaje de niños/as con bajo peso es superior en la unidad operativa Recreo I (7,63%).

El mismo reporte revela que 8,718 niños/as tienen peso elevado para la edad (1,37%), estos porcentajes son superiores en la Zona 8 (1,85%), en el Distrito 09D24 (1,39%), en la unidad operativa Recreo I (1,53%), La unidad operativa Recreo II, supera el porcentaje nacional y distrital (2,11%).

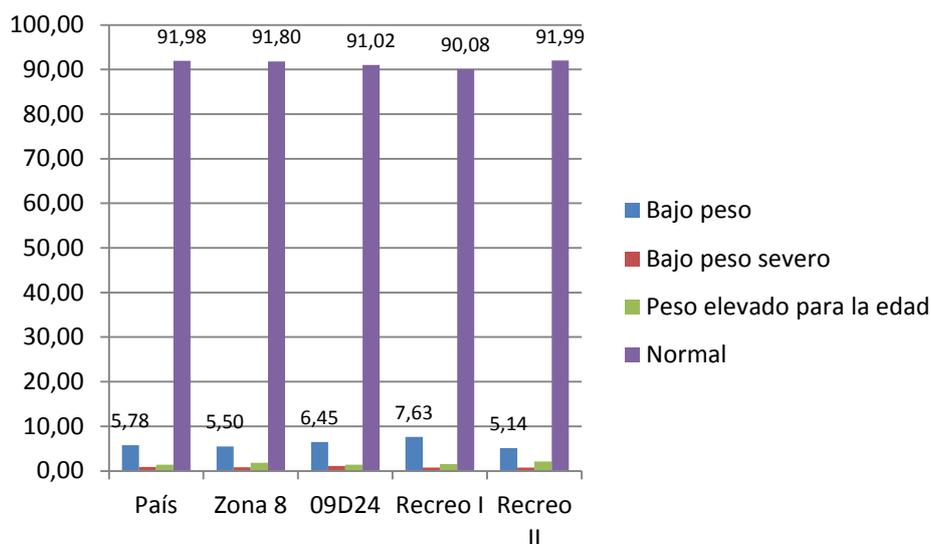
Gráfico 65. Índice de peso/edad niños y niñas de 0 a 23 meses.



Fuente: MSP. Unidad de Nutrición del SIVAN 2014

⁴³ Unidad de Nutrición del MSP, 2014.

Gráfico 66. Índice de peso/edad niños y niñas de 0 a 59 meses.



Fuente: MSP. Unidad de Nutrición del SIVAN 2014

1.1.4 Estado nutricional de las embarazadas

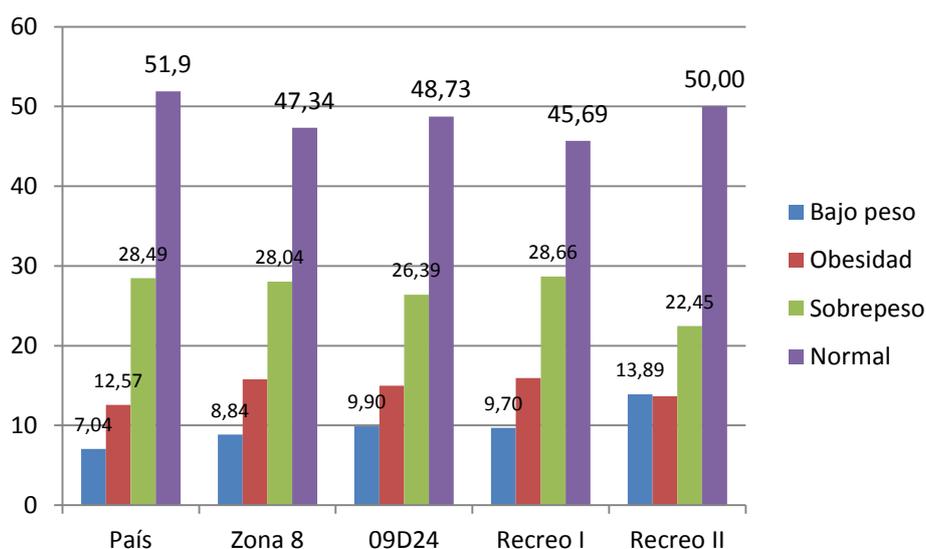
El reporte de diagnóstico nutricional de embarazadas de 10 a 58 años del año 2014 muestra que en el Ecuador de 273,523 embarazadas que se realizaron el control de peso durante su embarazo, el 7,04% (19,252) presentaron bajo peso durante el año, estos valores son superiores en la Zona 8 (8,84%), en el Distrito 09D24 (9,90%) y en las unidades operativas Recreo I (9,70%) y Recreo II (13,89%).

El 12,57% de las embarazadas a nivel nacional presento obesidad, y el 28,49% sobrepeso. Los porcentajes de embarazadas con obesidad en la Zona 8 fue de (15,79%), superiores al nivel nacional y al Distrito 09D24 (14,97%) y a la unidad operativa Recreo II (13,66%). En la unidad operativa Recreo I, el porcentaje de embarazadas con obesidad fue de 15,95%.

El porcentaje de embarazadas con sobrepeso es similar al nacional (28,49%) en la Zona 8 (28,04%) y en la unidad operativa Recreo I (28,66%). En el Distrito 09D24, el porcentaje de embarazadas diagnosticadas con sobrepeso fue de (26,39%) y la unidad operativa Recreo II (22,45%)⁴⁴.

⁴⁴ MSP. Unidad de Nutrición, 2014

Gráfico 67. Diagnostico nutricional en embarazadas de 10 a 56 años, 2014.



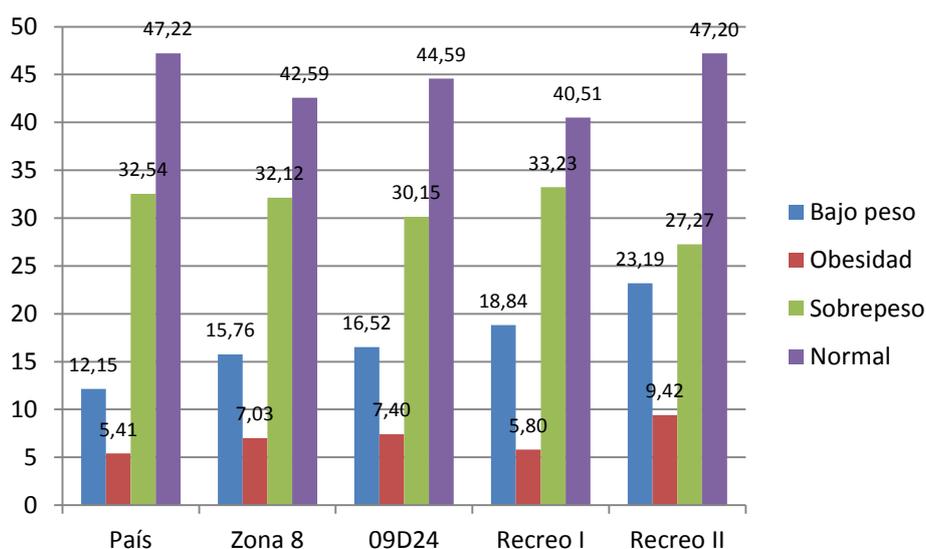
Fuente: MSP. Unidad de Nutrición, 2014

El porcentaje de embarazadas de 10 a 19 años diagnosticadas con bajo peso fue de 12,5% (9,753) a nivel nacional y muy superior en la Zona 8 (15,76%), y el Distrito 09D24 (16,52%). Las unidades operativas Recreo I y Recreo II superan los porcentajes nacional (18,84% y 23,19%) respectivamente.

