



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA ESTRATEGIA MÉDICO DEL BARRIO EN PACIENTES VULNERABLES, CENTRO DE SALUD LASSO. JUNIO-DICIEMBRE 2018”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR: MARÍA SILVANA CHUSQUILLO BARRIGAS

DIRECTORA: Dra. MARÍA FERNANDA CAMPAÑA HURTADO

Riobamba - Ecuador

2019

© 2019, María Silvana Chusquillo Barrigas

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, María Silvana Chusquillo Barrigas, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 19 de junio de 2019

María Silvana Chusquillo Barrigas

1002993424

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo Proyecto de Investigación, **ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA ESTRATEGIA MÉDICO DEL BARRIO EN PACIENTES VULNERABLES UNIDAD DE SALUD LASSO JUNIO-DICIEMBRE 2018** , realizado por la señorita: **MARÍA SILVANA CHUSQUILLO BARRIGAS**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dra. Walquiris Concepción Parra PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		<u>19-06-2019</u>
Dra. María Fernanda Campaña Hurtado DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION		<u>19-06-2019</u>
Dra. Mercedes Gabriela Vinuesa Orozco MIEMBRO DE TRIBUNAL		<u>19-06-2019</u>

DEDICATORIA

Al ser supremo, por mi existencia y permitir el desarrollo de mis habilidades como ser humano y poder culminar una de mis metas. A mi familia por el apoyo incondicional que me han brindado y ser la fuente diaria de mi inspiración. A Doctores, Docentes y Amigos que me han brindado su apoyo y que han contribuido enormemente en mi formación. A todos ustedes infinitas gracias por formar parte de mi vida, Dios los bendiga siempre en su diario caminar de la vida.

AGRADECIMIENTO

A mi Dios Todopoderoso, que es Dueño y Señor del Universo y nos permite vivir.

Agradezco a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, quien me abrió sus puertas y fue la casa del conocimiento en este período de formación académica, mi más sincera Gracitud.

Agradezco a mi tutora, Dra. María Fernanda Campaña Hurtado, quien ha sido mi apoyo y mi guía constante en el desarrollo de este proyecto, mis más sinceros agradecimientos.

Gracias Dra. Mercedes Vinuesa, por sus recomendaciones y aportes, que han ayudado a la consolidación del presente proyecto de investigación.

Gracias Dr. Lenin Guillermo, porque aparte de ser un excelente profesional, es un gran amigo, gracias por la confianza brindada, por el apoyo incondicional en los momentos más difíciles que viví en el año del Internado Rotativo, gracias por las enseñanzas brindadas, por ayudarme a formar mi carácter y sobre todo por enseñarme a ver la vida con otra perspectiva, sé que esto me llevará hacia nuevos horizontes.

Agradezco a ti madre entrañable María Olimpia por todos sus sabios consejos y su apoyo incondicional, a ti papito querido Luis Ernesto por todos sus diarios sacrificios para apoyarme constantemente con sustento económico y con apoyo moral, a ustedes dos padres queridos gracias porque han sobrellevado muy bien su diario vivir demostrándome excelentes ejemplos y dándome grandes lecciones de vida, gracias por su lucha ante todas las adversidades, por todo su cariño y amor incondicional, infinitas gracias, a mis Hermanos Fanny, Ruby, Kléver, por su apoyo moral y económico, mis más sincero sentimiento de gratitud, y a ti Rubycita no sabes cuán agradecida estoy por apoyarme en el momento que decidí emprender mi carrera y en el transcurso de la misma, gracias por escucharme, por llorar conmigo, por reír conmigo, por haber cruzado los momentos más tristes de las crudas realidades de la vida, a ti millón gracias. A mis pequeños sobrinos: Estefanía y Ariel por ser fuente de ternura y amor, a todos es por ustedes y para ustedes.

Agradezco a todos mis docentes durante mi formación de pregrado, y a todos quienes formaron parte de mi vida estudiantil, amigos/as, resto de familiares, a cada uno muchas gracias.

Agradezco a mis grandes amigos y compañeros incondicionales Vannesita y Luis Rodrigo con quienes he compartido triunfos y derrotas, penas y alegrías, y han llegado hacer como unos verdaderos hermanos, gracias por todo su apoyo en el proceso de mi formación estudiantil.

Silvana Chusquillo

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO.....	2
OBJETIVOS.....	6
CAPITULO I	
1. MARCO TEÓRICO	7
1.1. Antecedentes de la Investigación	7
1.2. En Ecuador	8
1.3. Definiciones.....	9
1.3.1. Atención Primaria de Salud.....	9
1.3.2. Estrategia Médico del Barrio.....	9
1.3.3. Médico Familiar y Comunitario	10
1.3.4. Pacientes Vulnerables	10
1.3.5. Identificación.....	10
1.3.6. Captación.....	10
1.3.7. Cuidados a largo plazo	11
1.4. Clasificación de Grupos de Pacientes Vulnerables	11
1.4.1. Mujeres Embarazadas con Riesgo.....	12
1.4.2. Niños menores de dos años con desnutrición aguda	15
1.4.3. Personas con Discapacidad Física e Intelectual en Abandono y con Enfermedades Asociadas.....	17
1.4.3.1. Discapacidad.....	17
1.4.3.2. Discapacidad Física.....	18
1.4.3.3. Discapacidad Intelectual.....	18
1.4.3.4. Discapacidad Psicosocial	18

1.4.4.	<i>Personas que adolecen Enfermedades Catastróficas o de Alta Complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Enfermedades Crónicas Transmisibles.</i>	23
1.4.5.	<i>Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos)</i>	30
1.4.6.	<i>Personas con riesgo genético</i>	34
1.4.7.	<i>Personas con intentos autolíticos</i>	36
1.5.	Articulación Intersectorial	37
1.6.	Vinculación con programas estratégicos del Gobierno	37

CAPITULO II

2.	METODOLOGÍA	39
2.1.	Tipo y Diseño De Investigación	39
2.2.	Población en Estudio	39
2.2.1.	<i>Crterios de Inclusión</i>	40
2.2.2.	<i>Crterios de Exclusión</i>	40
2.3.	Tamaño de la Muestra	41
2.4.	Técnica de Recolección y Síntesis de Datos	41
2.5.	Hipótesis	41
2.6.	Identificación de Variables	41
2.7.	Operacionalización de Variables	43
2.8.	Descripción del Instrumento	49
2.9.	Plan de Tabulación y Análisis De Datos	49
2.10.	Aspectos Éticos	49

CAPITULO III

3.	MARCO DE RESULTADOS	51
3.1.	Distribución de pacientes vulnerables por grupo etáreo	51
3.2.	Distribución de pacientes vulnerables por sexo	52
3.3.	Distribución de pacientes vulnerables por criterio de vulnerabilidad	53

3.3.1. <i>Mujeres embarazadas con riesgo</i>	54
3.3.2. <i>Niños menores de dos años con desnutrición aguda</i>	55
3.3.3. <i>Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas</i>	58
3.3.4. <i>Personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Enfermedades Crónicas Transmisibles No Transmisibles y Enfermedades Crónicas Transmisibles Transmisibles</i>	60
3.3.5. <i>Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos)</i>	62
3.3.6. <i>Personas con riesgo genético</i>	63
3.3.7. <i>Personas con intentos autolíticos</i>	64
3.4. Distribución de pacientes vulnerables que han recibido Plan de Tratamiento Integral	64
3.5. Distribución de pacientes vulnerables que han recibido rehabilitación y cuidado	65
3.6. Evaluación de las acciones planificadas por el abordaje de la Estrategia Médico del Barrio en los pacientes vulnerables del Centro de Salud Tipo “C” Lasso.	66
3.7. Discusión	68
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Ciclos de Vida	12
Tabla 2-1: Grados de Discapacidad	211
Tabla 3-1: Prevalencia de Enfermedades Genéticas en Ecuador	35
Tabla 1-2: Variable Dependiente: Atención médica a pacientes vulnerables.....	43
Tabla 2-2: Variable Independiente: Estrategia Médico del Barrio	44
Tabla 3-2: Variables Intervinientes.....	45
Tabla 1-3: Distribución de pacientes vulnerables por edad	51
Tabla 2-3: Distribución de pacientes vulnerables por grupo etáreo.....	52
Tabla 3-3: Grupos vulnerables por criterios	53
Tabla 4-3: Mujeres embarazadas con riesgo.....	544
Tabla 5-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por grupo etáreo.....	55
Tabla 6-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por sexo	56
Tabla 7-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipo de desnutrición aguda.....	57
Tabla 8-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipos de discapacidad.....	58
Tabla 9-3: Distribución de pacientes vulnerables por grado de discapacidad.	59
Tabla 10-3: Distribución pacientes vulnerables con enfermedades Crónicas No Transmisibles	60
Tabla 11-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades Crónicas Transmisibles	61
Tabla 12-3: Distribución de pacientes vulnerables víctima de violencia.....	62
Tabla 13-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades de riesgo genético	63
Tabla 14-3: Distribución de pacientes que han recibido Plan de Tratamiento Integral	65
Tabla 15-3: Distribución de pacientes que han recibido Rehabilitación y Cuidado	66
Tabla 16-3: Acciones planificadas por el abordaje de la Estrategia Médico del Barrio	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-3: Distribución de pacientes vulnerables por grupo etáreo.....	51
Gráfico 2-3: Distribución de pacientes vulnerables por sexo	52
Gráfico 3-3: Distribución de pacientes vulnerables con Riesgo de Embarazo	54
Gráfico 4-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por grupo etáreo..	55
Gráfico 5-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por sexo	56
Gráfico 6-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipo de desnutrición aguda.....	57
Gráfico 7-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipos de discapacidad.....	58
Gráfico 8-3: Distribución de pacientes vulnerables por grado de discapacidad.	59
Gráfico 9-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades Crónicas No Transmisibles	60
Gráfico 10-3: Distribución de pacientes vulnerables enfermedades Crónicas Transmisibles ..	61
Gráfico 11-3: Distribución de pacientes vulnerables víctima de violencia.....	62
Gráfico 12-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades de riesgo genético.	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

RESUMEN

Analizar la situación actual de la Estrategia “Médico del Barrio” en pacientes vulnerables que han sido captados en el Centro de Salud Tipo “C” Lasso ubicado en el Cantón Latacunga en el período Junio a Diciembre del 2018. Se efectuó un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, basado en las atenciones a los pacientes identificados como vulnerables por parte del Médico Familiar durante el período de Junio a Diciembre del 2018 a través de: visitas domiciliarias, consultas externas y mediante la revisión de las respectivas historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 15. Se representaron las variables del estudio de acuerdo a las medidas estadísticas apropiadas. En el análisis situacional de La “Estrategia Médico del Barrio” se identificaron un total de 218 pacientes vulnerables, de ellos el grupo etáreo más prevalente son los Adultos Mayores (38%), el mayor porcentaje son de sexo femenino (56%), los pacientes más vulnerables son las personas con discapacidad física e intelectual en abandono (42%); Las enfermedades Crónicas No Transmisibles (35%); El 93% de los pacientes vulnerables recibieron tratamiento integral, solo el 21% han recibido rehabilitación - cuidado, y en el 26% de visitas domiciliarias si se cumple con la estrategia. Las acciones planificadas por la Estrategia Médico del Barrio en los pacientes vulnerables no han cumplido con la meta esperada ya que se evidencia que solo en un 26% de visitas domiciliarias han cumplido con la estrategia, solo el 21% de los pacientes recibieron rehabilitación y cuidado, pero el 93% recibió un seguimiento adecuado por parte del médico familiar. Se corroboró que los adultos mayores, el sexo femenino y las personas con discapacidades fue el grupo de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS>, <MEDICINA>, <ESTRATEGIA MÉDICO DEL BARRIO>, <PACIENTE VULNERABLE>, <MEDICO FAMILIAR>, <ATENCIÓN PRIMARIA>, <LATACUNGA (CANTÓN)>.



Escuela Superior Politécnica de Chiriquí
Universidad Tecnológica del Ecuador
Rafael Torres
14/05/2019

SUMMARY

Analyze the current situation of the " Neighborhood Doctor " Strategy in vulnerable patients who have been recruited in the "C" Lasso Health Center located in Canton Latacunga in the period June to December 2018. A descriptive study was carried out, transversal, retrospective, based on the care of patients identified as vulnerable by the family doctor during the period from June to December of 2018 through: home visits, outpatient consultations and through the review of the respective medical records. SPSS version 15 statistical software was used to analyze the data. The variables of the study were represented according to the appropriate statistical measures. In the situational analysis of the "Barrio Medico Strategy", a total of 218 vulnerable patients were identified, among them the most prevalent age group are the Elderly (38%), the highest percentage are female (56%), most vulnerable patients are people with physical and intellectual disability in abandonment (42%); Chronic Non-communicable diseases (35%); 93% of vulnerable patients received comprehensive treatment, only 21% received rehabilitation - care, and 26% of home visits if the strategy is complied with. The actions planned by the Neighborhood Medical Strategy in vulnerable patients have not fulfilled the expected goal since it is not evident that only in 26% of home visits have complied with the strategy, only 21% of the patients received rehabilitation and care, but 93% received adequate follow-up from the family doctor. It was corroborated that the elderly, females and persons with disabilities was the most vulnerable group.

Keywords: <TECHNOLOGY AND SCIENCE>, <MEDICINE>, <MEDIUM DISTRICT OF THE DISTRICT>, <VULNERABLE PATIENT>, <FAMILY DOCTOR>, <PRIMARY ATTENTION>, <LATACUNGA (CANTON)>.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo relata sobre el Análisis Situacional de la Estrategia Médico del Barrio en Pacientes Vulnerables de la Unidad de Salud Tipo C Lasso en el Periodo Junio-Diciembre 2018. La estrategia está basada en la atención primaria de la salud, mediante la cual se espera el buen funcionamiento del sistema de salud llegando a grupos vulnerables y prioritarios de la población, que permita lograr el cuidado más eficiente y equitativo de acuerdo a las necesidades de todas las personas de una determinada población, buscando siempre reducir las desigualdades sociales y económicas (Segalini et al. 2017, P. 1)

El Ministerio de Salud Pública, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, impulsa la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural mediante la implementación de la Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio y su Equipo Integral de Atención en Salud. Se reconoce así la necesidad actual de reorganizar la prestación de servicios desde el primer nivel, hacia el segundo y tercer nivel de atención en salud, brindando al paciente la atención primaria en salud renovada (Ministerio de Salud Pública, 2018).

La finalidad de este estudio es establecer un contexto estadístico en nuestro medio acerca de la Estrategia Médico del Barrio en Pacientes Vulnerables de la Unidad de Salud Lasso. La investigación a realizarse es de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, basado en las atenciones a los pacientes identificados como vulnerables por parte del Médico Familiar o el Equipo médico del Barrio a través de: visitas domiciliarias, consultas externas y mediante la revisión de las respectivas historias clínicas. Los pacientes identificados pertenecen a las Parroquias de Tanicuchí, Pastocalle y Guaitacama, territorio con atención médica perteneciente al Centro de Salud Tipo “C” Lasso, Cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi de la República del Ecuador, durante el período de Junio a Diciembre del 2018.

El trabajo plantea el objetivo general y los objetivos específicos, se realiza una revisión de la bibliografía internacional y ecuatoriana en cuanto a los antecedentes investigativos, se recopila información acerca de los modelos de Atención Primaria adaptados de otros países en donde ha existido una respuesta positiva a la Estrategia.

A continuación se explica la metodología, la operacionalización de variables, luego se continuará con los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones. Los gráficos y tablas están con el respectivo título y fuente. Finalmente se añade la bibliografía con normas ISO y los anexos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

En la Constitución de la República del Ecuador 2008 mediante el Artículo 35, se contempla los instrumentos legales con respecto de la atención en salud de grupos prioritarios y vulnerables:

Art. 35. Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, p.30)

Es evidente que el acceso a los servicios de salud en Ecuador no ha sido equitativo en grupos de pacientes considerados prioritarios y vulnerables, por lo que es imprescindible el actuar inmediato del personal de salud para acercar el servicio a la comunidad, lograr la reorganización de los recursos disponibles en los distintos niveles de atención de los servicios de salud, así como también es muy importante asegurar la participación comunitaria efectiva en las acciones cotidianas de los servicios de salud y permitir un manejo dinámico de la información de salud que viabilice la adecuada toma de decisiones a los distintos niveles del MSP (Ministerio de Salud Pública, 2018).

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades sanitarias de la población; una de las acciones planteadas para este fin es fortalecer el primer nivel de atención por ser la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 53).

A raíz de este planteamiento nace la estrategia de abordaje “Médico del Barrio y su Equipo Integral de Salud”, la cual permitirá asegurar la equidad en el acceso a los servicios de salud con énfasis en grupos prioritarios/vulnerables, además promulgará la participación activa de la población en la generación de soluciones a los problemas de salud según la realidad local, mediante el involucramiento de los profesionales de los establecimientos de primer nivel en la comunidad (Ministerio de Salud Pública, 2018).

En el Centro de Salud Tipo “C” Lasso del cantón Latacunga se observó la necesidad de acercarse a los pacientes más vulnerables a los servicios del primer nivel de la salud que tiene el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el fin de fortalecer al Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema de salud, motivo por el cual se da inicio a la implementación de la Estrategia de abordaje “Médico del Barrio y su equipo integral en salud” como una herramienta efectiva para garantizar el acceso equitativo de los individuos, familia y comunidad y fomentar su plena participación en la identificación de los determinantes de salud de cada barrio para generar respuestas a los problemas particulares de la comunidad. Además la estrategia parte de la concepción del fenómeno salud-enfermedad como un sistema complejo que depende de múltiples condiciones o determinantes que deben ser abordadas desde una labor interinstitucional, por ello con el fin de planificar, ejecutar y controlar las acciones para el mejoramiento de la salud de la población, realiza la captación e identificación de personas en condición de vulnerabilidad, pacientes con necesidad de atención integral, actores sociales (líderes religiosos, dirigentes barriales, dirigentes deportivos, etc.) e instituciones públicas y privadas (establecimientos educativos, centros de privación de libertad, Centro de Desarrollo Infantil (CDI), Creciendo con Nuestros Hijos (CNHs), Unidad de Policía Comunitaria (UPC), industrias, etc.), de esta manera se busca lograr un objetivo común a partir de las competencias y responsabilidades específicas de todos los actores involucrados a través de la definición de políticas públicas (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Los pacientes vulnerables son pacientes que por su condición física o por lo complicado de sus enfermedades, en ocasiones se tornan complejas por el entorno socioeconómico, se vuelven "pacientes frágiles" que merecen una atención especial por parte del médico familiar y del equipo de salud de atención primaria (Riquelme-Heras et al. 2016)

Por lo tanto establecer mediante la atención primaria cuáles son los pacientes vulnerables tiene como objetivo principal un abordaje terapéutico y cuidados especiales, ya que el término de

vulnerable no necesariamente implica riesgo inminente de muerte, pero da una clara idea al médico de Atención Primaria que debe poner un esfuerzo terapéutico mayor; citados en (Riquelme Heras, y otros, 2016). (Roscales et al. 2014) (Bekelman et al. 2015)

Justificación

Es necesario la Implementación a nivel nacional de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y lograr establecerla como metodología de acción oficial del Ministerio de Salud Pública para impulsar la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Es muy importante lograr llevar la atención médica a la comunidad, y que ésta no se limite sólo a llevarse a cabo exclusivamente en un consultorio, por este motivo se impulsa el desarrollo de las actividades extramurales o comunitarias “puerta a puerta”, es precisamente bajo esta premisa que nace la estrategia de abordaje “Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral En Salud”, dando la oportunidad a que los profesionales de la salud se involucren de manera más activa con su población, identificando, analizando e interviniendo en los determinantes de salud de cada barrio; con lo cual se fomenta la plena participación de sus pobladores y actores locales para generar respuestas a los problemas de salud particulares de su entorno (Ministerio de Salud Pública, 2018).

El ánimo de presentar este estudio es analizar la situación actual del desempeño de la Estrategia “Médico del Barrio” en pacientes vulnerables, llevado a cabo por los Especialista del Primer Nivel de Atención y su Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS), donde es imprescindible su accionar ya que son los profesionales responsables de llevar a cabo los manejos, cuidados y tratamientos (Ministerio de Salud Pública, 2012).

El presente estudio tiene como finalidad establecer un contexto estadístico del Centro de Salud Lasso acerca de los pacientes vulnerables mediante el análisis de datos cuantitativos y cualitativos registrados en las atenciones en visitas domiciliarias, ya que dichos resultados constituye una herramienta clave para continuar mejorando la calidad de la atención y le sirva de guía al Médico Familiar para autoevaluar su desempeño.

En el proceso de implementación de las acciones fundamentales de la Atención Primaria de Salud (APS) con la Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio “en el cuidado de pacientes vulnerables, la evaluación constituye un instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y para posibilitar una toma de decisiones basada en la evidencia (Starfield, 2001) (Ministerio de Salud Pública, 2017) (Segalini, y otros, 2017).

Se pretende también determinar si durante el primer semestre de instaurada la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud ha funcionado positivamente en el Centro de Salud Tipo “C” Lasso, para conocer si en realidad el Médico Especialista del Primer Nivel de Atención tiene la oportunidad desde el primer nivel de diagnosticar, identificar la enfermedad física, compenetrar en el sentimiento del paciente y su familia, con el fin de realizar un plan integral y de mejorar la terapia del paciente vulnerable (Riquelme Heras, y otros, 2016) (Doherty, y otros, 1983).

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la situación actual de la Estrategia “Médico del Barrio” en pacientes vulnerables que han sido captados en el Centro de Salud Tipo “C” Lasso ubicado en el Cantón Latacunga en el período Junio a Diciembre del 2018.

Objetivos Específicos

- Caracterizar el número de pacientes vulnerables en dependencia de las variables: grupos vulnerables, edad, sexo, plan de tratamiento integral, rehabilitación y cuidado.
- Describir las acciones planificadas para el abordaje de la Estrategia Médico del Barrio en los pacientes vulnerables del Centro de Salud Tipo “C” Lasso.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

La estrategia de atención primaria de la salud, cumple un papel central para el buen funcionamiento del sistema de salud, al favorecer un cuidado más eficiente y equitativo en relación con las necesidades de la población, y al reducir las desigualdades sociales y económicas (Segalini, y otros, 2017).

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (Organización Mundial de la Salud). Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (Organización Mundial de la Salud).

La APS es un sistema de atención de salud cuya orientación depende de cada país, adecuándose a sus problemáticas de determinación social asociados al proceso salud/enfermedad. Por otro lado, no existe una definición universal de la atención primaria en salud. Lo que sí, su influencia en las políticas en salud deben dirigirse a las colectividades y al individuo en un marco de significado sustentado en la problemática emergente de cada país, en busca de “garantizar la salud” (Atención primaria en salud: concepto o utopía, 2013).

El Ministerio de Salud Pública, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, impulsa la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural mediante la implementación de la Estrategia de Abordaje “Médico del Barrio y su Equipo Integral de Atención en Salud (Ministerio de Salud Pública, 2017). Se reconoce así la necesidad actual de reorganizar la prestación de servicios desde el primer nivel, hacia el segundo y tercer nivel de atención en salud, brindando al paciente la atención primaria en salud renovada (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.2. En Ecuador

En Ecuador las políticas públicas tienen su fundamento y desarrollo bajo las premisas del Sumak Kawsay (Buen Vivir) y en el marco de los Derechos Humanos que se manifestaron en la Constitución 2008 (Ministerio de Salud Pública, 2017).

El Ministerio de Salud Pública, mediante la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI) basado en la Atención Primaria en Salud, contribuye a los principios de este Sumak Kawsay al facilitar el acceso a salud, fomentar la participación ciudadana, la atención individual, familiar y comunitaria, promover la salud y prevenir enfermedades a través de un trabajo conjunto de instituciones públicas y privadas.

El Plan Nacional de Desarrollo 2017–2021 Toda una Vida, menciona que el Estado debe encontrarse en las condiciones necesarias para asumir sus tres obligaciones básicas: respetar, proteger y realizar, para establecer un sistema socialmente justo y asegurar una vida digna, de manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, tales como la posibilidad de dormir bajo techo y alimentarse todos los días, acceder al sistema educativo, de salud, seguridad, empleo, entre otras cuestiones consideradas imprescindibles para que un ser humano pueda subsistir y desarrollarse física y psicológicamente, en autonomía, igualdad y libertad (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Ecuador necesita urgentemente una herramienta que busca fortalecer las capacidades de cada miembro de los equipos de salud, a través de un reenfoque del trabajo intra y extra mural de esta manera se contribuye a la reducción de la inequidad existente en la atención de salud de nuestros habitantes (Ministerio de Salud Pública, 2017).

A través de la implementación de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio se busca garantizar la atención de salud a aquellas personas que hasta hace poco tiempo carecían de facilidad de acceso a los servicios. Tomando en cuenta que la salud no solamente es el resultado de las acciones del Ministerio de Salud, sino también es fruto del trabajo multisectorial, del empeño que cada individuo, familia, vecindad, barrio o comunidad pone de manera individual o colectiva para alcanzar el máximo nivel de salud posible (Ministerio de Salud Pública, 2017). De la misma manera busca asegurar que el primer contacto de los individuos con el Sistema Nacional de Salud,

sea efectivamente en el primer nivel de atención, generando con ello eficiencia y sostenibilidad del sistema (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Básicamente la iniciativa busca la captación puerta a puerta de grupos prioritarios como son: mujeres embarazadas, niños menores de cinco años, adultos mayores, personas con discapacidad, y personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Y dentro de esos grupos se identificará a personas vulnerables las cuales son: mujeres embarazadas con riesgo, niños menores de 2 años con desnutrición aguda, personas con discapacidad que requieren cuidados especiales, personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos, personas con riesgos genéticos y personas con intentos suicidas (Diario La Hora, 2018).

Una vez que el médico del barrio realiza la captación e identificación de la persona que corresponda a alguno de los grupos vulnerables, recibe la visita de un médico familiar que levanta una ficha del individuo y su familia, y hace un plan de seguimiento (Diario La Hora, 2018). Lo antes mencionado es necesario para poder garantizar la continuidad del acceso a la salud de los pacientes vulnerables, poder actuar en la problemática y necesidades de salud en el presente y en el futuro de la vida de estos pacientes. (Ministerio de Salud Pública, 2018).

1.3. Definiciones

1.3.1. Atención Primaria de Salud

Asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (Organización Mundial de la Salud).

1.3.2. Estrategia Médico del Barrio

Acciones planificadas para el abordaje en la atención de salud, enmarcado en el “Plan Toda una Vida” y tiene como objetivo consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y garantizar el acceso equitativo de los servicios de salud a la población, con énfasis en los grupos

prioritarios y vulnerables, además, busca fortalecer la atención primaria con un enfoque en la promoción de salud y prevención de enfermedades (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.3.3. Médico Familiar y Comunitario

Especialista de la salud que centra la atención en el ser humano con un enfoque integral de su salud individual, familiar, comunitaria y medio ambiental, en el marco del concepto de salud desde el punto de vista biológico, psicológico y social con enfoque en la medicina preventiva, promoviendo hábitos saludables de vida, identificando y modificando factores de riesgo para la salud individual, familiar y comunitaria (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.3.4. Pacientes Vulnerables

Son personas que aparte de pertenecer a un grupo prioritario presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general. Las personas que pertenecen a estos grupos tienen la más alta prioridad para la atención. Ej. Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.3.5. Identificación

Es el proceso de registro y georreferenciación de los pacientes prioritarios y vulnerables en un barrio, comunidad o ribera (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.3.6. Captación

Es el proceso de atención de los pacientes prioritarios y vulnerables por parte del especialista de primer nivel de atención (Médico Familiar y Comunitario MFC o Médico General Integral MGI). Se considera paciente captado a aquel que ha recibido al menos una atención por parte del MFC o MGI (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.3.7. Cuidados a largo plazo

Brindar servicios que ayudan a que las personas con enfermedades crónicas superen las limitaciones que les impiden ser independientes. Ayudar a que las personas mantengan su nivel de funcionalidad en lugar de solo mejorar o corregir las condiciones médicas. Si las personas padecen enfermedades o discapacidades, a menudo necesitan ayuda con las actividades cotidianas (ADL, por sus siglas en inglés). Estas actividades incluyen baño, continencia, vestimenta, alimentación, aseo y traslado. Las personas con discapacidades cognitivas por lo general necesitan supervisión, protección o recordatorios verbales para realizar las actividades diarias (Departamento de Servicios Financieros de la Florida, 2012).

1.4. Clasificación de Grupos de Pacientes Vulnerables

Los pacientes vulnerables son pacientes que por su condición física o enfermedad concomitante el diagnóstico y tratamiento se torna complejo ya que en él no intervienen solamente determinantes conductuales si no a la vez del tipo social y medio ambiental por lo tanto, se vuelven "pacientes frágiles" que merecen una atención prioritaria por el especialista del primer nivel de atención y su equipo de atención integral en salud. (Riquelme Heras, y otros, 2016).

Para efectos de la estrategia los grupos vulnerables son los siguientes (Ministerio de Salud Pública, 2017) :

- 1) Mujeres embarazadas con riesgo.
- 2) Niños menores de dos años con desnutrición aguda.
- 3) Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas.
- 4) Personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos.
- 5) Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos).
- 6) Personas con riesgo genético.
- 7) Personas con intentos autolíticos.

En los pacientes vulnerables la atención médica y personal es prioritaria, en este sentido los médicos que les brindan acompañamiento en su patología son especialistas del primer nivel de

atención, mientras que el cuidado personal diario lo llevan a cabo los miembros de la familia o el cuidador, mismos que pueden brindarles el apoyo en actividades diarias como el baño, la vestimenta, alimentación, aseo y traslado. En estos pacientes es imprescindible el apoyo familiar y/o el buen desempeño del cuidador ya que son personas que por lo general necesitan todas, una o algunas de éstas actividades de colaboración: supervisión, protección, recordatorios verbales y/o mímicos, ayuda física y/o emocional para que puedan realizar actividades diarias y llevar adelante su tratamiento, con la finalidad de que cada día mejore su estilo de vida (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Ciclos de vida: Es el proceso vital de un organismo desde su nacimiento hasta su muerte (2017). Es importante mencionar esta definición ya que las atenciones de salud se hacen en función de la clasificación de pacientes prioritarios, vulnerables, y del ciclo de vida que cursa cada persona. Así se brinda atención médica oportuna a cada paciente y a su familia considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etáreo y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Tabla 1-1: Ciclos de Vida

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as	20 a 64 años Adulto joven: 20 a 39 años Adulto 40 a 64			
Adulto/a mayor	Más de 65 años			

Elaborado por: Equipo SGS (Ministerio de Salud Pública 2012)

1.4.1. Mujeres Embarazadas con Riesgo

Un embarazo de alto riesgo es un embarazo que amenaza la salud o la vida de la madre o el feto.

Para la mayoría de las mujeres, recibir cuidados prenatales regulares tempranos ayuda a tener un embarazo saludable y un parto sin complicaciones. Pero algunas mujeres corren más riesgo de tener complicaciones incluso antes de quedar embarazadas por diversos motivos (National Institutes of Health).

1.4.1.1. Clasificación de Riesgos

Riesgo Bajo

Es importante asegurar el cumplimiento del control prenatal y consejería, en caso de no acudir a la cita programada realizar visita domiciliaria programada con la finalidad de evitar complicaciones. (Inga y Chango 2018)

Riesgo Alto

Las embarazadas clasificadas de alto riesgo es importante referir al Establecimiento del segundo nivel para valoración y tratamiento por especialista de acuerdo a la patología determinada por el profesional del Establecimiento de Salud. (Inga y Chango 2018)

Riesgo muy Alto

Las embarazada catalogadas como riesgo muy alto se debe referir al segundo o tercer nivel para manejo especializado de la patología de la embarazada, es importante tener presente que es de referencia inmediata y prioritaria (Inga y Chango 2018).