El 5,41% de las embarazadas en este grupo de edad presento obesidad, y el 18,11% sobrepeso. Los casos de obesidad a nivel de la Zona (7,03%), del Distrito 09D24 (7,40%), y de la unidad operativa Recreo II (9,42%), superan la media nacional. La unidad operativa Recreo I muestra datos muy similares a los nacionales (5,80%).

Es importante destacar que las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años presentan mayor grado de bajo peso que las embarazadas del grupo de 10 a 58 años, este grupo en cambio presenta mayor índice de sobre peso y obesidad.

Gráfico 68. Diagnostico nutricional en embarazadas de 10 a 19 años, 2014.



Fuente: MSP. Unidad de Nutrición, 2014

1.1.5 Enfermedades de notificación obligatoria

De acuerdo con los datos captados en el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica⁴⁵ se observa que la neumonía es la primera causa de morbilidad con un total de 5.571 casos (34,81%), el mayor número de casos diagnosticados fue entre las Semanas 18 y 26, con picos en las semanas 18 y 24 (297 y 295 casos respectivamente). En el primer semestre del año 2015 se han registrado 2.473 casos de neumonía, y ocupa el tercer lugar dentro de las enfermedades semanalmente.

El Dengue sin complicaciones es la segunda causa de morbilidad de la Zona 8 en el mismo año con 3.969 casos (24,80%), el patrón de comportamiento es similar al presentado en el años 2013 con tendencia al alza, el número de casos se incremento en un 46,0% en relación al año 2013.

En el primer semestre del año 2015 el número de casos de dengue se incremento casi en un 50,0% en relación al año 2014, llegando a alcanzar 10.092 casos hasta la Semana 26.

El Dengue con signos de alarma es la sexta causa de morbilidad en el año 2014 con 657 casos (4,1%) y la sextina causa durante el primer semestre del año 2015 con 196 casos, presenta un mismo patrón de comportamiento hasta la Semana 19, manteniendo una tendencia a la baja para el año que transcurre por debajo de la registrada en el 2014. Se observa que el mayor número de casos notificados se encuentran en los Distritos 09D03 y 09D04, esto se relaciona con la ubicación en estos Distritos del Hospital de Infectología y de Hospital del niño son los que reportan, pero de acuerdo a el domicilio del afectado, en su mayoría corresponden a los Distritos 09D01, 09D04 y 09D24.

En el Distrito Duran el total de caso de dengue sin signos de alarma en el distrito muestra una tendencia de incremento similar a la de la zonal en los últimos 3 años. Pasando de 200 casos reportados en el 2013 a 638 casos hasta la semana 40 del 2015.

El mayor número de casos diagnosticados de Dengue sin Signos de alarma en el Distrito 09D24 corresponden al Hospital Materno Infantil "Alfonso Oramas" (43,5%), Centro de Salud Duran (35,3%), y al Centro de Salud cerro Redondo (15,22%), el Centro de Salud se presentaron 5 casos y el Recreo II 1. El alza en el número de casos se presenta a partir de la Semana 10 y 11.

⁴⁵ MSP. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica, 2014.

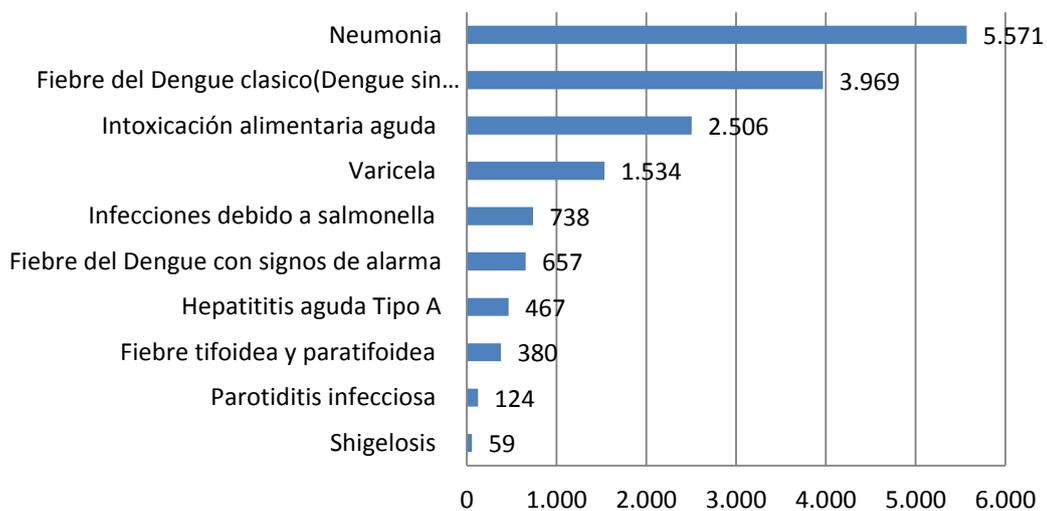
La segunda causa de morbilidad durante el año 2015 es la fiebre chikungunya, con un total de 5.098 casos (25,5%) de los casos.

En el año 2014, las intoxicaciones alimentarias agudas (2.526 casos) y la varicela (1.535), constituyen la tercera y cuarta causa de morbilidad. Estas son seguidas por las infecciones debidas a salmonella, hepatitis aguda tipo A, fiebre tifoidea y paratifoidea, parotiditis infecciosa y shigelosis.

En el primer semestre del año 2015, otras intoxicaciones alimentarias bacterianas (968) y la varicela (803) son la cuarta y quinta causa de morbilidad, seguidas de infecciones debido a la salmonella, hepatitis aguda tipo A, fiebre tifoidea y paratifoidea.

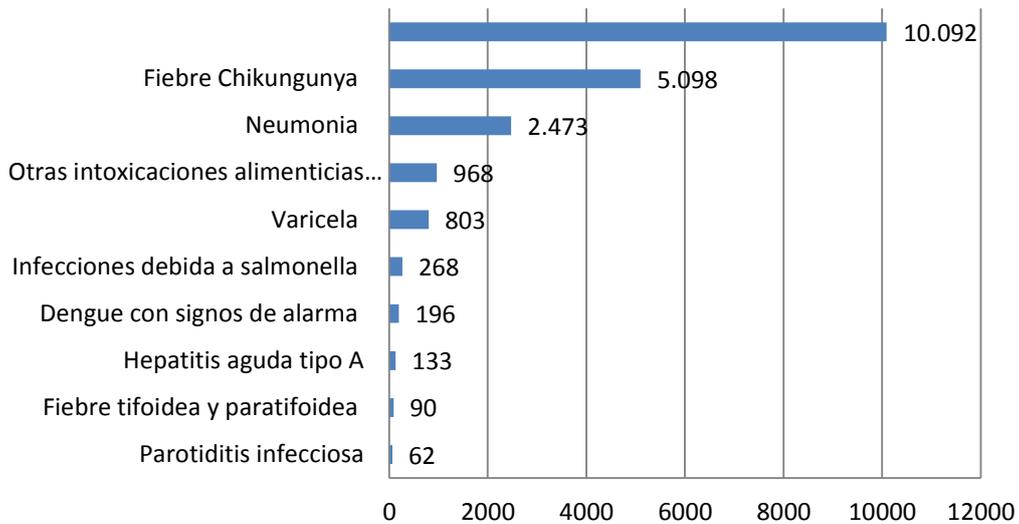
A diferencia del dengue sin signos de alarma y el dengue con signos de alarma el comportamiento del resto de las enfermedades es similar en ambos años.

Gráfico 69. Número de casos de las enfermedades notificadas por Semanas en la Zona 8, 2014.



Fuente: MSP. Datos captados en el subsistema VIEPI

Gráfico 70. Número de casos de las enfermedades notificadas por Semanas, Zona 8, semana 26 del 2015.



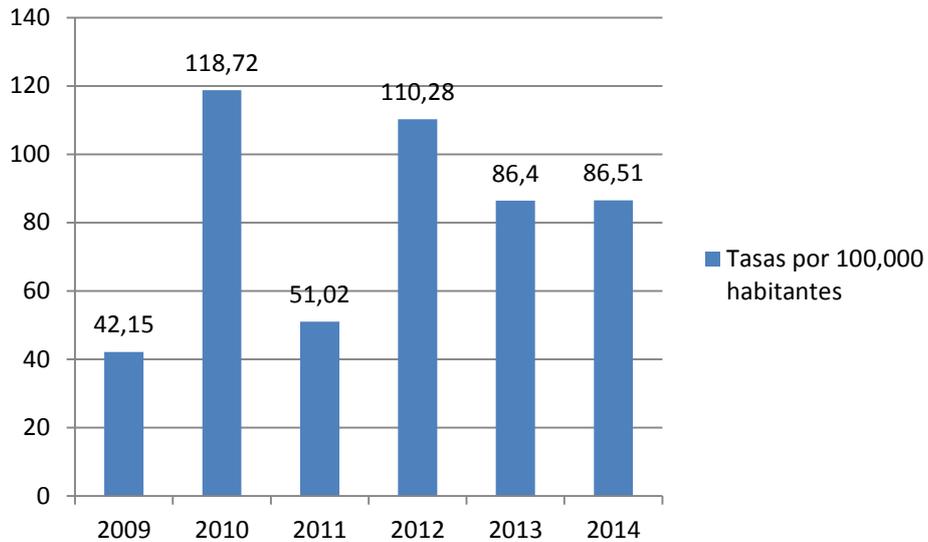
Fuente: MSP. Datos captados en el subsistema VIEPI

De acuerdo al Anuario de Vigilancia Epidemiológica del MSP⁴⁶, a finales del 2014 la tasa de dengue sin signos de alarmas fue de 86,51 por 100,000 habitantes inferior a los años 2010 (118,72) y 2012 (110,28) por 100,000 habitantes respectivamente. En la provincia del Guayas en el año 2014, esta tasa supero la tasa nacional alcanzando 142,8 casos por 100,000 habitantes.

La tasa nacional de dengue con signos de alarma a finales del 2014 fue de 7,15 por 100 habitantes y en la provincia de Guayas supero este nivel llegando a 18,19 por 100, habitantes. En el caso del dengue grave las tasas fueron de 2.687 por 100,000 habitantes en el año 2014 y en Guayas 0,845 por 100,000 habitantes.

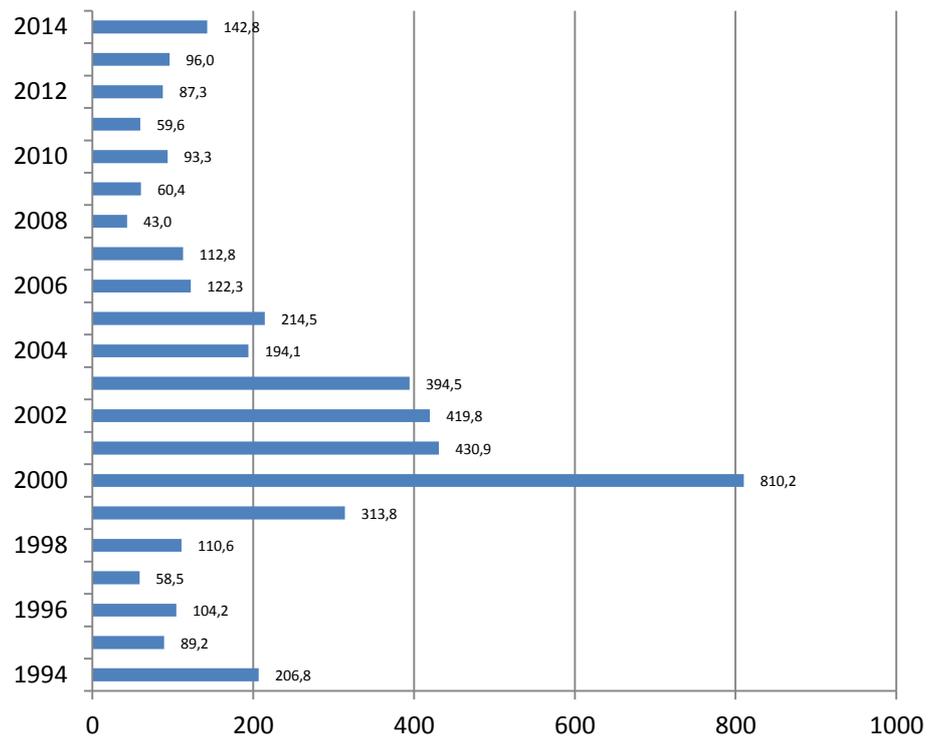
⁴⁶ MSP. Anuario de Vigilancia Epidemiológica, 2014

Gráfico 71. Tasa de dengue por 100,000 habitantes sin signos de alarma, Ecuador 2009-2014.



Fuente: MSP. Anuario de vigilancia epidemiológica, 2009-2014.

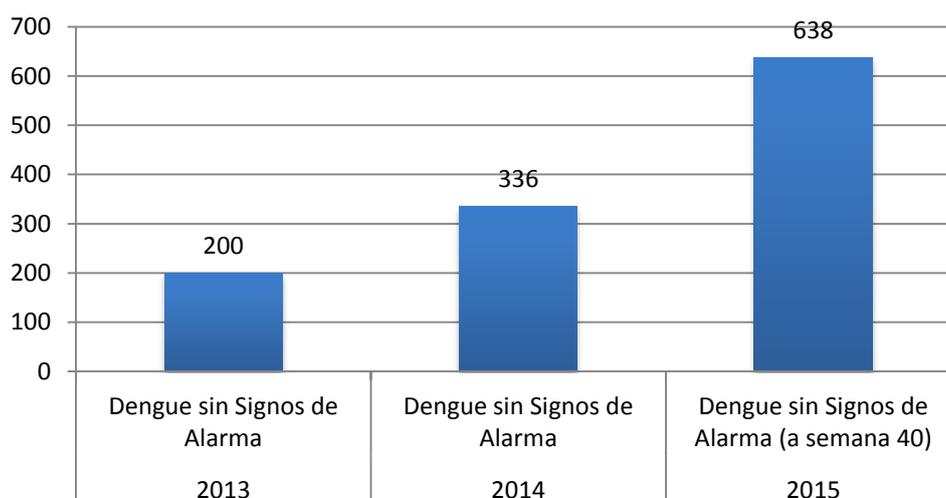
Gráfico 72. Tasa de dengue sin signos de alarma por 100,000 habitantes, Guayas 2009-2014.



Fuente: MSP. Anuario de vigilancia epidemiológica, 2009-2014.