1.4.1.2. Embarazo de Riesgo

Es aquel que se tiene la certeza de que existe probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, aumentando los peligros para la salud de la madre y el niño, más aún si se acompaña condiciones socioeconómicas precarias. Los factores de riesgo predisponentes a un **embarazo de alto riesgo** incluyen: Problemas de salud existentes, como tener presión arterial alta, diabetes o ser VIH positivo (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), 2010). Sobrepeso y obesidad. Según el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos, más de la mitad de las mujeres embarazadas en los Estados Unidos tiene sobrepeso u obesidad (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), 2013). La obesidad aumenta el riesgo de presión arterial alta, preeclampsia, diabetes gestacional, nacimiento de niños muertos,

defectos del tubo neural y parto por cesárea. Investigadores del NICHD determinaron que la obesidad puede aumentar el riesgo de problemas cardíacos en el bebé al momento de nacer en un 15% (National Institutes of Health (NIH), 2010). Nacimientos múltiples. El riesgo de complicaciones es mayor en las mujeres que tienen en su vientre más de un feto (mellizos, trillizos o más). Las complicaciones comunes incluyen preeclampsia, trabajo de parto prematuro y nacimiento prematuro. Más de la mitad de los mellizos y casi el 93% de los trillizos nacen con menos de 37 semanas de gestación (Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM)). Madres jóvenes o añosas. El embarazo en las adolescentes y las mujeres de 35 años o más aumenta el riesgo de preeclampsia e hipertensión gestacional (Academia Americana de Pediatría (AAP por sus siglas en inglés), 2011).

Las mujeres con embarazos de alto riesgo deben recibir cuidados de un equipo de especialistas para garantizar que sus embarazos sean saludables y puedan llegar a término (National Institutes of Health (NIH), 2010).

Son pacientes embarazadas de **alto riesgo** aquellas que presentan anemia grave ($Hb < 25$), cardiopatía 2 (paciente obligada a una limitación ligera de su actividad), cirugía uterina previa, embarazo gemelar, embarazo postérmino (> 42 semanas), endocrinopatía, antecedentes de sangrado del 2do y 3er trimestre, polihidramnios y oligoamnios, historia obstétrica desfavorable, enfermedades infecciosas de tipo TORCHs, preeclampsia leve (TA Diastólica mayor o igual a 90 mmHg, o TA Sistólica mayor o igual a 140 mmHg), sospecha de malformación fetal, presentación anómala constatada después de las 38 semanas de gestación, VIH y Estreptococo B, edad menor de 16 años o mayor de 35 años, malnutrición preconcepcional ($IMC < 18$ o > 30), anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente, baja estatura materna $< 1,45m$, gran multiparidad, hemorragia del I Trimestre, incremento del peso excesivo o insuficiente ($> 15kg$ o $< 5kg$), fumadora habitual, infección urinaria baja o bacteriuria asintomática. Y las de **muy alto riesgo** son aquellas pacientes embarazadas que presentan cardiopatía 3 o 4 (paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad), incompetencia cervical, isoimmunización Coombs indirecto positivo, malformación fetal confirmada, muerte perinatal recurrente, placenta previa, preeclampsia grave (TA Diastólica mayor o igual a 110 mmHg, o TA Sistólica mayor o igual a 160 mmHg), patología asociada grave, retardo de crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, VIH + con o sin tratamiento, SIDA, Amenaza de parto prematuro antes de la semana 37, dependencia de drogas y abuso de fármacos en general, violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional, diabetes gestacional, drogadicción y alcoholismo y gestación múltiple. (Inga y Chango 2018).

1.4.2. Niños menores de dos años con desnutrición aguda

Desnutrición aguda.- Un niño con desnutrición aguda se caracteriza por un peso muy bajo para la estatura, puede estar acompañado por un grado de emaciación o delgadez, este tipo de desnutrición debe detectarse, reportarse y manejarse oportunamente debido a que en un corto tiempo el niño puede pasar a un grado severo de desnutrición aguda y complicarse con enfermedades infecciosas, siendo la principal causa de fallecimientos de niños en desnutrición **GACETAS DESNUTRICIÓN 2019 (Según MSP del Ecuador)** (Ministerio de Salud Pública 2019).

Desnutrición aguda moderada.- Todo paciente menor a cinco años cuyo puntaje Z del indicador P/T de acuerdo a los patrones de crecimiento infantil de OMS está entre -2 y -3 DE y puede presentarse acompañado de delgadez o emaciación moderada debido a la pérdida reciente de peso **GACETAS DESNUTRICIÓN 2019 (Según MSP del Ecuador)** (Ministerio de Salud Pública 2019).

Desnutrición aguda severa.- Todo paciente menor a 5 años cuyo puntaje Z del indicador P/T de acuerdo a los patrones de crecimiento infantil de OMS está por debajo de -3 DE, también puede acompañarse de edemas bilaterales, emaciación grave y otros signos clínicos como la falta de apetito **GACETAS DESNUTRICIÓN 2019 (Según MSP del Ecuador)** (Ministerio de Salud Pública 2019).

Actualmente se está identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición del niño: el embarazo y los dos primeros años de vida. Es el periodo que se conoce como los 1.000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de una alimentación y atención adecuadas produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán a la salud y al desarrollo intelectual del niño para el resto de su vida (UNICEF, 2011). (Ministerio de Salud Pública 2019).

En estos 1.000 días hay cuatro etapas que requieren actuaciones diferentes (UNICEF, 2011):

- Embarazo
- Nacimiento
- De 0 a 6 meses
- De 6 a 24 meses

Durante estas etapas, las intervenciones de UNICEF se agrupan en cuatro grandes categorías (UNICEF, 2011):

- Acciones de prevención
- Cambios en el entorno socio-cultural
- Tratamiento de la desnutrición
- Otros tratamientos y actuaciones

Prevención

Aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y yodo. Fomento de la lactancia temprana (en la primera hora). Fomento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad. Fomento de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y continuación de la lactancia. Peso de los recién nacidos. Medición de peso y altura, y detección de casos de desnutrición aguda. Promoción del consumo de sal yodada (UNICEF, 2011).

1.4.2.1. Cambios en el entorno socio-cultural

Formación y acciones para prevenir los embarazos precoces. Acciones para proteger los derechos de las mujeres y niñas. Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento. Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades. Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento. Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario. Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición. Medidas para reducir las consecuencias negativas del cambio climático sobre la disponibilidad de alimentos (UNICEF, 2011).

1.4.2.2. Tratamiento de la desnutrición

La alternativa más reciente son los alimentos terapéuticos listos para usar (RUTF, por sus siglas en inglés), que se pueden tomar en el hogar. No requieren refrigeración, no hay que añadirles

agua para su consumo y gracias al aislamiento de su envoltorio se pueden utilizar aunque las condiciones higiénicas no sean óptimas. Su uso se ha extendido en los últimos cuatro años y se calcula que tres de cada cuatro niños con desnutrición aguda grave se pueden recuperar en sus hogares con este preparado. Los alimentos terapéuticos tienen un alto valor energético, son de consistencia blanda o triturable y aptos para niños mayores de seis meses. La tecnología para producirlos es relativamente simple y ya existen fábricas en algunos países de África. Los niños menores de seis meses reciben leche terapéutica, que también se utiliza de forma complementaria en niños mayores de esa edad (UNICEF, 2011).

Los niños con desnutrición aguda grave reciben tratamiento con alimentos terapéuticos en sus casas. La desnutrición aguda moderada se trata con una gama amplia de productos, incluyendo los tradicionales compuestos enriquecidos con harina, así como complementos alimenticios basados en el aceite, también se recomienda aumentar las prácticas preventivas como la lactancia materna y la incidencia de la alimentación complementaria para mejorar la nutrición infantil y reducir el número de niños con desnutrición aguda grave (UNICEF, 2011).

1.4.2.3. Otros tratamientos y actuaciones

Tratamiento de la ceguera nocturna. Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral y suplementos de zinc. Tratamiento para eliminar los parásitos. Acciones para reducir la incidencia y transmisión de VIH/SIDA. Tratamiento y atención de necesidades nutricionales específicas. Acciones para reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas, como la malaria. Intervenciones en situaciones de emergencia: distribución de alimentos, tratamiento de la desnutrición aguda y asistencia sanitaria (UNICEF, 2011).

1.4.3. Personas con Discapacidad Física e Intelectual en Abandono y con Enfermedades Asociadas.

1.4.3.1. Discapacidad

Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas,

y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (Organización Mundial de la Salud).

1.4.3.2. Discapacidad Física

Se da cuando una persona tiene un estado físico que le impide de forma permanente e irreversible moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz. Afecta al aparato locomotor e incide especialmente en las extremidades, aunque también puede aparecer como una deficiencia en la movilidad de la musculatura esquelética (Observatorio Discapacidad Física, 2016).

1.4.3.3. Discapacidad Intelectual

Es una alteración en el desarrollo del ser humano caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en las conductas adaptativas y que se evidencia antes de los 18 años de edad. Se define cuantitativamente como un valor de cociente intelectual (CI) menor a 70 (Genetic Studies in intellectual Disability and Behavioral Impairment, 2016) (Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual, 2011).

1.4.3.4. Discapacidad Psicosocial

Es la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2016).

La discapacidad no está ligada únicamente al componente biológico, sino que está totalmente vinculada a los factores económicos, políticos, psicológicos y sociales. Si a lo persona con discapacidad y a su familia se le añade lo situación de pobreza, dificultades en el acceso al medio (movilidad, Información, etc.), así como lo exclusión social es doblemente vulnerable paro enfrentar lo cotidianidad en la vida (Ministerio de Salud Pública, 2018).

1.4.3.5. Calificación de Discapacidades

En la actualidad en nuestro país las políticas estatales han trabajado a favor de las personas con discapacidad, anteriormente éstas personas eran ocultadas en sus hogares, hoy han pasado a la exposición ante la sociedad y se trabaja porque ellos mejoren su estilo de vida.

Constitucionalmente las personas con discapacidad severa en condición de dependencia, están protegidos por las siguientes normas:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, **personas con discapacidad**, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. **El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad** (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

La atención prioritaria a la que hace mención el texto constitucional no debe crear brechas sino eliminarlas, direccionando sus esfuerzos hacia la consecución de condiciones óptimas para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y la ampliación de servicios para aquellos que así lo requieren dada su particular necesidad de apoyo (Gordillo, 2011).

En nuestro medio la doble vulnerabilidad ha sido principalmente relacionada a parámetros como: pobreza, etnia, género, edad. Quedando excluida la dependencia que junto a la discapacidad es la fórmula creadora de las condiciones más vulnerables de los grupos vulnerables. Un ejemplo gráfico de aquello son las ayudas técnicas otorgadas en la fase de respuesta de la Misión Solidaria Manuela Espejo, que tuvieron como criterio de prioridad, las condiciones de pobreza y extrema pobreza, realidades socio económicas-culturales crudas pero susceptibles de cambio (Gordillo, 2011).

Art. 48.- El Estado adoptará **a favor de las personas con discapacidad** medidas que aseguren (Constitución de la República del Ecuador, 2008):

5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con **discapacidad severa y profunda**, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.

6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con **discapacidad severa**.

7. La garantía del **pleno ejercicio** de los derechos de las personas con discapacidad.

Discapacidad Severa y Profunda.- En los numerales 5 y 6 del Art. 48, más allá de las medidas estatales enunciadas, se hace un explícito reconocimiento de las categorías de severidad y profundidad en la discapacidad. Este reconocimiento constitucional reviste de vital importancia para su ulterior desarrollo normativo, puesto que en ninguna parte de la ley ecuatoriana en esta materia, se explica qué debemos entender por discapacidad severa y profunda, a qué se refiere la atención integral, no se detallan cuáles serán los programas especializados, ni los proyectos productivos a favor de los familiares de personas con este tipo de afectación (Gordillo, 2011).

Discapacidad anátomo-funcional: Es la alteración en los sistemas fisiológicos, psicológicos o en las estructuras corporales como consecuencia de una lesión o una enfermedad. Su evaluación tendrá por objeto determinar el grado en que dicha alteración repercute en la capacidad del órgano o sistema para ejecutar su función (Basile, 1985).

Determinación del porcentaje de discapacidad

Tanto los grados de discapacidad como las actividades de la vida diaria descritos constituyen patrones de referencia para la asignación del porcentaje de discapacidad (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000).

Con carácter general se establecen cinco categorías o clases, ordenadas de menor a mayor porcentaje, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina. Estas cinco clases se definen de la forma siguiente (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000):

CLASE I.- Se encuadran en esta clase todas las deficiencias permanentes que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada aparato o sistema), pero que no producen discapacidad. La calificación de esta clase es 0 %.

CLASE II

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad **leve**. A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 1 y el 24 %.

CLASE III

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos, originan una discapacidad **moderada**. A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 25 y 49 %.

CLASE IV

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los aparatos o sistemas, producen una discapacidad **grave**. El porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido entre el 50 y 70 %.

CLASE V

Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad **muy grave**.

Esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 o más puntos en el baremo específico. A esta categoría se le asigna un porcentaje del 75 % (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000).

La calificación del grado de discapacidad responde a criterios técnicos unificados. Se reconocen cinco grados de limitación de la autonomía, ordenados de menor a mayor porcentaje. Cada categoría reconoce un grado de dificultad para realizar las Actividades de la Vida Diaria, de manera que el primer grupo incluye las deficiencias permanentes que no producen discapacidad y el último grupo las deficiencias permanentes severas que suponen, incluso, la dependencia de otras personas. En la siguiente tabla se puede observar los grados de discapacidad, síntomas y clasificación en términos de porcentaje (Parapupas, 2016).

Tabla 2-1: Grados de Discapacidad

<i>Grado de discapacidad</i>	<i>Síntomas, signos o secuelas</i>	<i>Clase y porcentaje de discapacidad</i>
Grado 1 Discapacidad nula	Son mínimos, la deficiencia no limita la realización de las AVD.	Clase I (Excepción: en el retraso mental no se contempla la clase I, ya que se considera que, por leve que sea, siempre producirá cierto grado de discapacidad) 0%
Grado 2 Discapacidad leve	Alguna dificultad para llevar a cabo las AVD, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas	Clase II De 1 a 24%
Grado 3 Discapacidad moderada	Disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las AVD, siendo independiente en las de autocuidado	Clase III De 25 a 49%
Grado 4 Discapacidad grave	Disminución importante o imposibilidad para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectada alguna de las de autocuidado	Clase IV De 50 a 70%
Grado 5 Discapacidad muy grave	Imposibilidad para realizar las AVD	Clase V Dependencia de otras personas para realizar las actividades esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 puntos o más en el baremo específico 75%

AVD: actividades de la vida diaria.

Fuente: VM Valoración de las Situaciones de Minusvalía

Elaborado por: (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000)

El capítulo en el que se definen los criterios para la evaluación de la discapacidad debidas Retraso Mental constituye una excepción a esta regla general, debido a que las deficiencias intelectuales, por leves que sean, ocasionan siempre un cierto grado de interferencia con la realización de las AVD (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000).

La valoración de la Enfermedad Mental se realizará de acuerdo con los grandes grupos de Trastornos Mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados –CIE-10, DSM-IV–. Teniendo como referencia los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración son: Trastornos Mentales Orgánicos, Esquizofrenias y Trastornos Psicóticos, Trastornos de Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Adaptativos y Somatomorfos, Disociativos y de Personalidad (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000).

Partiendo del hecho reconocido de que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «Trastorno Mental», entendemos como tal el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000).

Partiendo de la información anterior en Ecuador para calificar la discapacidad se rige en los anteriores criterios y se resume que toda persona con discapacidad Grave y muy Grave y que requiere de ayudas técnicas, de movilidad, autocuidado y que son acreedoras del Bono Joaquín Gallegos Lara son los pacientes que presentan Discapacidad Física >75%; Discapacidad Intelectual >65% y Discapacidad Psicosocial >65%.

Programas Especializados

Con el desarrollo de los programas: Misión Solidaria Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara, El Ministerio de Salud ha establecido una serie de estrategias que permiten brindar atención integral a los ciudadanos que tengan algún tipo de discapacidad (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.4.4. Personas que adolecen Enfermedades Catastróficas o de Alta Complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Enfermedades Crónicas Transmisibles.

1.4.4.1. Personas que adolecen Enfermedades Catastróficas o de Alta Complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos

Según el diccionario Jurídico elemental de Guillermo Cabanellas de las Cuevas, la palabra enfermedad significa: “Alteración más o menos grave de la salud, que provoca anormalidad fisiológica o psíquica, o de ambas clases a la vez, en un individuo” (Cabanellas, 2003) citado en (Illescas, 2010). La legislación colombiana, en la ley 797 de 2003, define a la enfermedad catastrófica: “Como una enfermedad aguda o prolongada, usualmente considerada como amenazante para la vida o con el riesgo de dejar discapacidad residual importante. La enfermedad catastrófica, a menudo conlleva trastornos psicosociales que afectan de manera importante su evolución, porque altera el proceso de rehabilitación, los hábitos saludables y la calidad de vida y limita la adherencia a los tratamientos” (Ley 797 de 2003) citado en (Illescas, 2010).