En el Distrito Duran el total de caso de dengue sin signos de alarma en el distrito muestra una tendencia de incremento similar a la de la zonal en los últimos 3 años. Pasando de 200 casos reportados en el 2013 a 638 casos hasta la semana 40 del 2015.

Gráfico 73. Número de casos de dengue sin signos de alarma. 2013-2015, Distrito 09D24.



Fuente: MSP. Datos captados en el subsistema VIEPI

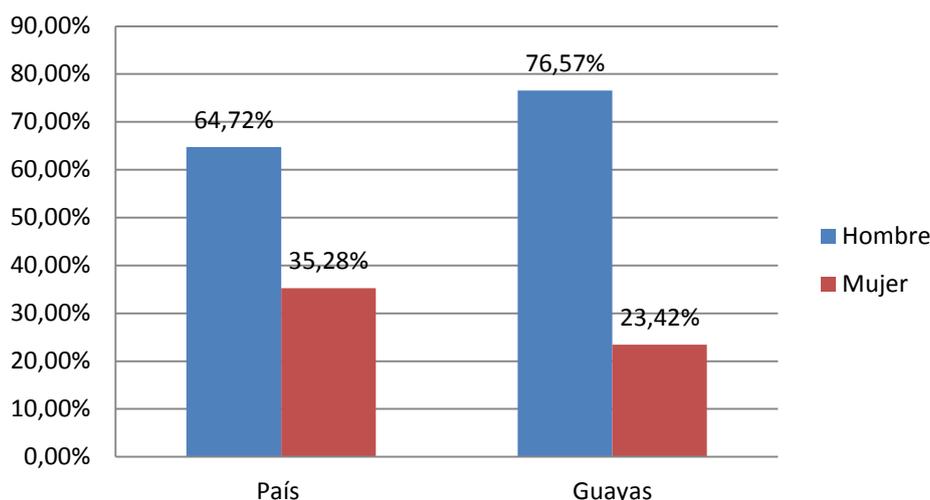
1.1.6 Vih-Sida

El VIH/Sida continua siendo un problema de salud pública a nivel mundial por la magnitud de la epidemia y el alto impacto social y económico de las personas. Es una enfermedad infecto transmisible y de larga evolución, con alta mortalidad y cuyos costos se incrementan si no recibe el tratamiento oportuno y adecuado, conlleva la posibilidad (según evidencia científica) de haberse transmitido por lo menos a 10 personas desde el momento en que uno se infectó, hasta que aparecen los primeros signos - síntomas y se diagnostica como SIDA.

El Ecuador no escapa a esa realidad, y la epidemia de Vih/Sida no solo que continúa siendo un problema epidemiológico de Salud Pública, sino que está convirtiendo en un problema de desarrollo y social. Los casos acumulados de Persona Viviendo con Vih/Sida PVVS entre 1984 y 2014 fueron 41,375, con una prevalencia en población general de 0,4% y en mujeres embarazadas de 0,18%. En el mismo periodo, 9,596 personas fallecieron a causa del sida.

Del total de casos nuevos reportados en el país en lo que va de año (2,673), el 44,40% (1,187) pertenecen a la provincia de Guayas. El porcentaje de nuevas infecciones es superior en hombres que en mujeres, en el Guayas el porcentaje de hombres infectados (nuevas infecciones supera el nivel nacional) 76,57% y 64,72% respectivamente. El 3,03% de las las personas diagnosticadas en el año 2015 son menores de 15 años.

Gráfico 74. Porcentaje de casos nuevos de Vih, Ecuador, 2015.



Fuente. Secretaria Nacional de Vigilancia de la Salud, Dirección nacional de estrategias de Prevención y Control, Estrategia Nacional de Vih/Sida-ITS. MSP, Ecuador, 2015.

Desde el inicio de la epidemia, el país ha realizado mucho por mejorar el diagnóstico, la atención y el tratamiento de las personas con VIH. A pesar de ello, una alta proporción de la población desconoce su condición con respecto al VIH y cuando llegan a conocerlo están en fase tardía de la infección⁴⁷.

De acuerdo a los datos de la Estrategia Nacional de Vih/Sida de la Zona 8, en el año 2014 se realizaron 57,731 tamizajes de Vih y de estos 32,984 fueron embarazadas (57,13%).

En el Distrito 09D24, se realizaron 6,508 tamizajes y cerca del 80,0% corresponden a embarazadas (5,174).

Este mismo año, se confirmaron con WB 502 nuevos casos.

Durante el primer semestre del 2015 en la Zona 8 se realizaron 106,948 tamizajes de vih y 1,570 fueron reactivo (1,47%). En este mismo periodo fueron confirmados por WB 978 nuevos casos.

Del total de los casos tamizados durante el primer semestre del 2015, 77,948 fueron embarazadas (72,87%) y 147(0,18%) fueron reactivas.

1.1.7 Tuberculosis

Más de un tercio de la población del planeta está infectada actualmente con el bacilo de la tuberculosis y tiene riesgo de enfermar durante el resto de su vida. La tuberculosis (TB) está presente en todas las regiones del mundo, y sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales; a pesar de que la mayoría de las muertes por esta enfermedad son evitables, la mortalidad sigue siendo inaceptablemente alta. La Organización Mundial de la Salud en el informe refiere que durante el año 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas y que 1,5 millones, de los cuales 360 000 eran VIH-positivos, fallecieron por esta causa. Los esfuerzos realizados en el control de la TB a nivel mundial se ven reflejados en el descenso lento de la misma de año en año y se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas gracias a diagnósticos y tratamientos eficaces. Los compromisos mundiales se centran aumentar los esfuerzos con el fin de alcanzar las metas mundiales para 2015, fijadas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁴⁷.

⁴⁷ MSP. Estrategia Nacional de Control de Vih-Sida, 2013.

El mismo informe enfatiza cuales son los progresos que se han alcanzado en relación a la vigilancia de la TB farmacorresistente en todo un decenio, y las respuestas mundiales y nacionales que se han dado a este problema en los últimos años. Las cifras de nuevos casos de TB multirresistentes fueron del 3,5% en 2013 y no ha cambiado en los últimos años y resulta muy preocupante que los niveles de resistencia y los malos resultados terapéuticos sean mucho mayores en algunas partes del mundo⁴⁸.

En Ecuador, de acuerdo con los datos del anuario de vigilancia epidemiológica 1995-2013, se refleja una disminución de las tasas de TB que van de 62,41 por 100,000 habitantes en el año 1995 a 60,84 por 100,000 habitantes en el año 2000, entre los años 2000 y 2005, este descenso alcanza tasas de 27,82 por 100,000 habitantes que se mantienen con cierta estabilidad hasta el año 2009 (25,75). A partir del año 2010 existe un aumento del doble en el número de casos llegando a alcanzar una tasa de 50,94 por 100,000 habitantes que ha mantenido un ligero descenso hasta finales del 2013 donde la tasa es de 40,10 por 100, habitantes. MSP, (Anuario de vigilancia epidemiológica, enfermedades respiratorias, 1995-2014).