En la legislación ecuatoriana no hay una definición exacta de lo que debe entenderse por enfermedad catastrófica, por lo que la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud Atención de Enfermedades Catastróficas, considera como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características:

a) “Que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona”; b) “que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención sea emergente”; c) “que su tratamiento pueda ser programado”; d) “que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC”. “A esta categoría le corresponde también cualquier patología que, además de una dificultad técnica en su resolución, implica un alto riesgo en la recuperación y altas probabilidades de muerte del paciente; demandando además atención médica de alta complejidad, la cual incluye consulta especializada, alta tecnología para el diagnóstico, hospitalizaciones prolongadas, medicación muy específica, intervenciones quirúrgicas mayores, terapias de larga duración o instrumentación sofisticada y costos” (MIES) Citado en (Illescas, 2010).

Clasificación de estas enfermedades por su alto grado de complejidad y tratamiento

Las enfermedades Catastróficas por su alto grado de complejidad y tratamiento

Se clasifican por categorías

Primero: Las enfermedades que son crónicamente debilitantes graves, de alto costo, diagnóstico tardío, de baja incidencia y son de origen genético. Estas enfermedades son crónicamente debilitantes, amenazantes para la vida y algunas con una prevalencia menor de 1 por cada 10.000 personas, y otras con una prevalencia menor de 1 por cada 50.000 personas” (Medicamentos huérfanos y enfermedades huérfanas, 2001) citado en (Illescas, 2010). Estas enfermedades por tener origen genético, no son curables, pero sí se puede mejorar y controlar el deterioro físico de los pacientes que las padecen, es decir, que su tratamiento es paliativo, para la Organización Mundial de la Salud: “Los cuidados paliativos se definen por los enfoques asistenciales que mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando estos se ven enfrentados a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida. Este enfoque se realiza a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales” (Medicamentos huérfanos y enfermedades huérfanas, 2001) citado en (Illescas, 2010).

Segundo: las enfermedades que tienen un alto costo en el tratamiento, son graves, fáciles de diagnosticar y la recuperación en muchos de los casos es total. En esta categoría están ubicados aquellos padecimientos que requieren de un gran gasto económico para el tratamiento, pero que son fáciles de diagnosticar, y una vez que se han cumplido los ciclos terapéuticos, la recuperación en muchos de los casos es total por ejemplo: el tratamiento quirúrgico para reemplazos articulares, los más comunes son los de cadera y rodilla, tratamiento con quimioterapia y radioterapia para el cáncer de origen linfático, que al ser diagnosticados en las primeras etapas son curables, tratamiento médico quirúrgico para el paciente que sufre un trauma mayor, trasplantes de órganos, tratamiento quirúrgico para las personas que sufren enfermedades del corazón (Illescas, 2010).

Tercero: las enfermedades graves adquiridas de fácil diagnóstico, pero que requieren de asistencia médica de por vida. En esta categoría se ubican las enfermedades de rápido diagnóstico, pero que requieren asistencia médica de por vida, tales como diálisis para casos de Insuficiencia Renal Crónica, tratamientos para el SIDA y sus posibles complicaciones, tratamiento para el Adenocarcinoma de origen desconocido (Illescas, 2010).

Criterio Médico de Enfermedades Catastróficas, Raras o Huérfanas, según Ministerio de Salud Pública del Ecuador

-Enfermedades Graves o Catastróficas: Son aquellas patologías de curso crónico que supone alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación (Ministerio del Trabajo).

Criterios de Inclusión para las Enfermedades Catastróficas.- Que impliquen un riesgo alto para la vida; Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; Que su tratamiento pueda ser programado; Que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al valor de una canasta familiar vital, publicada mensualmente por el INEC; y, Que su tratamiento o intervención no puedan ser cubiertos, total o parcialmente, en los hospitales públicos o en otras instituciones del Estado Ecuatoriano. (Ministerio del Trabajo).

Ejemplos de estas enfermedades son: Todo tipo de malformaciones congénitas del corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas. Todo tipo de cáncer. Tumor cerebral en cualquier estado y de cualquier tipo. Insuficiencia Renal Crónica. Trasplante de órganos: riñón, hígado médula ósea. Secuelas de quemaduras GRAVES. Malformaciones arteriovenosas cerebrales. Síndrome de Klippel Trenaunay. Aneurisma Tóracoabdominal (Ministerio del Trabajo)

-Enfermedades Raras: Son aquellas que se consideran potencialmente mortales o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alta complejidad, constituyen un conjunto amplio y varado de trastornos que se caracterizan por ser crónicos y discapacitantes. Sus recursos terapéuticos son limitados y de alto costo, algunos se encuentran en etapa experimental (Ministerio del Trabajo).

Baja Prevalencia: Se considera de baja prevalencia a las enfermedades raras cuando se presentan en una por cada 10.000 personas. Y ultra raras cuando la prevalencia es menor a una por cada 50.000 personas (Ministerio del Trabajo).

Criterios de Inclusión para las Enfermedades Raras y Huérfanas de Baja Prevalencia: Son enfermedades generalmente de origen genético; de curso crónico, progresivo, degenerativo con una elevada morbimortalidad alto grado de discapacidad física, mental, conductual y sensorial, que puede comprometer la autonomía de los pacientes; De gran complejidad, diagnóstica, pronóstica y terapéutica; y Que requieren un tratamiento permanente, seguimiento e intervención multi e interdisciplinarias (Ministerio del Trabajo).

1.4.4.2. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Enfermedades Crónicas Transmisibles.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la

diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. **Organización Mundial de la Salud** (OMS 2014)

Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Las ENT, también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. (OMS 2018)

Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (OMS 2018)

Epidemiología

Las ENT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (32 millones) de las muertes por ENT. (OMS 2018)

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ENT, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol. (OMS 2018)

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad. Son los llamados “factores de riesgo metabólicos”, que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ENT por lo que respecta a las muertes prematuras. (OMS 2018)

Factores de riesgo

Factores de riesgo comportamentales modificables

Los comportamientos modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de ENT. (OMS 2018)

El tabaco se cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.¹

Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio.¹

Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer.

Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.¹

(OMS 2018)

Factores de riesgo metabólicos

Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ENT: El aumento de la tensión arterial; el sobrepeso y la obesidad; la hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre); y la hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre). (OMS 2018)

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es el aumento de la presión arterial (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial),¹ seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea. (OMS 2018)

Impacto socioeconómico que tienen las ENT

Las ENT ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030. (OMS 2018)

La pobreza está estrechamente relacionada con las ENT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades sea un obstáculo a las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco, o a prácticas alimentarias malsanas, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud. (OMS 2018)

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las ENT pueden agotar rápidamente los recursos de las familias. Los costos desorbitados de las ENT, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando cada año a millones de personas a la pobreza y sofocando el desarrollo. (OMS 2018)

Prevención y control de las ENT

Para controlar las ENT es importante centrarse en la reducción de los factores de riesgo asociados a ellas. Los gobiernos y otras partes interesadas tienen a su disposición soluciones de bajo costo para reducir los factores de riesgo modificables comunes. Para orientar las políticas y las prioridades es importante seguir los progresos realizados y la evolución de las ENT y sus factores de riesgo. (OMS 2018)

A fin de reducir el impacto de las ENT en los individuos y la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que haga que todos los sectores, incluidos entre otros los de la salud, las finanzas, el transporte, la educación, la agricultura y la planificación, colaboren para reducir los riesgos asociados a las ENT y promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas. (OMS 2018)

Es fundamental invertir en una mejor gestión de las ENT, que incluye su detección, cribado y tratamiento, así como el acceso a los cuidados paliativos. Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ENT pueden llevarse a cabo en la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros. (OMS 2018)

Los países de ingresos bajos suelen tener una baja capacidad de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. (OMS 2018)

Es poco probable que los países con cobertura insuficiente del seguro de enfermedad puedan proporcionar un acceso universal a las intervenciones esenciales contra las ENT. Las intervenciones de gestión de las ENT son esenciales para alcanzar la meta mundial consistente en lograr una reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por ENT del 25% para 2025, y la meta de los ODS consistente en reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030. (OMS 2018)

Respuesta de la OMS

Función de liderazgo y coordinación de la OMS

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce que las ENT son un importante obstáculo al desarrollo sostenible. En el contexto de dicha Agenda, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a elaborar respuestas nacionales ambiciosas que logren reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030 mediante la prevención y el tratamiento (meta 3.4 de los ODS). (OMS 2018)

Esta meta se estableció en las Reuniones de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las ENT de 2011 y 2014, en las que se reafirmó la función de liderazgo y coordinación de la OMS en la promoción y el seguimiento de la acción mundial contra las ENT. En 2018 la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrará una tercera reunión de alto nivel sobre las ENT para examinar los progresos realizados y establecer un consenso sobre lo que queda por hacer entre 2018 y 2030.

A fin de prestar apoyo a los esfuerzos de los países, la OMS elaboró el Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que contiene las nueve metas mundiales que tendrán el mayor impacto en la mortalidad mundial por ENT y que abordan la prevención y la gestión de estas enfermedades. (OMS 2018)

Enfermedades Crónicas Transmisibles

La OPS/OMS busca reducir la carga de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/sida, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis virales; la tuberculosis; la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas; y las enfermedades prevenibles mediante vacunación. (OPS y OMS 2018)

Las enfermedades transmisibles como la diarrea, la conjuntivitis y algunas enfermedades respiratorias son las más frecuentes y además son causantes de ausentismo laboral y escolar, se caracterizan por la entrada de un microorganismo a nuestro cuerpo por diversas formas: el contacto directo, por forma indirecta (con objeto inanimado, o comidas), por partículas no visibles

como las producidas en el estornudo o la acción de vectores (como mosquitos). (UNA y Jiménez Zeledón 2018)

Por lo general tienen un período de incubación corto, de menos de un día y hasta cinco días, algunas de estas enfermedades son auto-limitadas y no necesariamente son enfermedades graves que pongan en peligro la vida, sin embargo todo va a depender de si existe una enfermedad concomitante o si la persona se encuentra en un estado de inmunosupresión que podría agravar la enfermedad y comprometer la vida, también son de mucho más cuidado en las edades extremas de la vida: niños muy pequeños o personas ancianas, por lo que debemos ser más cautos cuando contemos en nuestro núcleo familiar con esta población. (UNA y Jiménez Zeledón 2018)

1.4.5. Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos)

Dentro de la Constitución del Ecuador 2008, En el capítulo Tercero, se hace mención en el Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

1.4.5.1. Víctimas de violencia doméstica y sexual

Al ser la mujer la principal víctima de la violencia doméstica es importante relacionar los factores de riesgo que, de acuerdo con la literatura y la evidencia empírica, determinan su vulnerabilidad. Así, se ha observado que los principales factores de riesgo por los cuales las mujeres son víctimas de violencia doméstica son la participación en el mercado laboral, ingresos salariales, educación, edad y la edad de la primera unión (Cárdenas Varón, 2014).

La violencia doméstica entre los padres refuerza el aprendizaje de conductas agresivas en los hijos. En este sentido, los niños interiorizan dichas conductas y tienden a imitar los roles que observan, aprendiendo a tolerar y aceptar comportamientos abusivos. Así, la agresividad o

victimización que se observa en el hogar de infancia pasa de padres a hijos, transmitiendo y perpetuando la violencia de una generación a otra (Cárdenas Varón, 2014). Esto se debe a que las personas que han sido víctimas de violencia seleccionan su pareja dependiendo de características individuales que a su vez están relacionadas con experiencias pasadas de violencia doméstica. En este sentido, el modelo asume que las mujeres y hombres que crecieron en hogares marcados por la violencia doméstica (y que por lo tanto tienden a ser víctimas y victimarios, respectivamente) son propensos a emparejarse (Cárdenas Varón, 2014).

Es preocupante además que exista evidencia de que los niños que son testigos o víctimas de violencia doméstica tienden imitar las conductas aprendidas, tanto dentro como fuera del hogar, lo que muestra un vínculo estrecho entre la violencia doméstica y la violencia social (Cárdenas Varón, 2014).

En Ecuador de acuerdo a la Encuesta Nacional de Violencia de Género y la Agenda Nacional de las Mujeres e Igualdad de Género (2014-2017), 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia: psicológica, física, sexual y/o patrimonial; y 1 de cada 10 ha sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años (Diario Metro Ecuador, 2018).

La violencia sexual es considerada una grave vulneración de derechos, especialmente contra la libertad e indemnidad sexual, y tiene importantes consecuencias sociales y para la salud de las víctimas, constituyéndose por esta razón, además, en un problema de salud pública. Las consecuencias de la violencia sexual pueden manifestarse a corto, mediano y/o largo plazo, y afectar la salud física y mental de las/los sobrevivientes, además de generar profundas consecuencias socioeconómicas, provocadas por el estigma que implica ser víctima de violencia sexual, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral, así como el ciclo intergeneracional de violencia (Jewkes, 2000) citado en (Ministerio de Salud Pública del Gobierno de Chile., 2016).

1.4.5.2. Víctimas de Maltrato infantil

Esta es una problemática que genera daños irreparables en las futuras generaciones. La persistencia de normas y patrones socioculturales que contribuyen a la violencia, incluida la aceptación del castigo corporal físico como una forma de disciplina, representa un obstáculo

importante en la construcción de entornos protectores que promuevan el desarrollo de niños y adolescentes (UNICEF Ecuador).

Maltrato Infantil.- Toda acción u omisión cumplida voluntariamente, que amenace al normal desarrollo del niño, por los efectos que produce. Un menor de edad es víctima de maltrato cuando por culpa de sus padres, familiares, tutores, funcionarios o responsables de su cuidado sufra un daño o perjuicio en su salud física, mental o emocional o en su bienestar (Durán, 2012).

La Constitución de Montecristi, en el artículo 46, numeral 4, consagra que el Estado protegerá y atenderá a los menores contra todo tipo de violencia, **maltrato**, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones (Durán, 2012).

Según lo dispuesto por el Código de la Niñez y Adolescencia, en su artículo 67. Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado (Durán, 2012).

Clases. El maltrato puede ser (Durán, 2012):

a. Físico, consiste en toda agresión que causa daño corporal. Este maltrato deja cortes, dislocaciones, fracturas, heridas, lesiones, magulladuras, pinchazos, quemaduras, señales y otras huellas.

b. Psicológico, es toda medida de presión que produce perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima, lesionando la dignidad del menor y afectándole en el cumplimiento de sus tareas.

c. Institucional, el provocado por un funcionario de una institución pública o privada.

1.4.5.3. Víctimas de desastres naturales o antropogénicos

Por definición, un desastre es un evento súbito que conlleva un alto factor de daño material acompañado de un profundo impacto negativo en el medio ambiente socioeconómico y natural, al extremo de amenazar seriamente la vida humana, el ecosistema biológico y el funcionamiento de las instituciones. Una definición más sencilla (aunque incompleta) sería catalogarlo como el daño grave a las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada (Desastres Naturales, Tecnológicos Y Antropogénicos, 2010).

Los desastres suelen dividirse en: naturales, tecnológicos y antropogénicos (provocados directamente por la acción del ser humano). Algunos autores añaden los bélicos pero, en realidad, tanto estos como la mayoría de los tecnológicos son también antropogénicos (Desastres Naturales, Tecnológicos Y Antropogénicos, 2010).

Ejemplos:

- Desastres naturales: terremotos, huracanes (tifones, ciclones, tornados, etc.), tsunamis, erupciones volcánicas, avalanchas de lodo, nieve y otras, inundaciones de diversas procedencias, grandes tormentas de arena, plagas, incendios forestales, etc.
- Desastres tecnológicos: derrames de petróleo (generalmente marítimos), derrames y fugas de otros productos químicos e industriales, liberación incontrolada de material radiactivo, grandes accidentes de medios de transporte.
- Desastres antropogénicos: conflictos bélicos de todo tipo, actos de terrorismo, negligencias políticas medioambientales, daño sistemático a los derechos humanos, ciudadanos y a las libertades en general, entre otros.

El manejo de las grandes catástrofes es sumamente complejo y requiere de un gran esfuerzo gubernamental, social e incluso extraterritorial. Por ello es importante que el ciudadano tenga conocimiento sobre la prevención, el manejo y la posterior rehabilitación material y humana de los desastres (Desastres Naturales, Tecnológicos Y Antropogénicos, 2010).

La prevención de los desastres en la práctica se requiere de un esfuerzo mayor y de la cooperación, de varios sectores incluyendo la acción política, ciudadana y la solidaridad nacional e internacional (Desastres Naturales, Tecnológicos Y Antropogénicos, 2010).

1.4.6. Personas con riesgo genético

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa "vulnerabilidad" tiene sus razones (Pita Fernández, y otros, 2002).

La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término de "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo (Pita Fernández, y otros, 2002).

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Pita Fernández, y otros, 2002).

El término susceptibilidad, predisposición genética, o también riesgo genético a padecer una determinada enfermedad, se define como la presencia de determinadas variaciones en la secuencia de ADN y/o la combinación de una serie de ellas (holotipos) en un individuo, que no son necesariamente anormales, pero que asociados pueden incrementar el riesgo de desarrollar una

determinada enfermedad. En otras palabras, una persona ha heredado de sus padres una copia de un gen “problema” que aunque no es un agente causal por sí mismo, sí hace más susceptible a la persona a desarrollar una enfermedad. Si las condiciones ambientales son adecuadas y se produce la interacción con el gen “problema” la enfermedad se producirá (Centro de Investigación Biomédica EuroEspes).

La historia familiar representa un factor importante para la estimación del riesgo o susceptibilidad de un individuo de desarrollar una determinada enfermedad. Si un padre tiene una determinada enfermedad, eso no significa que su hijo vaya a padecerla necesariamente, por lo tanto, el riesgo no puede ser calculado sino estimado (Centro de Investigación Biomédica EuroEspes).

La Genética humana en Ecuador se ha desarrollado de mejor manera en los últimos años, en este tiempo se han acumulado datos muy importantes sobre enfermedades tumorales, cromosómicas y genéticas. Un aporte muy importante es la obtención de la incidencia de alteraciones cromosómicas en la ciudad de Quito, sobre un total de 12.112 nacidos, se obtuvo la cifra de un 0.25% (Borja, 2017).

Para los estudios epidemiológicos y para plantear políticas de salud que ayuden a prevenir las alteraciones cromosómicas, es indispensable tener datos sobre los tipos de alteraciones frecuentes en una población determinada, en el siguiente cuadro se describen las enfermedades genéticas más prevalentes presentes en el país (Borja, 2017).

Tabla 3-1: Prevalencia de Enfermedades Genéticas en Ecuador

Número ORPHA	Enfermedades más prevalente	*Prevalencia
48	Agnesia bilateral de conductos deferentes	50
823	Espina bífida aislada	50
2014	Hendidura palatina	50
535	Lupus eritematoso cutáneo	50
7152	Obesidad debida a deficiencia del receptor de melanocortina-4	50
706	Persistencia del conducto arterioso	50
648	Síndrome de Noonan	50
157798	Síndrome de poliposis hiperplástico	50
858	Toxoplasmosis congénita	50
249	Displasia fibrosa de hueso	< 50

*Prevalencia estimada / 100.000 habitantes

Fuente: Prevalencia de las enfermedades Genéticas en Ecuador. (Borja 2017)

1.4.7. *Personas con intentos autolíticos.*

Etimológicamente, suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) cidium (matar), “atentado contra la propia vida”, “matar-se”. Los griegos lo expresaban como autokeiria de autos: sí mismo, y keiros: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado (Barrionuevo, 2009).

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012).

Corresponde enunciar la clasificación de los suicidios, elaborada por un Comité de Nomenclatura y Clasificación, reunido en 1971, que propone considerar tres categorías (Barrionuevo, 2009):

- El suicidio propiamente dicho o completo, que termina con la muerte.
- El intento suicida, que es acto con daño físico, pero sin muerte.
- Las ideas suicidas, que expresan pérdida del deseo de vivir, pero que no llevan a daño concreto.

El suicidio se deriva de un comportamiento complejo en el cual las razones y los síntomas varían de persona a persona. Sin embargo, las investigaciones realizadas por médicos especialistas alrededor del mundo asocian al suicidio con los desórdenes mentales. Entre los factores más importantes que incitan al suicidio están la depresión, la esquizofrenia, la demencia y la adicción al alcohol y/o sustancias psicotrópicas (Betancourt, 2008).

Según datos de del INEC en Ecuador se registraron 1.184 muertes por lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidio), lo que constituye la decimotercera causa de muerte en el país. La presente cifra corresponde al 1.7% del total de defunciones registradas en el año 2017 (INEC, 2017).

1.5. Articulación Intersectorial

Los problemas sociales que se presentan en nuestro país son muy complejos y tienen como causas varios factores, debido a esta realidad para abordar los problemas desde varios ejes, se parte con el trabajo intersectorial, en busca de lograr un objetivo común a partir de las competencias y responsabilidades específicas de todos los actores involucrados (Ruelas Barajas, Enrique; Academia Nacional de Medicina de México).

La Articulación Intersectorial permite que mediante las acciones coordinadas se destinen los esfuerzos de forma total o parcial en afrontar los problemas relacionados con la salud y la calidad de vida de las familias; conocer y determinar los roles de cada sector para aportar a la transformación del medio y así, mejorar las condiciones de vida de la población (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Para entender la importancia y la necesidad de la intersectorialidad, es indispensable partir de la concepción del fenómeno salud-enfermedad no como un proceso lineal, sino como un complejo sistema dependiente de condiciones previas que no son deterministas y en el que interactúan múltiples variables. Así, el fenómeno salud-enfermedad puede entenderse como una propiedad emergente de un sistema más amplio y complejo. La intersectorialidad se refiere, a la convergencia y la interacción entre nodos de redes complejas. Así se explica su importancia, que va más allá de la obvia necesidad de que representantes de múltiples sectores se pongan de acuerdo para tomar decisiones comunes. El propósito final de la intersectorialidad es, por consiguiente, la definición de políticas públicas (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.6. Vinculación con programas estratégicos del Gobierno

La estrategia de abordaje Médico del Barrio y su Equipo Integral de Atención en Salud responde al cumplimiento del compromiso presidencial para la atención a los sectores más vulnerables de

la población, a través de la implementación de la Misión Toda una Vida, cuyos ejes programáticos en los que interviene el Ministerio de Salud Pública son (Ministerio de Salud Pública, 2017):

- Programa Misión Ternura.
- Programa Mis Mejores Años.
- Misiones Las Manuela y Las Joaquinas.
- Plan Mujer.

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y Diseño De Investigación

La investigación a realizarse es de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, basado en las atenciones a los pacientes identificados como vulnerables por parte del Médico Familiar o el Equipo médico del Barrio a través de: visitas domiciliarias, consultas externas y mediante la revisión de las respectivas historias clínicas. Los pacientes identificados pertenecen a las Parroquias de Tanicuchí, Pastocalle y Guaitacama, territorio con atención médica perteneciente al Centro de Salud Tipo “C” Lasso, Cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi de la República del Ecuador, durante el período de Junio a Diciembre del 2018.

2.2. Población en Estudio

Se analizará a los pacientes vulnerables del Centro de Salud Tipo “C” Lasso, en el período preestablecido. Se realizará la identificación de grupos prioritarios y vulnerables, luego se continuará con la captación de los pacientes vulnerables, que consiste en brindar atención por parte del Médico Familiar, las cuales son personas que aparte de pertenecer a un grupo prioritario presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general. Las personas que pertenecen a estos grupos tienen la más alta prioridad para la atención (Ministerio de Salud Pública, 2017). Estos pacientes recibirán visitas del médico especialista en su domicilio, donde se realizará una ficha del paciente con las características demográficas, incluyendo género, edad, educación, religión, ocupación, estado civil, entre otros, así como también se redactará su historia familiar y un plan de seguimiento personalizado.

Los datos antes mencionados se ingresarán en la Matriz de Pacientes Vulnerables de la Estrategia Médico del Barrio para realizar el análisis estadístico y determinar prevalencias y porcentajes.

Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 15. Se representaron las variables del estudio de acuerdo a las medidas estadísticas apropiadas.

2.2.1. Criterios de Inclusión

Se incluyen a todos los pacientes vulnerables:

- 1) Mujeres embarazadas con riesgo muy alto.
- 2) Niños menores de dos años con desnutrición aguda.
- 3) Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas.
- 4) Personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Enfermedades Crónicas Transmisibles.
- 5) Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos).
- 6) Personas con riesgo genético.
- 7) Personas con intentos autolíticos.

2.2.2. Criterios de Exclusión

Se excluyen a todos los pacientes prioritarios, los cuales cumplen sólo una de las siguientes condiciones y a los pacientes que no deseen participar en el estudio.

- 1) Adultos mayores.
- 2) Mujeres embarazadas.
- 3) Niños de tres a cinco años con malnutrición.
- 4) Niños con esquema de vacunación incompleto.
- 5) Personas con problemas de salud mental.
- 6) Personas privadas de la libertad

2.3. Tamaño de la Muestra

La muestra se obtendrá al realizar el análisis estadístico de la matriz de datos de los Pacientes Vulnerables captados desde la instauración de la Estrategia “Médico del Barrio” luego de determinar las prevalencias y porcentajes, también se revisará las historias clínicas y las fichas de los pacientes vulnerables del Centro de Salud Tipo “C” Lasso, accediendo al total de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, en el Período 29 Junio a 31 de Diciembre del 2018.

2.4. Técnica de Recolección y Síntesis de Datos

Se recopilará las prevalencias y porcentajes estadísticos de la matriz de datos de Pacientes Vulnerables de la Estrategia del Médico del Barrio, también se revisará las historias clínicas y las fichas de los pacientes vulnerables que pertenecen al Centro de Salud Tipo “C” Lasso, dentro del periodo Junio a Diciembre del 2018. Se identificará a cada paciente vulnerable y su diagnóstico se corroborará por medio de la codificación internacional de enfermedad CIE 10. Se utilizará la base de datos elaboradas por la autora sobre edad, sexo, clasificación del grupo vulnerable, diagnósticos, Rehabilitación y Cuidado, y Plan de tratamiento integral.

2.5. Hipótesis

¿La implementación de la Estrategia Médico del Barrio, ha mejorado la atención de salud en los pacientes vulnerables del Centro de Salud Lasso?

2.6. Identificación de Variables

Las variables explicativas son:

- 1) Edad del paciente
- 2) Sexo del paciente
- 3) Grupos vulnerables
- 4) Rehabilitación y cuidado
- 5) Plan de tratamiento integral

Variable Independiente: Estrategia Médico del Barrio

Variable Dependiente: Atención médica a pacientes vulnerables

2.7. Operacionalización de Variables

Tabla 1-2: Variable Dependiente: Atención médica a pacientes vulnerables.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Atención Médica a Pacientes Vulnerables	Brindar servicio médico oportuno a aquellos sectores o grupos de la población que, por edad, sexo, estado civil, religión, enfermedad, discapacidad, estrato social y origen étnico, se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar (Centro de Excelencia Medica en Altura) .	Técnica- Científica.	Aplicación de conocimientos, tecnologías y herramientas para la resolución de problemas de salud.	Conocimiento sobre atención médica a pacientes vulnerables. Comunicación de los profesionales entre sí y con los pacientes. Atención en el momento que el paciente lo requiere. Costo posible y recursos disponibles.	Si: 1 No:2	Variable Dicotómica.

Elaborado por: Chusquillo Silvana, 2018.

Tabla 2-2: Variable Independiente: Estrategia Médico del Barrio

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Estrategia Médico del Barrio.	Acciones planificadas para el abordaje en la atención de salud, enmarcado en el “Plan Toda una Vida” para lograr consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud a la población, con énfasis en los grupos prioritarios y vulnerables, además, busca fortalecer la atención primaria con un enfoque en la promoción de salud y prevención de enfermedades (Ministerio de Salud Pública, 2017).	Visitas domiciliarias	Servicio que se realiza en el domicilio de la persona con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente.	Vistas Domiciliarias	1 2	Cuantitativa Politémica
		Pacientes de consulta externa	Persona que visita un establecimiento de atención de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento.	Visita por Consulta Externa	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	

Elaborado por: Chusquillo Silvana, 2018.

Tabla 3-2: Variables Intervinientes

VARIABLE INTERVINIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
EDAD DEL PACIENTE	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. Equipo SGS (Ministerio de Salud Pública 2012)	Años Cumplidos	<p>Niñez: 0- 9 Años RN: 0 - 28 días Lactante Menor: 1 mes a 11 meses Lactante Mayor: 1año – 2 Años Preescolar: 2 años – 5 años Escolar: 6 años – 11 años. Adolescente: 10-19 Años Primera Etapa de la Adolescencia: 10 años – 14 años. Segunda Etapa de la Adolescencia: 15 años – 19 años. Adultos: 20 – 64 Años Adulto Joven: 20 años - 39 años Adulto Medio: 40 años – 64 años Adulto Mayor Mayor de 65 años</p>	Cualitativa Politómica
SEXO DEL PACIENTE	Condición orgánica que distingue hombres de mujeres.	Sexo	Masculino :1 Femenino:2	Cualitativa Dicotómica
GRUPOS DE PACIENTES VULNERABLES	Son personas que aparte de pertenecer a un grupo prioritario presentan condiciones particulares debilitantes o de riesgo y por lo tanto se incrementa su estado de exposición general. Las personas que pertenecen a estos grupos tienen la más alta prioridad para la atención. (Ministerio de Salud Pública, 2017).	Condición de vulnerabilidad	<p>-Mujeres embarazadas con alto riesgo:1 - Niños menores de dos años con desnutrición aguda: 2 - Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas. Personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta</p>	

			<p>complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Enfermedades Crónicas Transmisibles: 4</p> <p>-Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos): 5</p> <p>-Personas con riesgo genético:6</p> <p>-Personas con intentos autolíticos:7</p>	<p>Cualitativa Politómica</p>
TIPO DE DISCAPACIDAD	Es la alteración en los sistemas fisiológicos, psicológicos o en las estructuras corporales como consecuencia de una lesión o una enfermedad. Su evaluación tendrá por objeto determinar el grado en que dicha alteración repercute en la capacidad del órgano o sistema para ejecutar su función (Basile, 1985).	<p>Física >75%</p> <p>Intelectual >65%</p> <p>Psicosocial >65%</p>	<p>-Física:1</p> <p>-Intelectual:2</p> <p>-Psicosocial:3</p> <p>-Otras Discapacidades:</p> <p>Visual:4</p> <p>Auditiva:5</p> <p>De Lenguaje:6</p> <p>Mixtas:</p> <p>Auditiva-Intelectual:7</p> <p>Auditiva-Visual:8.</p> <p>De Lenguaje-Intelectual:9</p> <p>Intelectual-Física:10</p> <p>De Lenguaje-Intelectual-Física:11</p>	<p>Cuantitativa Politómica</p>
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	Tanto los grados de discapacidad como las actividades de la vida diaria constituyen patrones de referencia para la asignación del porcentaje de	Grado y porcentaje de discapacidad	<p>GRADO 1:</p> <p>Discapacidad Nula: 0% : 1</p> <p>GRADO 2:</p>	<p>Cuantitativa Politómica</p>

	discapacidad. Con carácter general se establecen cinco categorías o clases, ordenadas de menor a mayor porcentaje, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina (Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2000).		Discapacidad Leve: 1-24%: 2 GRADO 3: Discapacidad Moderada:25-49%: 3 GRADO 4: Discapacidad Grave:50-70%: 4 GRADO 5: Discapacidad Muy Grave:75%: 5	
PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	Proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad, lo cual depende de factores como el apoyo social, etnia, religión, etc., lo que determinan el comportamiento del paciente y de su familia, influyendo directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud. La finalidad de dar un tratamiento integral al paciente es realizar el seguimiento oportuno y pertinente con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población (La adherencia terapéutica, 2001) (Ministerio de Salud Pública, 2017).	EL Paciente ha recibido un plan de tratamiento integral por parte del especialista del primer nivel, y visitas domiciliarias.	Si:1 No:2	Cuantitativo Dicotómica
REHABILITACIÓN Y CUIDADO	Es coordinar y asegurar la puesta en marcha y aplicación de todas las medidas encaminadas a prevenir o a reducir al mínimo las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las deficiencias o de las discapacidades, utilizando para ello diversos métodos de evaluación funcional, proponiéndose objetivos terapéuticos específicos	EL Paciente recibe: Terapia Física, Estimulación Temprana, Psicorehabilitación, Terapia del Lenguaje, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria,	Si: 1 No: 2	Cuantitativa Dicotómica

	<p>para cada caso, diseñando pautas de tratamiento personalizadas y estableciendo el pronóstico rehabilitador a cada individuo, según la magnitud de su discapacidad (Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico., 2009).</p>	<p>Cuidado permanente de su salud.</p>		
--	---	--	--	--

Elaborado por: Chusquillo Silvana, 2018.