En la provincia del Guayas, entre los años 1995 y 2000, la tasa de TB aumento de 68,13 por 100,000 habitantes a 70,34 por 100,000 habitantes, manteniendo una tasa superior a la tasa nacional. Entre los años 2000 y 2005 ocurrió un descenso significativo y alcanzo el 43,68 por 100,000 habitantes, muy superiores al nivel nacional. Entre los años 2005 y 2009 han existido variaciones ligeras en el aumento del número de casos, que se manifiesta extremadamente alta en el año 2010 alcanzando tasas de 103,42 por 100, habitantes el doble de la tasa nacional. Entre los años 2010 y 2014 ha existido un descenso importante, a finales del año 2014 la tasa fue de 56,50 por 100,000 habitantes. , (Anuario de vigilancia epidemiológica, enfermedades respiratorias, 1995-2014). La tasa del año 2014 puede ser superior de acuerdo a los datos reportados en la Zona 8, ese año se diagnosticaron total de 2680 (66,6 por 100,000 habitantes) casos nuevos de TB que corresponde al 52% de todos los casos del país. Según la cohorte del 2013, notificó una tasa de éxito de tratamiento del 80% (74,5% curados y 5,5% tratamiento completado), el fracaso al tratamiento se ubicó en el 2,9%, pérdida en el seguimiento (abandono) 7,8%, transferencias sin confirmar 1,2% y fallecidos 3,3%; también notificó el 4,9% de excluidos por diversos motivos.

En el Distrito 09D24, del total de consultas realizadas a mayores de 15 años en el año 2014, (93,769), se identificaron 1,580 sintomáticos respiratorios (1,68%) y el 100,00% que se realizaron la baciloscopia. Se diagnosticaron 208 casos nuevos de TB. De los 208 casos de TB sensible notificados por el distrito 09D24 Durán en 2014, 139 casos fueron TBPBK+, equivalente al 66,8%; esto indica que existe transmisión activa en la comunidad por el alto porcentaje de casos bacilíferos, forma trasmisible de la enfermedad.

Del total de casos positivos (208), 22 fueron diagnosticados con la coinfección TB/VIH, 12 con comorbilidad TB/DM, 9 menores de 15 años y 3 entre el personal de salud: 1 medico, 1 secretaria y 1 auxiliar de limpieza (Figura 6). Adicionalmente se trataron en el Distrito durante el 2014 un total de 11 casos con TB multidroresistente^{49 50}.

⁴⁸ OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis, 2014.

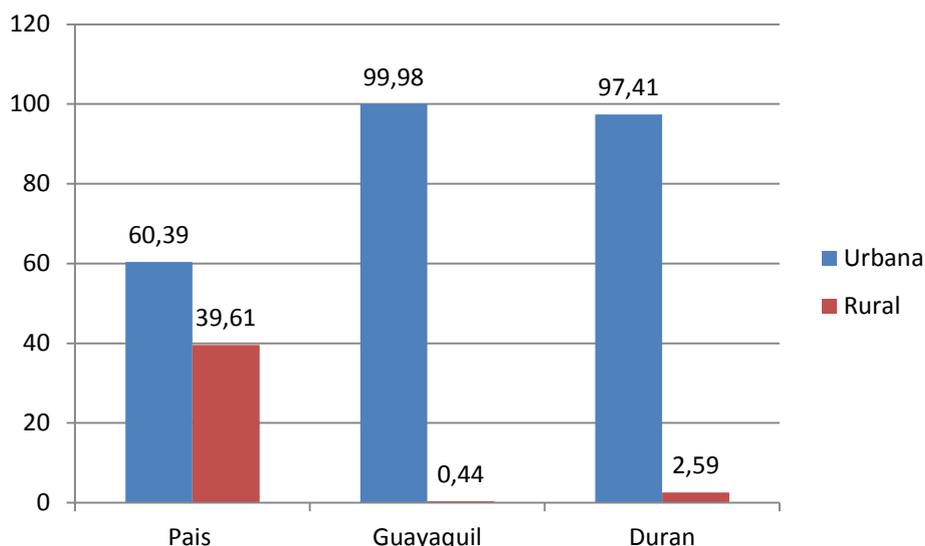
⁴⁹ OPS, Informe, Análisis epidemiológico de la situación de la TB en el Distrito 09D24, Duran, Dr. Francisco X. León B

1.1.8 Discapacidades

El registro nacional de discapacidades, en el Ecuador hasta el primer semestre del 2015 se registra un total 401,539 personas con discapacidad (56,0% Hombres y 44,0% Mujeres) y de estas 94,043 pertenecen a la provincia del Guayas.

Según los datos del Censo Nacional de Estadística y Población del INEC años 2010, en el Ecuador del total de personas con discapacidad el 60,39% pertenecen a la zona urbana y el 39,61 a la rural, en Guayaquil y Duran casi el 100,0% está ubicada en la zona urbana.

Gráfico 75. Porcentaje de personas con discapacidad según zona urbana o rural.

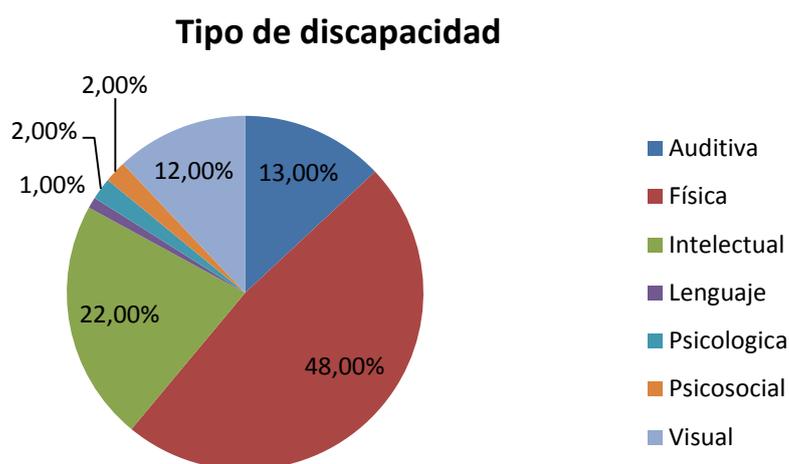


Fuente: Registro Nacional de Discapacidades

Ministerio de Salud Pública, Agosto 2015.

El 48,0% de las personas con discapacidad presentan discapacidad física, el 22,0% intelectual, el 13,0% auditiva y el 12,0% visual.

Gráfico 76. Porcentaje de personas según tipo de discapacidad, Ecuador, 2015



Fuente: Registro Nacional de Discapacidades

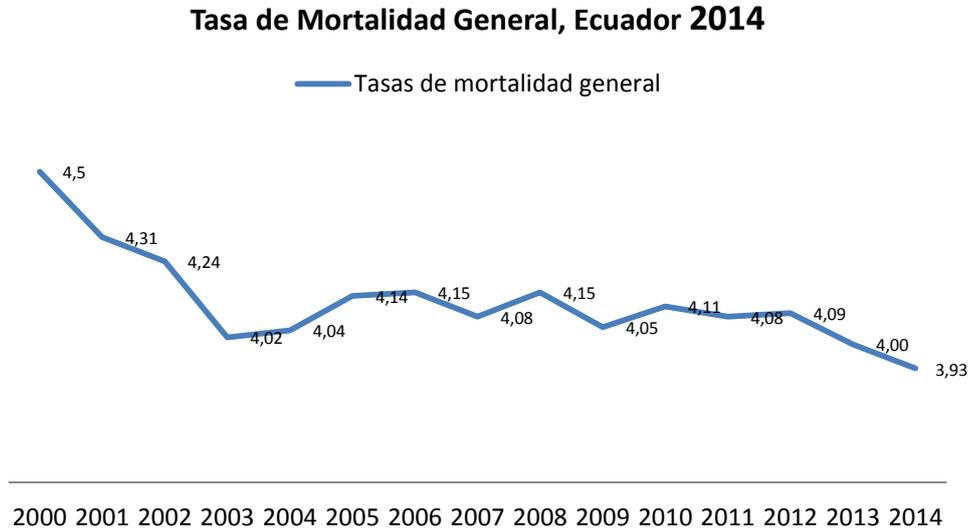
Ministerio de Salud Pública, Agosto 2015.

Del total de personas con discapacidad a nivel nacional, 88.565 están incluidas laboralmente (22,5%), en la provincia del Guayas 21,345 personas están incluidas laboralmente (22,55%) el mismo porcentaje que el nivel nacional.

1.2 Mortalidad

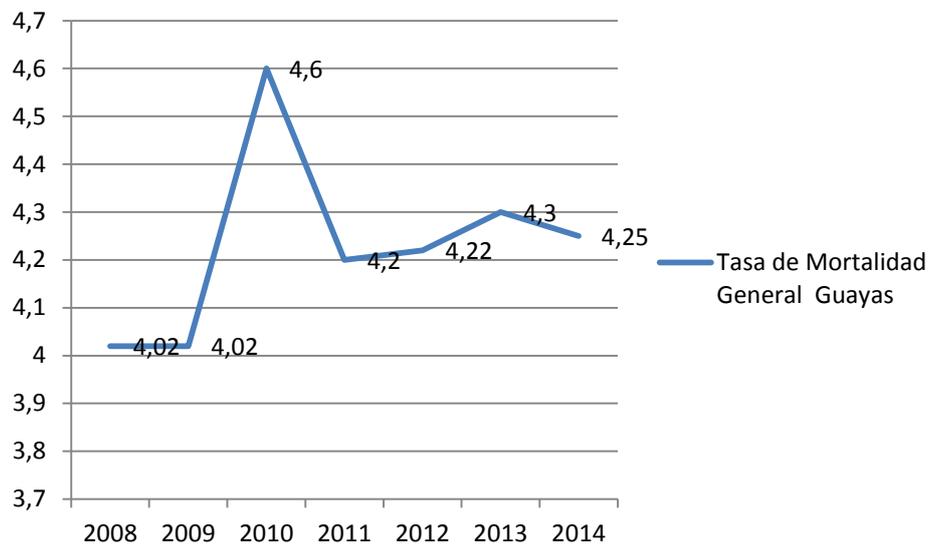
1.2.1 Mortalidad General

Gráfico 77. Tasa de Mortalidad General, Ecuador 2014.



Fuente. Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones, INEC 2014.

Gráfico 78. Tasa de Mortalidad General, Guayas 2014.



Fuente. Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones, INEC 2014.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC año 2014, entre las primeras causas de mortalidad general del Ecuador se encuentra la Diabetes Mellitus con una tasa de 29,76 por 100,000 hab, seguida de las Enfermedades hipertensivas, 26, 56 por 100,000 hab, el cuarto lugar lo ocupan enfermedades cerebrovasculares, 22,61 por 100,000 hab y el quinto las enfermedades izquémicas del corazón, 18, 65 por 100,000 hab.

La cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado y la neoplasia maligna del estomago también están dentro de las 10 principales causas de mortalidad general a nivel nacional.

En el grupo de los hombres, después de los accidentes de transporte terrestre que constituye el 7,0% de todas las muertes, la diabetes mellitus (31,59 por 100,000 hab), las enfermedades hipertensivas (27,33 por 100,000 hab), las enfermedades cerebrovasculares (23,27 por 100,000 hab), y las enfermedades isquémicas del corazón (22,81 por 100,000 hab), constituyen las principales causas de mortalidad en este grupo, de igual manera la cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado y la neoplasia maligna de estomago están dentro de las principales causas de mortalidad masculina a finales del año 2013.

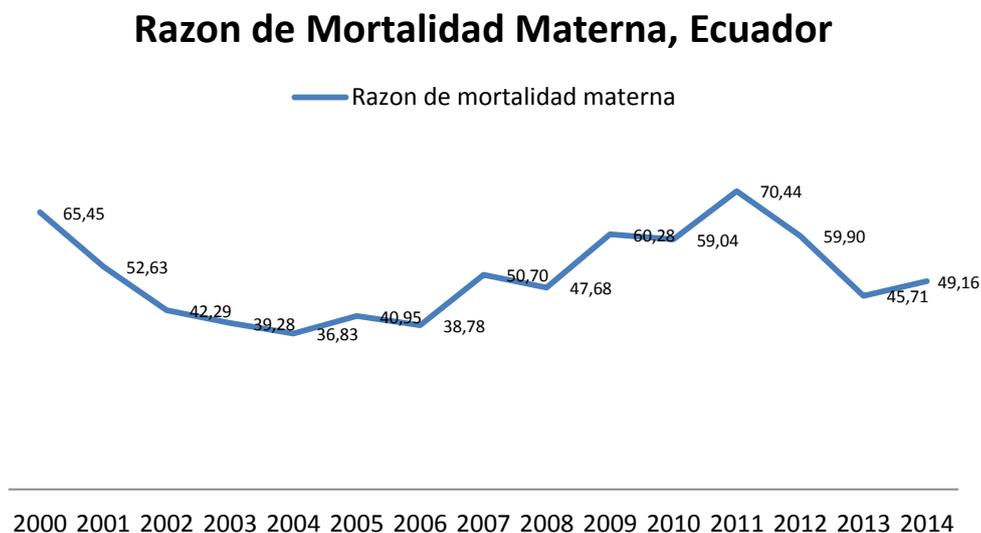
Dentro de las principales causas de mortalidad femenina en el mismo periodo se encuentran la diabetes mellitus (31,89 por 100,000 hab), las enfermedades hipertensivas (25,80 por 100, hab), las enfermedades cerebrovasculares ocupan el cuarto lugar (21,96 por 100,000 hab), y las enfermedades isquémicas del corazón el quinto lugar (14,56 por 100,000 hab). La cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado, y la neoplasia maligna de útero ocupan el octavo y noveno lugar dentro de las principales causas de mortalidad de las mujeres.

La neoplasia maligna de útero, ocupa el decimo lugar con una tasa de 8,82 por 100,000 habitantes, y la neoplasia maligna de mama es la catorce causa de mortalidad en este grupo con una tasa de 6,51 por 100,000 habitantes.

1.2.2 Mortalidad Materna

MM Guayas 46,73, Azuay es la provincia con menor MM en 2014, Zamora Chinchipe la más alta tasa de MM

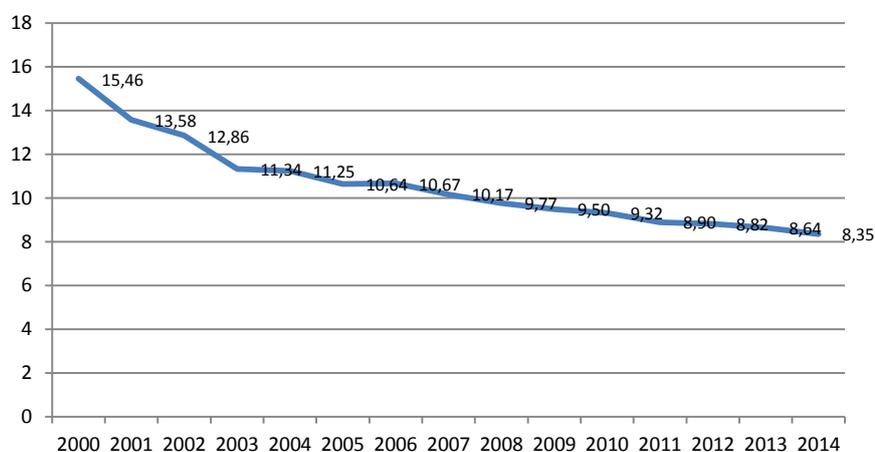
Gráfico 79. Razón de Mortalidad Materna



Fuente. Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones, INEC 2014.