2.8. Descripción del Instrumento

Se realizó descriptivas univariante, bivariante y multivariante, se recategorizaron variables en otras variables para su estudio en este caso la estrategia Médico del Barrio que se convirtió en categórica nominal, se utilizaron variables de interés y con significancia.

2.9. Plan de Tabulación y Análisis De Datos

Para obtener los resultados del presente trabajo se aplicaron fórmulas estadísticas analizando una base de datos en donde constan todos los grupos de pacientes vulnerables atendidos por el personal de salud del Centro de Salud de Lasso, durante el periodo Junio-Diciembre del 2018.

Los datos adquiridos mediante la base de datos fueron tabulados usando Microsoft Excel 2010 creando datos codificados, para el análisis y realización de tablas se utilizó el software estadístico SPSS versión 15. De todas las variables se determinó la frecuencia y porcentaje y la significación de la asociación se midió a través de prevalencias.

2.10. Aspectos Éticos

Autorización: Se presentó la solicitud a la Directora del Centro de Salud Tipo “C” Lasso, donde se pidió su autorización para la revisión en estadística acerca de la información contenida en las historias clínicas y en la matriz de Pacientes Vulnerables atendidos en este Centro de Salud en el periodo de Junio a Diciembre del 2018.

Capacitación: Mediante revisión bibliográfica sobre el tema. Además de capacitación en el manejo de programas estadísticos.

Supervisión: La supervisión estuvo a cargo de nuestros asesores de tesis quienes me apoyaron constantemente, Doctora María Fernanda Campaña, Doctora Mercedes Vinueza.

Consentimiento informado.- Se garantiza que los pacientes adultos y el representante de los pacientes menores de edad han expresado voluntariamente su deseo de participar en la investigación, luego de haberles informado que su identidad será protegida y que se guardará el secreto de confidencialidad. (Se anexa consentimiento informado).

CAPITULO III

3. MARCO DE RESULTADOS

3.1. Distribución de pacientes vulnerables por grupo etáreo

Tabla 1-3: Distribución de pacientes vulnerables por grupo etáreo.

Grupo Etáreo	(n)	(p)
Niño	38	17
Adolescente	20	9
Adulto	77	35
Adulto Mayor	83	38
TOTAL	218	100

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

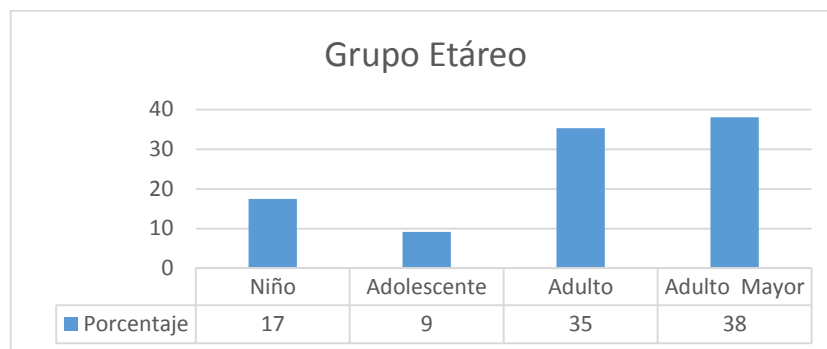


Gráfico 1-3: Distribución de pacientes vulnerables por grupo etáreo

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

Las distribuciones de pacientes vulnerables por edad son: Niños (menores de 10 años) con el 17% (n=38), Adolescentes (10 a 19 años) con el 9% (n=20), Adultos (20 a 64 años) con 35% (n=77), Adulto Mayor (igual o mayores a 65 años) con el 38% (n=83).

3.2. Distribución de pacientes vulnerables por sexo

Tabla 2-3: Distribución de pacientes vulnerables por sexo

Sexo	(n)	(p)
Mujer	122	56
Hombre	96	44
TOTAL	218	100

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

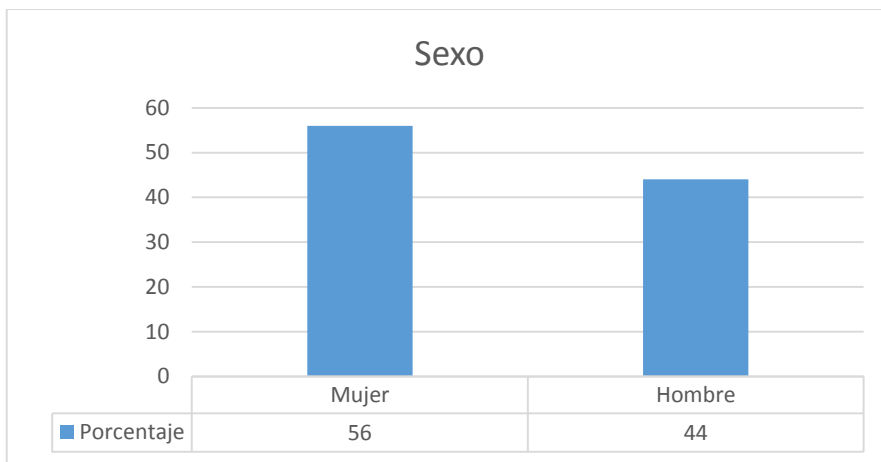


Gráfico 2-3: Distribución de pacientes vulnerables por sexo

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De un total de 218 pacientes vulnerables el 56% (n=122) son mujeres, y el 44% (n=96) son hombres.

3.3. Distribución de pacientes vulnerables por criterio de vulnerabilidad

Tabla 3-3: Grupos vulnerables por criterios

GRUPOS VULNERABLES						(n)	(p)
1. Mujeres embarazadas con riesgo	Muy Alto Riesgo=6	Alto Riesgo=9	Riesgo=0			15	7
2. Niños menores de dos años con desnutrición aguda	D. Aguda Severa=0	D. Aguda Moderada=5	D. Aguda Leve=5			10	5
3. Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas.	D. Física=30	D. Intelectual=26	D. Psicosocial=5	Otras Discapacidades=31		92	42
	Muy grave= 38	Discapacidad grave=17	Discapacidad moderada=16	Discapacidad leve=0	Sin carnet=21		
4. Personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Transmisibles y No Transmisibles	ECT=3	ECNT=76				79	36
5. Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.	Violencia Sexual=2	Violencia Doméstica=0	Maltrato Infantil=0	Desastres naturales o antropogénicos=0		2	1
6. Personas con riesgo genético.						20	9
7. Personas con intentos autolíticos.						0	0
TOTAL						218	100

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo “C” Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

Se divide a los pacientes por grupos vulnerables y las enfermedades más frecuentes, se establece un porcentaje. Se puede analizar al agrupar los datos que los grupos de pacientes vulnerables más prevalentes son las personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas que representa el 42% (n=92), y las personas con Enfermedades Crónicas Transmisibles (n=3) y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (n=76) que representan el 36%.

3.3.1. Mujeres embarazadas con riesgo

Tabla 4-3: Mujeres embarazadas con riesgo

Riesgo	(n)	(p)
Muy alto riesgo	6	40%
Alto riesgo	9	60%
Riesgo	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

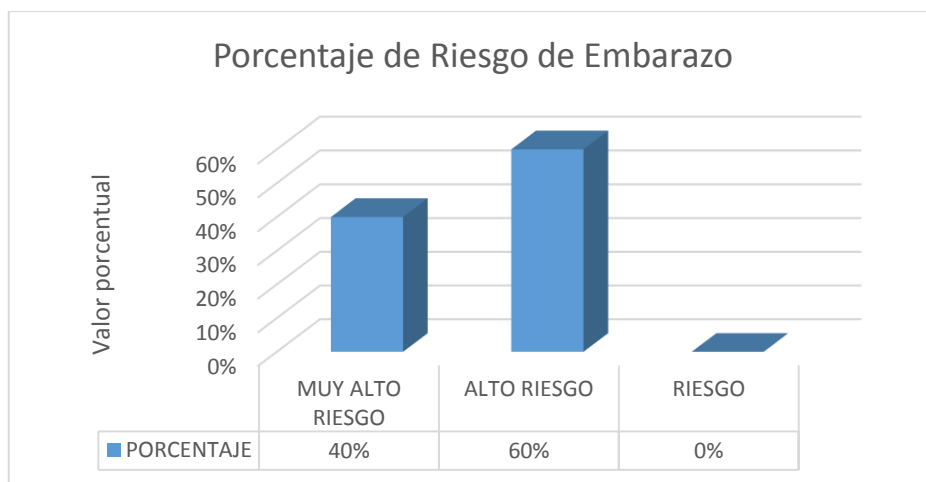


Gráfico 3-3: Distribución de pacientes vulnerables con Riesgo de Embarazo

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De un total de 218 pacientes vulnerables hay 15 embarazadas que presentan riesgos, de las cuales el 60% (n=9) tienen alto riesgo y el 40% (n=6) tienen muy alto riesgo.

3.3.2. Niños menores de dos años con desnutrición aguda

3.3.2.1. Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por grupos etáreos

Tabla 5-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por grupo etáreo

Grupos Etáreos	(n)	(p)
Neonato	1	10%
Lactante menor	4	40%
Lactante mayor	5	50%
TOTAL	10	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso
Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

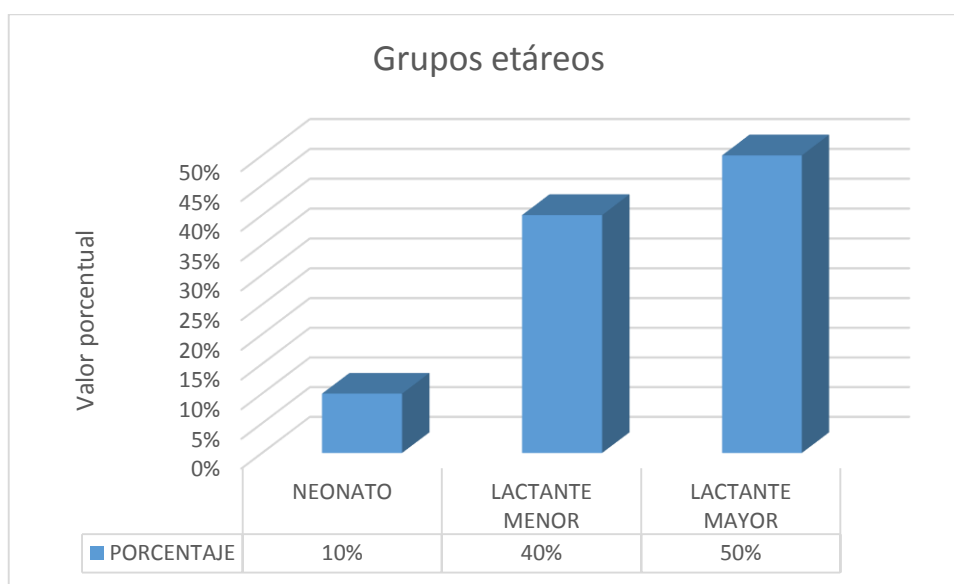


Gráfico 4-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por grupo etáreo

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De los 218 pacientes vulnerables hay 10 pacientes con desnutrición aguda que según sus edades son: Neonatos (menores o igual a 28 días) el 10% (n=1); Lactante menor el 40% (n=4); Lactante mayor el 50% (n=5).

3.3.2.2. Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por sexo

Tabla 6-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por sexo

Sexo	(n)	(p)
Hombre	6	60%
Mujer	4	40%
TOTAL	10	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso
Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

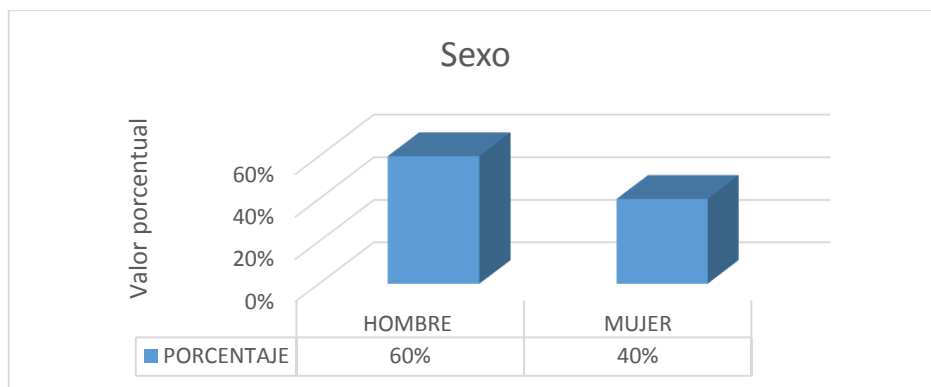


Gráfico 5-3: Distribución de pacientes vulnerables con desnutrición aguda por sexo

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

La distribución de los pacientes vulnerables con desnutrición aguda según el sexo es hombres con el 60% (n=6), y mujeres con el 40% (n=4).

3.3.2.3. Distribución de pacientes vulnerables por tipo de desnutrición

Tabla 7-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipo de desnutrición aguda

Tipo de Desnutrición	(n)	(p)
Desnutrición aguda leve	5	50%
Desnutrición aguda moderada	5	50%
TOTAL	10	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

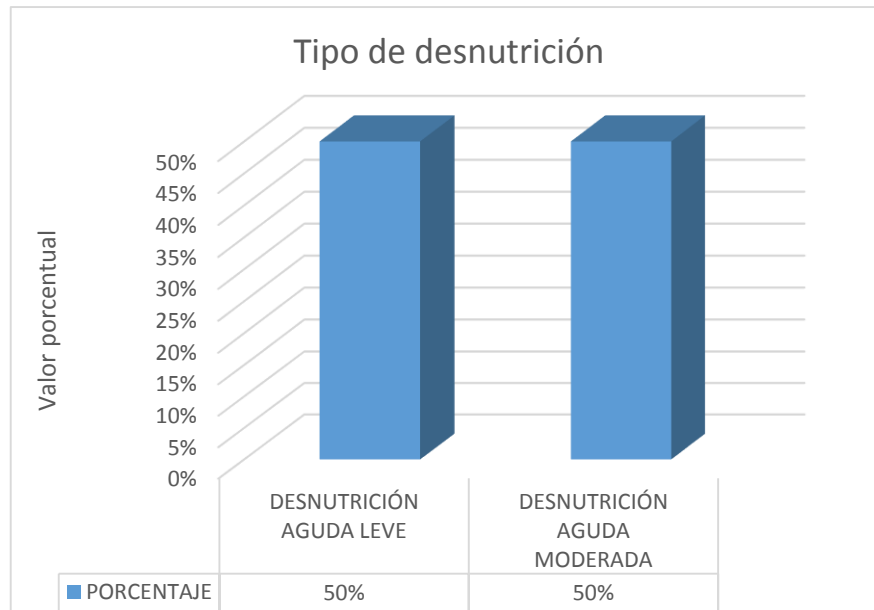


Gráfico 6-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipo de desnutrición aguda

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

La distribución de los pacientes vulnerables menores de 2 años que presentan desnutrición aguda leve son el 50% (n=5), y desnutrición aguda moderada 50% (n=5), no existen pacientes con desnutrición aguda severa.

3.3.3. *Personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas*

3.3.3.1. *Distribución de pacientes vulnerables de acuerdo al tipo de discapacidad*

Tabla 8-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipos de discapacidad

Tipo de Discapacidad	(n)	(p)
Física	30	33%
Intelectual	26	28%
Psicosocial	5	5%
Otros	31	34%
TOTAL	92	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

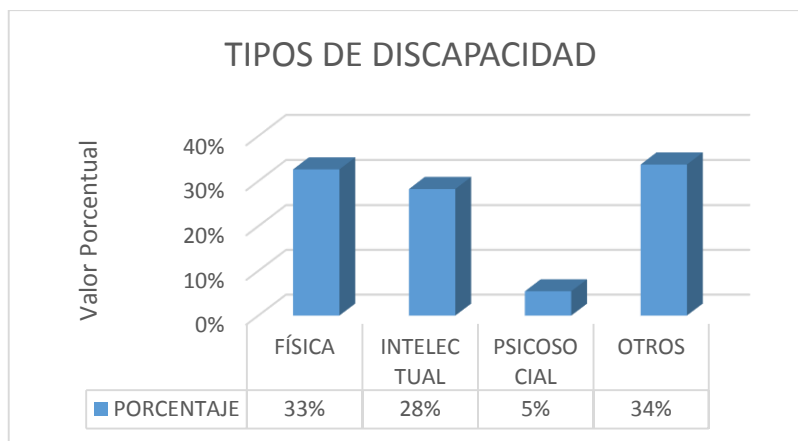


Gráfico 7-3: Distribución de pacientes vulnerables por tipos de discapacidad

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De los 218 pacientes vulnerables 92 son pacientes que presentan diferentes discapacidades, de los cuales tienen discapacidad física el 33% (n=30), discapacidad intelectual tienen el 28% (n=26), discapacidad psicosocial el 5% (n=5) y otro tipo de discapacidad (visual, auditiva, de lenguaje) tienen el 34% (n=31).

3.3.3.2. Distribución de pacientes vulnerables por grado de discapacidad

Tabla 9-3: Distribución de pacientes vulnerables por grado de discapacidad

Grado de Discapacidad	(n)	(p)
Discapacidad leve	0	0%
Discapacidad moderada	16	17%
Discapacidad grave	17	18%
Muy grave	38	41%
Sin carnet de discapacidad	21	23%
TOTAL	92	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

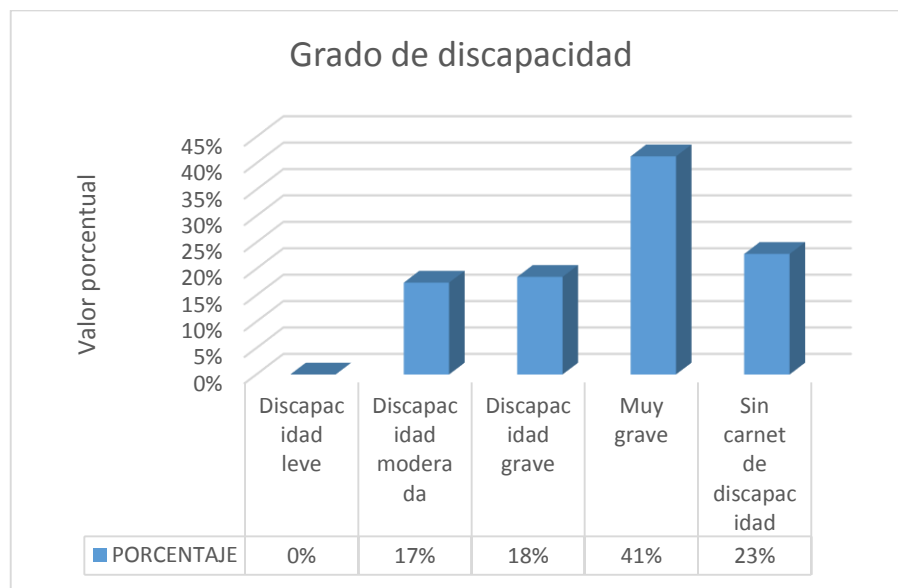


Gráfico 8-3: Distribución de pacientes vulnerables por grado de discapacidad.

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De los 218 pacientes vulnerables 92 son pacientes que presentan diferentes grados de discapacidad, de los cuales tienen discapacidad muy grave el 41% (n=38), discapacidad grave tienen el 18% (n=17), discapacidad moderada el 17% (n=16), no se han registrado pacientes con discapacidad leve, y aun no tienen carnet de discapacidad el 23% (n=21).

3.3.4. Personas que adolecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, que no tengan adecuado control de ellas o requieran cuidados paliativos. Enfermedades Crónicas Descompensadas: Enfermedades Crónicas Transmisibles No Transmisibles y Enfermedades Crónicas Transmisibles Transmisibles.

3.3.4.1. Distribución de pacientes vulnerables con Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Tabla 10-3: Distribución de pacientes vulnerables con Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	(n)	(p)
Hipertensión arterial	31	41%
Diabetes mellitus	10	13%
Cáncer	2	3%
Enfermedades neurológicas	4	5%
Enfermedades de la marcha y de la movilidad	11	14%
Enfermedades respiratorias	6	8%
Enfermedades cardiopulmonares	4	5%
Otras	8	11%
TOTAL	76	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo “C” Lasso
Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

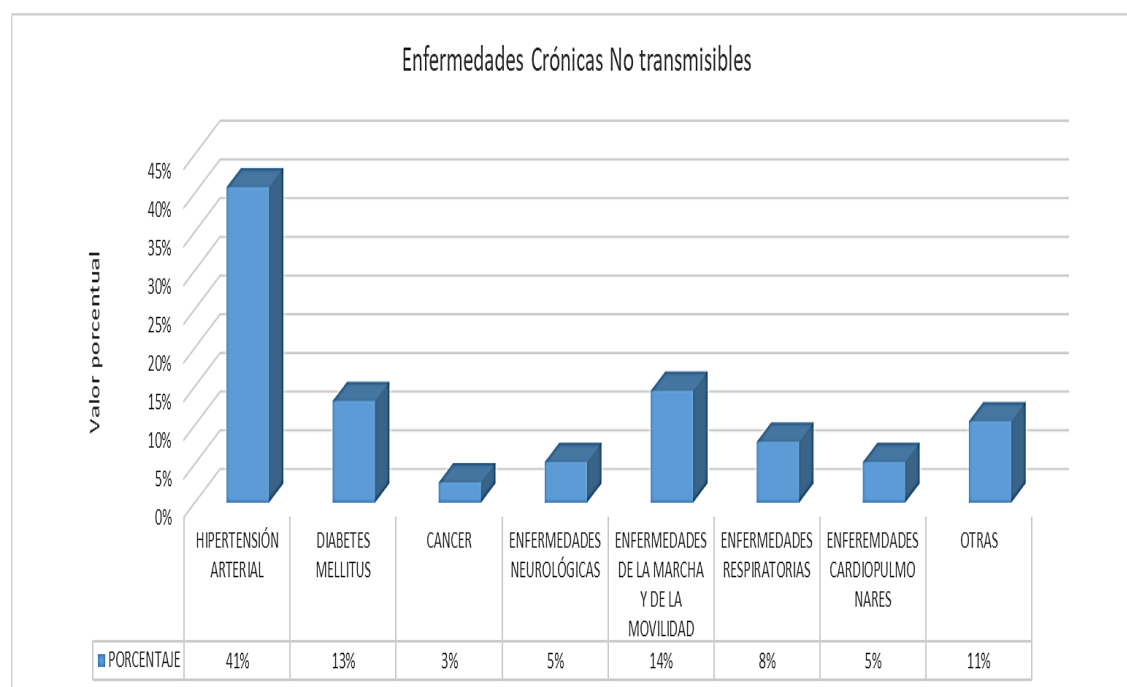


Gráfico 9-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades Crónicas No Transmisibles

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De los 218 pacientes vulnerables 76 presentan Enfermedades Crónicas No Transmisibles de las cuales las que tienen mayor prevalencia son: Hipertensión arterial con el 43% (n=31), Enfermedades de la marcha y de la movilidad con el 14% (n=11) y Diabetes mellitus con el 13% (n=10). Las enfermedades con más baja prevalencia son: Enfermedades respiratorias con el 8% (n=6), Enfermedades cardiopulmonares con el 5% (n=4); Enfermedades Neurológicas con el 5% (n=4) y el Cáncer con el 3% (n=2). Otras enfermedades con el 11% (n=8).

3.3.4.2. Distribución de pacientes vulnerables con Enfermedades Crónicas Transmisibles.

Tabla 11-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades Crónicas Transmisibles

Enfermedad Crónica Transmisible	(n)	(p)
Tuberculosis	3	100%
TOTAL	3	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso
Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

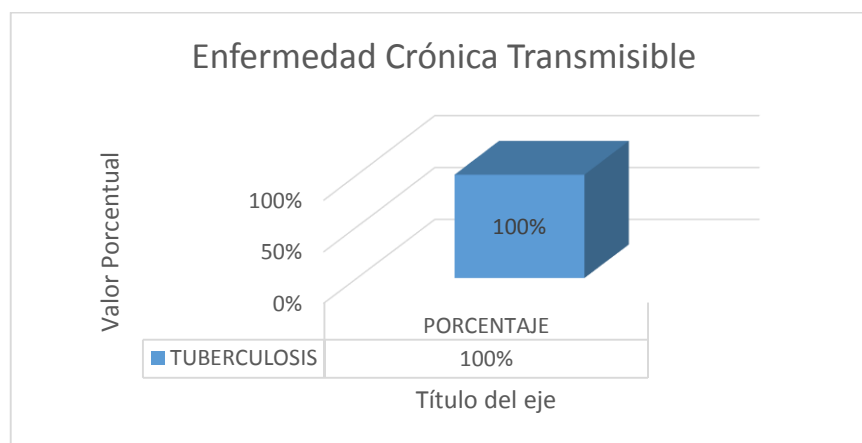


Gráfico 10-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades Crónicas Transmisibles

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De los 218 pacientes vulnerables 3 presentan Enfermedades Crónicas Transmisibles y son tuberculosis con un 100% (n=3).

3.3.5. Personas con situación en riesgo (víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos).

3.3.5.1. Distribución de pacientes vulnerables víctimas de violencia

Tabla 12-3: Distribución de pacientes vulnerables víctimas de violencia

Grupos Vulnerables	(n)	(p)
Violencia Sexual	2	100%
Violencia Doméstica	0	0%
Maltrato Infantil	0	0%
Desastres naturales o antropogénicos	0	0%
TOTAL	2	100%

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso
Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

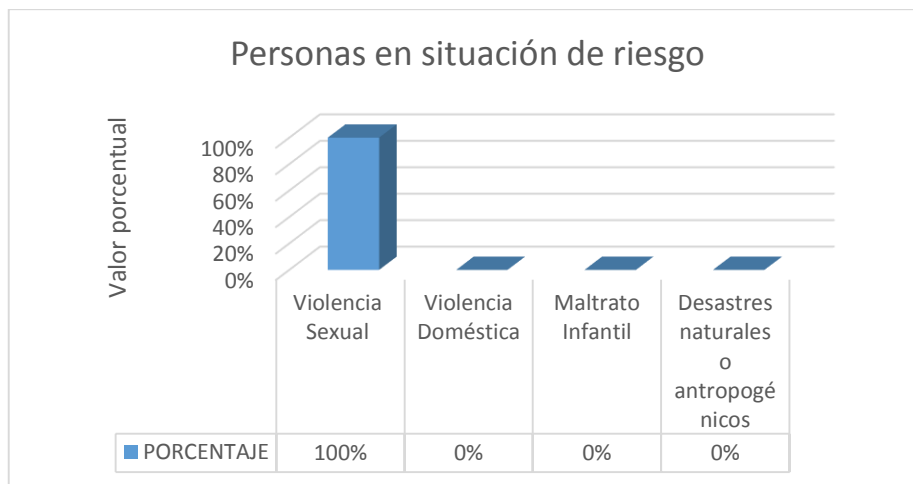


Gráfico 11-3: Distribución de pacientes vulnerables víctima de violencia.

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De los 218 pacientes vulnerables tan solo 2 pacientes han manifestado haber vivido violencia sexual que es el 100% (n=2).

3.3.6. Personas con riesgo genético

3.3.6.1. Distribución de pacientes vulnerables con Enfermedades genéticas

Tabla 12-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades de riesgo genético

ENFERMEDADES GENÉTICAS	(n)	(p)
Otras deformidades de Pabellón Auricular	3	15
Amaurosis congénita de Leber	1	5
Trastorno del metabolismo de las aminoácidos aromáticos no especificado	2	10
Neurofibromatosis	1	5
Síndrome de Kartagener	1	5
Pie Equino Varo y mano en garra	2	10
Hiperplasia suprarrenal congénita	1	5
Síndrome de Down	5	25
Hipotiroidismo Congénito	1	5
Síndrome de Rubinstein Taybi	1	5
Esquizofrenia paranoide	2	10
TOTAL	20	100

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

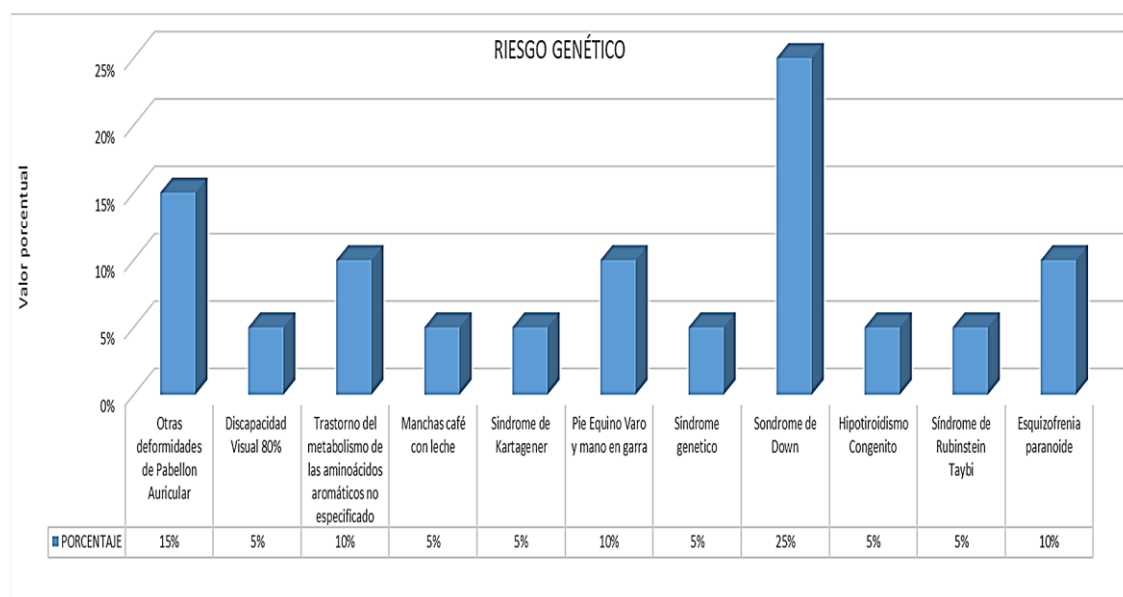


Gráfico 12-3: Distribución de pacientes vulnerables con enfermedades de riesgo genético.

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De los 218 pacientes vulnerables 20 presentan enfermedades de riesgo genético, las que tienen mayor prevalencia son: Síndrome de Down con el 25% (n=5). Otras deformidades de Pabellón Auricular el 15% (n=3). Trastorno del metabolismo de las aminoácidos aromáticos no especificado con el 10% (n=2). Pie Equino Varo y mano en garra con el 10% (n=2). Esquizofrenia paranoide con el 10% (n=2).

3.3.7. Personas con intentos autolíticos.

No se han registrado personas con intentos autolíticos.

3.4. Distribución de pacientes vulnerables que han recibido Plan de Tratamiento Integral

Tabla 14-3: Distribución de pacientes que han recibido Plan de Tratamiento Integral

Plan de Tratamiento Integral	(n)	(p)
SI	203	93
NO	15	7
TOTAL	218	100

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

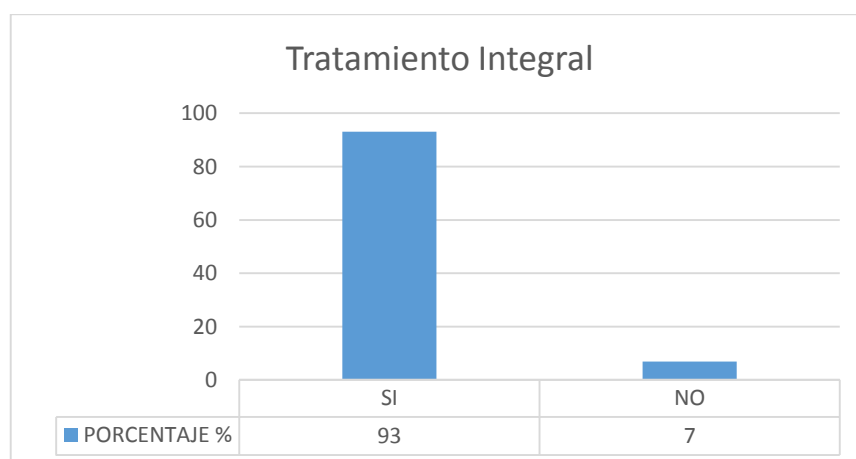


Gráfico 13-3: Distribución de pacientes que han recibido Plan de Tratamiento Integral

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De un total de 218 pacientes vulnerables el 93% (n=203) si ha recibido tratamiento integral, mientras que el 7% (n=15) no lo ha recibido.