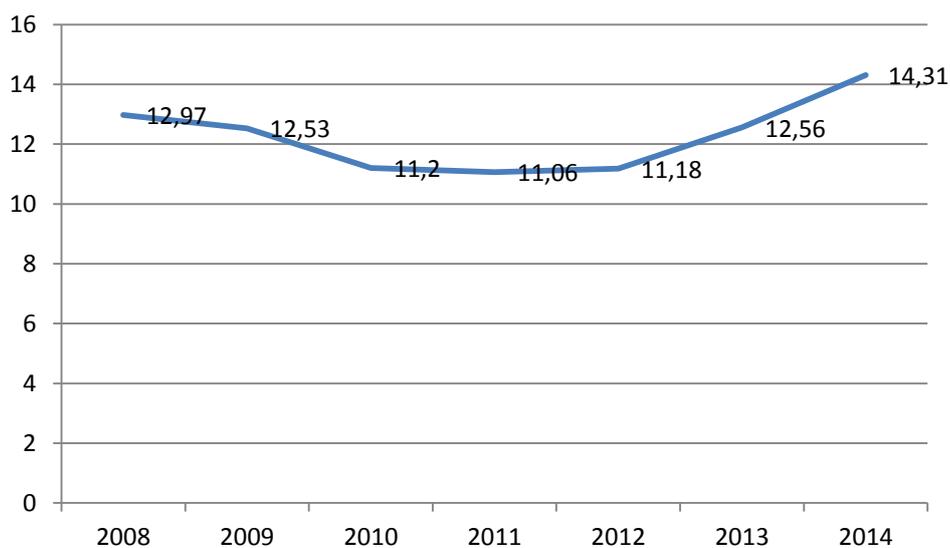
1.2.3 Mortalidad Infantil

Gráfico 80. Tasa de mortalidad infantil, Ecuador , 2000-2014



Fuente. Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones, INEC 2014.

Gráfico 81. Tasa de mortalidad infantil, Guayas, 2008-2014



Fuente. Anuario de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones, INEC 2014.

IX. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

De acuerdo al análisis de las determinantes descritas, podemos concluir que la mayoría de la población en el cantón Durán, se encuentra en el percentil más bajo de pobreza. Esta condición de pobreza los hace más vulnerables a problemas de salud y problemas sociales que han descrito en los resultados. Esta situación no se corresponde con los datos de disminución significativa de la pobreza a nivel nacional de en el periodo 2006-2014. La pobreza está vinculada a las Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, que en el cantón Durán casi duplica el promedio nacional, () y es la tercera más alta de la Zona 8, la población con mayor índice de pobreza en el distrito se concentra en el área rural.

Entre los principales factores que están influyendo en la permanencia de la situación de pobreza, está el bajo nivel educativo de la mayoría de la población dificultada para [poder](#) acceder los recursos económicos con una alta tasa de [desempleo](#) y empleos informales. La pobreza es la principal limitante para el acceso de la población a proveerse de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas que permiten un adecuado nivel y [calidad de vida](#), tales como la [alimentación](#) adecuada, la vivienda, , la asistencia a servicios de salud o el acceso al [agua potable](#) y servicios de alcantarillado que están determinados en la gran mayoría por la falta.

Las altas tasas de enfermedades transmisibles, en la que se destaca el incremento en los casos de dengue sin complicaciones, dengue con signos de alarmas y la chikungunya (, ambas transmitida por el mosquito Aedes Aegypti, están relacionadas con las bajas coberturas de agua de la red pública en relación a los niveles nacionales y provinciales. La falta de agua en red en los domicilios hace que un porcentaje importante de la población del Catón Duran se abastezca del líquido vital a través del carro repartidor y almacenen en tanques o cisternas, ubicadas en la calle al frente de las viviendas. La recolección de agua en tanques y otros recipientes, que en muchos casos están sin tapas o tapados de forma inadecuada. Aunque existen programas de control de dengue y chikungunya en las diferentes cooperativas del Recreo I y Recreo II, estos son poco efectivos a causa de la nula o débil participación de la comunidad, Las dificultades para organizarse, manifiestan los vecinos pueden estar influenciadas por los procesos relacionados con la adquisición de los terrenos donde construyeron sus viviendas que son el resultado de invasiones ilegales, y luego vendidos por traficantes de tierras.

También se evidencia altas prevalencias de rinitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, y amigdalitis aguda no especificada que están relacionadas con las condiciones de higiene de la vivienda, la zona o sector, la disposición final de la basura (quemada en la ciudad, es depositada en lugares de difícil acceso para el carro repartidor) entre otras.

Los habitantes reconocen que las enfermedades antes mencionadas se presentan de forma frecuente entre los diferentes grupos de personas que habitan en las cooperativas y que son causas frecuentes de visita al los centros de salud pero que resulta difícil encontrar soluciones a nivel de las cooperativas por la falta de organización y participación de los mismo en torno a temas relacionados con autocuidado de la salud. Pese a que muchos identifican las causas que provocan estas enfermedades su ámbito de prevención está relacionado a la familia y el hogar.

Todo lo anterior, evidencia que el estado de salud en la población del distrito Durán está determinada por factores demográficos, sociales y económicos. Que si bien afectan a todo el estrato social, tienen mayor impacto en los más pobres, por su mayor vulnerabilidad. Estos determinantes son dependientes a su vez de las reglas del acceso y distribución de la riqueza, que inciden en las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos.

El control de la mayoría de las determinantes requiere de un cambio en las reglas de

acceso y distribución de la riqueza, en las prioridades del gasto público, en el aumentar las oportunidades empleo, prevenir el fracaso y abandono escolar, reducir la pobreza, etc. Cambios que son casi nada dependientes del accionar de los servicios de salud sector sanitario, porque dependen de políticas públicas económicas, educativas, laborales, de empleo, e vivienda, etc,

Sin embargo, es no significa que los servicios no puedan intervenir, ya que existen otras acciones como: el aumentar la cohesión social, participación comunitaria, trabajar con los gobiernos locales para promover políticas locales que faciliten cambios de conductas y mejorar el acceso a los servicios de salud de los más marginados, por ejemplo, eliminar barreras por discriminación por etnia, clase social, orientación sexual o identidad de género.

Los profesionales de la salud nos pueden continuar interviniendo solamente en la “enfermedad”, sino tienen que desarrollar capacidades para influenciar sobre las políticas públicas locales de los gobiernos autónomos descentralizados, para que actúen sobre estos determinantes sociales de la salud. Un paso importante para la generación de estas capacidades es conocer el contexto de los problemas de salud, identificar sus determinantes (leer este informe). Además, es importante que todo el equipo de los servicios de salud, estén conscientes de que su acción no se limita a la consulta y que debe invertir parte de su tiempo de trabajo en los espacios comunitarios. El diagnóstico muestra que hay actores trabajando en el desarrollo comunitario, con los que tiene que tejer alianzas, para ser eficaces una intervención socio-sanitario en las comunidades.

IX. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

De acuerdo al análisis de las determinantes descritas, podemos concluir que la mayoría de la población en el cantón Duran, se encuentra en el percentil más bajo de pobreza . Esta condición de pobreza los hace más vulnerables a problemas de salud y problemas sociales que han descrito en los resultados. Esta situación no se corresponde con los datos disminución significativa de la pobreza a nivel nacional de en el periodo 2006-2014. La pobreza está vinculada a las Necesidades Básicas Insatisfechas NBI , que en el cantón Durán casi duplica el promedio nacional, () y es la tercera más alta de la Zona 8, la población con mayor índice de pobreza en el distrito se concentra en el área rural.

Entre los principales factores que están influyendo en la permanencia de la situación de pobreza, está el bajo nivel educativo de la mayoría de la población dificultada para [poder](#) acceder los recursos económicos con una alta tasa de [desempleo](#) y empleos informales. La pobreza es la principal limitante para el acceso de la población a proveerse de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas que permiten un adecuado nivel y [calidad de vida](#), tales como la [alimentación](#) adecuada, la vivienda, , la asistencia a servicios de salud o el acceso al [agua potable](#) y servicios de alcantarillado que están determinados en la gran mayoría por la falta.

Las altas tasas de enfermedades transmisibles, en la que se destaca el incremento en los casos de dengue sin complicaciones, dengue con signos de alarmas y la chikungunya (, ambas transmitida por el mosquito Aedes Aegypti, están relacionadas con las bajas coberturas de agua de la red pública en relación a los niveles nacionales y provinciales. La falta de agua en red en los domicilios hace que un porcentaje importante de la población del Catón Duran se abastezca del líquido vital a través del carro repartidor y almacenen en tanques o cisternas, ubicadas en la calle al frente de las viviendas. La recolección de agua en tanques y otros recipientes, que en muchos casos están sin tapas o tapados de forma inadecuada. Aunque existen programas de control de dengue y chikungunya en las diferentes cooperativas del Recreo I y Recreo II, estos son poco efectivos a causa de la nula o débil participación de la comunidad, Las dificultades para organizarse, manifiestan

los vecinos pueden estar influenciadas por los procesos relacionados con la adquisición de los terrenos donde construyeron sus viviendas que son el resultado de invasiones ilegales, y luego vendidos por traficantes de tierras.

También se evidencia altas prevalencias rinosfarinitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, y amigdalitis aguda no especificada que están relacionadas con las condiciones de higiene de la vivienda, la zona o sector, la disposición final de la basura (quemar en la ciudad, es depositada en lugares de difícil acceso para el carro repartidor) entre otras.

Los habitantes reconocen que las enfermedades antes mencionadas se presentan de forma frecuente entre los diferentes grupos de personas que habitan en las cooperativas y que son causas frecuentes de visita al los centros de salud pero que resulta difícil encontrar soluciones a nivel de las cooperativas por la falta de organización y participación de los mismo en torno a temas relacionados con autocuidado de la salud. Pese a que muchos identifican las causas que provocan estas enfermedades su ámbito de prevención está relacionado a la familia y el hogar.

Todo lo anterior, evidencia que el estado de salud en la población del distrito Duran está determinada por factores demográficos, sociales y económicos. Que si bien afectan a todo el estrato social, tienen mayor impacto en los más pobres, por su mayor vulnerabilidad. Estos determinantes son dependientes a su vez de las reglas del acceso y distribución de la riqueza, que inciden en las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos.

El control de la mayoría de las determinantes requiere de un cambio en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, en las prioridades del gasto público, en el aumentar las oportunidades empleo, prevenir el fracaso y abandono escolar, reducir la pobreza, etc. Cambios que son casi nada dependientes del accionar de los servicios de salud sector sanitario, porque dependen de políticas públicas económicas, educativas, laborales, de empleo, e vivienda, etc,

Sin embargo, es no significa que los servicios no puedan intervenir, ya que existen otras acciones como: el aumentar la cohesión social, participación comunitaria, trabajar con los gobiernos locales para promover políticas locales que faciliten cambios de conductas y mejorar el acceso a los servicios de salud de los más marginados, por ejemplo, eliminar barreras por discriminación por etnia, clase social, orientación sexual o identidad de género.

Los profesionales de la salud nos pueden continuar interviniendo solamente en la "enfermedad", sino tienen que desarrollar capacidades para influenciar sobre las políticas públicas locales de los gobiernos autónomos descentralizados, para que actúen sobre estos determinantes sociales de la salud. Un paso importante para la generación de estas capacidades es conocer el contexto de los problemas de salud, identificar sus determinantes (leer este informe). Además, es importante que todo el equipo de los servicios de salud, estén conscientes de que su acción no se limita a la consulta y que debe invertir parte de su tiempo de trabajo en los espacios comunitarios. El diagnóstico muestra que hay actores trabajando en el desarrollo comunitario, con los que tiene que tejer alianzas, para ser eficaces una intervención socio-sanitario en las comunidades.

X. BIBLIOGRAFIA

1. SEMPLADES - Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Agenda Zonal: Zona 8 Guayaquil, Samborondón y Duran (2013-2017).
2. MSP – Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS-FCI, Ecuador, 2013.
3. mujeres y hombres del ECUADOR EN CIFRAS III. Serie de información estratégica. Comisión de Transición. Instituto Nacional de Estadística y Censos ONU Mujeres, Ecuador.
4. SEMPLADES - Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Estrategia Nacional para la Igualdad y Erradicación de la Pobreza, (Noviembre 2014), (Larrea y Sánchez, 2003)
5. SEMPLADES - Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Atlas de las Desigualdades Socio-Económicas en el Ecuador, Ecuador, Diciembre 2013
6. INEC- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Encuesta de Condiciones de Informe de Resultados Sexta Ronda, Ecuador 2013-2014.
7. SEMPLADES- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Encuesta de Agua y Saneamiento, Ecuador, 2015.
8. GAD Duran- Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Durán. Diagnóstico. Duran, 2014.
9. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Dr. Roberto del Águila, Consultor OPS/OMS Chile
10. Ministerio de Protección Social. Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y Estilos de Vida Saludable, Bogotá, 2011
11. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. OMS 2010
12. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. OMS 2014
13. MSP – Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT-ECU 2012, Ecuador, 2012.
14. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2015.

15. Salud en las Américas, Determinantes e Inequidades en Salud, Capítulo 2. OPS, 2012.
16. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, OMS, 2010
17. Bonilla Chacín, María Eugenia. Promoción de estilos de vida saludable en América Latina y el Caribe,, Mayo 2012
18. INEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades, Ecuador, 2013.
19. MSP-Ministerio de Salud Pública. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Datos Esenciales de Salud: Una mirada a la Década 2000 – 2010, Ecuador.
20. OPS. Nota descriptiva N0. 348, Mayo de 2014
21. MSP-Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos Maternos, Ecuador, 2008.
22. LMGYAY- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ecuador, 2014
23. MSP-Ministerio de Salud Pública Producción Hospitalaria, Partos, Partos y Nacimientos , 2014.
24. OMS, Cáncer de mama, Prevención y Control
25. OPS. Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integral del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C. 2013)
26. OPS: Perfil de los Sistemas de Salud en el Ecuador. Ecuador, 2008.
27. Balaguer, 1990
28. Hipertensión Arterial en la Medicina Familiar, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Granada 1997.
29. Unicef y OMS, 2012; Black et...al 2008; Martorell et..al, 2010).
30. Bouchard, 2008; Barquera, Campos, Rojas y Rivera 2010.
31. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis, 2014.

32. León B, Francisco X. Informe, Análisis epidemiológico de la situación de la TB en el Distrito 09D24, Duran, 2015

XI. ANEXOS