3.5. Distribución de pacientes vulnerables que han recibido Rehabilitación y Cuidado

Tabla 15-3: Distribución de pacientes que han recibido Rehabilitación y Cuidado

Rehabilitación y Cuidado	(n)	(p)
SI	47	21
NO	171	78
TOTAL	218	100

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo "C" Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

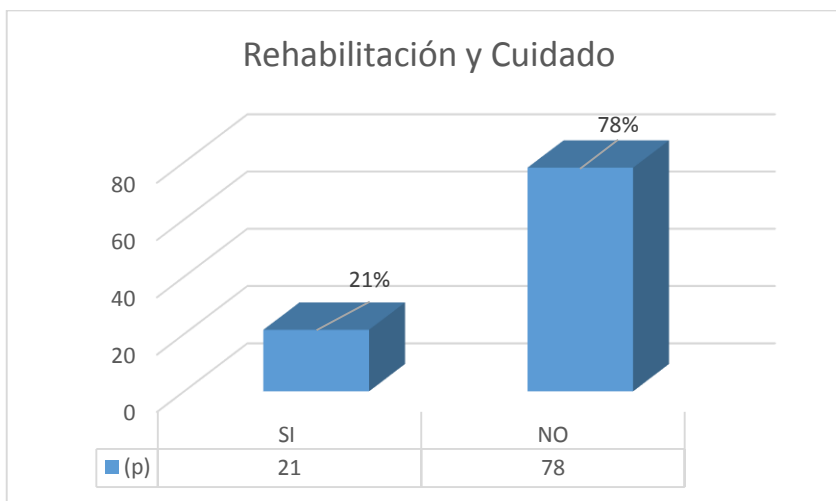


Gráfico 14-3: Distribución de pacientes que han recibido Rehabilitación y Cuidado

Realizado por: Chusquillo, Silvana, 2019

De un total de 218 pacientes vulnerables el 21% (n=47) si ha recibido rehabilitación y cuidado, mientras que el 78% (n=171) no lo ha recibido.

3.6. Evaluación de las acciones planificadas por el abordaje de la estrategia Médico del Barrio en los pacientes vulnerables del Centro de Salud Tipo “C” Lasso.

Tabla 16-3: Acciones planificadas por el abordaje de la Estrategia Médico del Barrio

ACCIONES REALIZADAS POR EL ABORDAJE DE LA ESTRATEGIA MÉDICO DEL BARRIO EN PACIENTES VULNERABLES		(n)	(p) %
Pacientes que están dentro de la matriz de Vulnerabilidad	Nro. de Visitas en pacientes que si cumplen la estrategia	263	26
	Nro. de Visitas en pacientes que se emiten informes de salud	437	44
	Nro. de Visitas en pacientes que requieren más supervisión médica por acciones pendientes	250	25
Pacientes que están fuera de la matriz de Vulnerabilidad	Nro. de Visitas donde el paciente vulnerable cambia a prioritario	48	5
	Nro. de visitas donde se registra fallecimientos	6	1
Total	Nro. total de Visitas a Pacientes Vulnerables	1004	100
Número de visitas a cada paciente	Número de Pacientes Vulnerables visitados (n)		(p) %
1	24		11.0
2	30		13.8
3	23		10.6
4	35		16.1
5	32		14.7
6	25		11.5
7	22		10.1
8	15		6.9
9	5		2.3
10	4		1.8
11	2		0.9
12	0		0.0
13	1		0.5
Promedio de Visitas: 7	TOTAL:218		100

Fuente: Servicio de Estadística del Centro de Salud Tipo “C” Lasso

Elaborado por: Chusquillo, Silvana; 2019

Se representa las acciones planificadas por la Estrategia Médico del Barrio llevadas a cabo en cada visita médica por parte del Médicos Familiar a **pacientes vulnerables** de las cuales se reporta que en el 26% (n=263 visitas), si se cumple con la estrategia ya que los pacientes tiene controlada su patología y se lleva a cabo un correcto seguimiento, en un 44% (n=437 visitas) se han realizado informes para comunicar estado de salud, alguna petición o novedad de la patología del paciente. En el 25% (n=250 visitas) ha quedado pendiente su valoración por ausencia del paciente o porque se espera valoración por especialidad del segundo o tercer nivel, o porque perdió alguna ayuda técnica o abandonó algún tratamiento médico, comprobar cambio de domicilio, reajustar dosis de medicamentos, acompañar a una transferencia, controlar una patología descompensada. Mientras

que los pacientes que están fuera de la matriz de Vulnerabilidad constituyen un 5% (n=48 visitas) por presentarse asintomáticos con la patología bien controlada por lo que pasan a la matriz de pacientes prioritarios. Y finalmente se tiene el 1% (n= 6 visitas) donde se ha comprobado y registrado 6 fallecimientos.

En el primer semestre del desarrollo de la Estrategia Médico del Barrio se han realizado a los pacientes vulnerables desde una a trece visitas domiciliarias dependiendo de la gravedad de su patología, de esta manera se evidencia que el 16.1% (n=35 pacientes) han recibido 4 visitas domiciliarias, el 14.7% (n=32 pacientes) han recibido 5 visitas y el 11.5% (n=25 pacientes) han recibido 6 visitas domiciliarias. El paciente más vulnerable que representan el 0,5% (n=1 paciente) ha recibido 13 visitas domiciliarias, mientras que los pacientes vulnerables que recién han sido captados han recibido una visita y representan el 11% (n=24 pacientes).

3.7. Discusión

El grupo etáreo más prevalente de los pacientes vulnerables son los Adultos Mayores (38%) con una edad comprendida entre 65 años y más, esto se puede comparar con estudios anteriores como el estudio de (Riquelme Heras, y otros, 2016) , donde se evidencia que los pacientes de la tercera edad alcanzan la mayor prevalencia de vulnerabilidad ya que por su condición física o enfermedad concomitante se vuelven pacientes frágiles.

El mayor porcentaje de pacientes vulnerables son de sexo femenino con el 56%, al estar cursando la “Estrategia Médico del Barrio” por su primer semestre aún no existen estudios anteriores razón por la cual no se sabe cuál es el género predominante, siendo así este estudio aportador de los primeros datos de acuerdo a nuestro medio.

Al llevarse a cabo por primera vez la “Estrategia Médico del Barrio” en nuestro país, aún no existen estudios anteriores razón por la cual no se sabe cuál es el grupo vulnerable predominante, siendo así este estudio aportador de los primeros datos de acuerdo a nuestro medio. En nuestro estudio se pudo analizar que los grupos de pacientes vulnerables más prevalentes son las personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas que representan el 42%, y las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles que representan el 35%.

En el grupo de pacientes vulnerables de Mujeres Embarazadas el 60% tienen alto riesgo por presentar principalmente patologías asociadas al embarazo como hipertensión gestacional, abortos anteriores, algún tipo de discapacidad, periodo intergenésico corto, gran multiparidad o ser gestantes adolescentes o añosas. Mientras que el 40% tienen muy alto riesgo por presentar embarazos gemelares, asociado a otra patología como VIH, enfermedad cardíaca o enfermedad psicológica, las cuales deben ser tratadas por los médicos especialistas del I Nivel. Y no se

evidencias embarazadas con riesgo bajo, ya que estas pacientes no son consideradas vulnerables sino pacientes prioritarias las cuales son controladas por el médico general. Lo antes mencionado se puede comparar con estudios anteriores como los publicados en la Guía de implementación de Herramientas de la Estrategia de Reducción de Muerte Materna y Neonatal (Inga y Chango 2018) donde nuestro estudio se respalda con las pacientes embarazadas de **alto riesgo** que presentan cardiopatía 2 (paciente obligada a una limitación ligera de su actividad), cirugía uterina previa, embarazo gemelar, Trastorno hipertensivo, presentación anómala constatada después de las 38 semanas de gestación, VIH, embarazadas adolescentes y añosas, malnutrición preconcepcional (IMC<18 ó >30), baja estatura materna <1,45m, gran multiparidad, infección urinaria baja o bacteriuria asintomática. Y también nuestro estudio se respalda con las de **muy alto riesgo** con aquellas pacientes embarazadas que presentan cardiopatía 3 o 4 (paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad), incompetencia cervical, muerte perinatal recurrente, preeclámpsica grave (TA Diastólica mayor o igual a 110 mmHg, o TA Sistólica mayor o igual a 160 mmHg), patología asociada grave, rotura prematura de membranas, VIH con tratamiento, SIDA, Amenaza de parto prematuro antes de la semana 37, violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional y gestación múltiple.

En el grupo de pacientes vulnerables de niños menores de dos años que padecen desnutrición aguda encontramos que el grupo etéreo predominate es el de lactante mayores en el 50%. El mayor porcentaje de pacientes son hombres con un 60%. Los tipos de desnutrición que predominan son la desnutrición aguda leve con un 50% y la desnutrición aguda moderada con un 50%. No se ha registrado desnutrición aguda severa en nuestro medio. Los datos registrados se pueden comparar con estudios anteriores como los publicados en GACETAS DESNUTRICIÓN 2018 (Según MSP del Ecuador).(Ministerio de Salud Pública 2019), en el programa de DESNUTRICIÓN CERO, se evidencia que en el ECUADOR, en la SEMANA EPIDEMIOLOGICA 52/2018, coincide la prevalencia de la Desnutrición Aguda por grupos etéreos en niños menores de 2 años, así como en sexo masculino, lo que se contrapone el estudio nacional con nuestro estudio local, es la

ausencia de desnutrición severa, ya que se mencionan cifras muy significativas de anemias agudas severas en nuestro país, esto a futuro podría ser modificado en nuestra localidad, por lo que la presente información de este estudio puede significar la base para futuros estudios con esta variable, sin bien la calidad de la evidencia hasta ahora no es significativa.

En el grupo de pacientes vulnerables con algún tipo de discapacidad, encontramos pacientes con discapacidad física en el 33%, con discapacidad intelectual tienen en el 28%, con discapacidad psicosocial en el 5% y también otro tipo de discapacidades (visual, auditiva, de lenguaje, mixta) en el 34%. De acuerdo al grado de discapacidad los pacientes presentan discapacidad muy grave en el 41%, discapacidad grave el 18%, discapacidad moderada el 17%, no se han registrado pacientes con discapacidad leve, y aun no tienen carnet de discapacidad el 23%, esto se puede comparar y apoyar nuestra investigación con estudios actualizados elaborados a nivel nacional en abril del 2019 por el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) y Fuente del Ministerio de Salud Pública, donde se evidencia que efectivamente el mayor porcentaje de discapacidades son las físicas (46.65%), seguida de la intelectual (22,35%) y de las discapacidades auditiva(14.12%) y visual (11.82%) y finalmente la psicosocial (5.05%) (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades 2019) Mientras que al comparar los grados de discapacidad se contrapone a nuestro estudio ya que los resultados a nivel nacional indican que existe mayor prevalencia de discapacidades leves, lo que no se registra en este estudio porque éstos no son paciente vulnerables, se apoya a nuestro estudio la discapacidad moderada (4.68%) como segunda prevalencia y la discapacidad graves (14.10%) como tercera prevalencia. Se contrapone a nuestro estudio las discapacidades muy graves (6.08%) a nivel nacional ya que en nuestra localidad éstas discapacidades son las más prevalentes con el 41%.

De los pacientes vulnerables que presentan Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Transmisible el 58% son mujeres y el 42% son hombres. Dentro de la Enfermedades Crónicas No

Transmisibles las que tienen mayor prevalencia son: Hipertensión arterial con el 41%, Enfermedades de la marcha y de la movilidad con el 14% y Diabetes mellitus con el 13%. Las enfermedades con más baja prevalencia son: Enfermedades respiratorias con el 8%, Enfermedades cardiopulmonares con el 5%; Enfermedades Neurológicas con el 5% y el Cáncer con el 3%. Otras enfermedades con el 11%. Dentro del grupo de pacientes que presentan Enfermedades Crónicas Transmisibles encontramos que el 100% padecen de tuberculosis, se compara nuestro estudio con otro realizado en Paraguay donde las enfermedades crónicas de mayor prevalencia están representadas por las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes y se contraponen la baja prevalencia en nuestra localidad con las enfermedades crónicas respiratorias, cáncer, tumores y trastornos de salud mental. (Garce-Mendez et al, 2016)

En el grupo de pacientes vulnerables víctimas de violencia tan solo el 1% han manifestado haber vivido violencia sexual, no se han identificado más pacientes en situación de violencia debido a que en la población no denuncia o los casos no han sido referidos para el seguimiento por el especialista, se puede comparar y apoyar nuestro resultado con estudios provenientes de diversas partes del mundo, con inclusión de África, Asia meridional y América Latina, donde se ha documentado que proporciones sustanciales de niñas dicen haber sufrido acoso y abuso sexuales y que los perpetradores eran compañeros de escuela o profesores. En un estudio en escuelas primarias del distrito de Machinga, en Malawi, las alumnas dijeron haber sufrido diversos tipos de acoso y abuso sexuales en la escuela, incluidos comentarios sexuales (7,8%), tocamientos sexuales (13,5%), “violación” (2,3%) y relaciones sexuales “coaccionadas o no deseadas” (1,3%), lo que nos demuestra un bajo porcentaje de denuncias no sólo en nuestro país sino en el resto del mundo.(OMS, 2014)

En el grupo de los pacientes vulnerables que presentan enfermedades de riesgo genético, las que tienen mayor prevalencia son: Síndrome de Down con el 25%. Otras deformidades de Pabellón Auricular el 15%. Trastorno del metabolismo de las aminoácidos aromáticos no especificado con

el 10%. Pie Equino Varo y mano en garra con el 10%. Esquizofrenia paranoide con el 10%, las mayores prevalencia de nuestro estudio se compara y apoya con un estudio realizado en un hospital del Perú, de un total de 25.086 nacidos vivos atendidos en el periodo de 2011 a 2013 donde se presentaron 189 casos de alteraciones cromosómicas tanto numéricas como estructurales, de los cuales 141 padecían Síndrome de Down que representa al 74% del total de alteraciones cromosómicas. (MANSILLA GALLEGOS 2014) . Mientras que para apoyar la otra prevalencia de nuestro estudio comparo y apoyo con un estudio realizado por la Revista Medicina Clínica y Social 2017;1(2):105-113. Donde se menciona que los recién nacidos tienen una alta incidencia de deformidades auriculares, causadas por las interacciones de una serie de factores. Por ejemplo, la incidencia de deformidad auricular neonatal en el área del Delta del río de las Perlas, China, se encuentra alrededor del 57,46 por ciento. Esta alta incidencia se explica por la presencia de siete factores estadísticamente significativos: situación de parto de la madre, antecedentes de hepatitis materna, embarazo anormal, trabajo anormal, desproporción cefalopélvica, rotura prematura de membranas y peso neonatal. (Zhao et al. 2017)

En el primer semestre de llevarse a cabo la “Estrategia Médico del Barrio” en nuestro estudio se analiza que de un total de 218 pacientes vulnerables el 21% si ha recibido rehabilitación y cuidado, mientras que el 78% no lo ha recibido, tomando en cuenta que el grupo que recibe rehabilitación y cuidado en salud son las personas con discapacidad razón por la cual este porcentaje es bajo. El 93% de los pacientes ya han recibido tratamiento integral en donde el paciente es valorado por el especialista del primer nivel de atención de manera integrada y multidisciplinaria, no existen estudios anteriores para realizar comparaciones.

De un total de 1004 visitas médicas a los pacientes vulnerables se analiza que a nivel general, las acciones planificadas por la Estrategia Médico del Barrio llevadas a cabo en cada visita médica por parte del Médicos Familiar a **pacientes vulnerables** de las cuales se reporta que en el 26%

(n=263 visitas), si se cumple con la estrategia ya que los pacientes tiene controlada su patología y se lleva a cabo un correcto seguimiento, en un 44% (n=437 visitas) se han realizado informes para comunicar estado de salud, alguna petición o novedad de la patología del paciente. En el 25% (n=250 visitas) ha quedado pendiente su valoración por ausencia del paciente o porque se espera valoración por especialidad del segundo o tercer nivel, o porque perdió alguna ayuda técnica o abandonó algún tratamiento médico, comprobar cambio de domicilio, reajustar dosis de medicamentos, acompañar a una transferencia, controlar una patología descompensada. Mientras que los pacientes que están fuera de la matriz de Vulnerabilidad constituyen un 5% (n=48 visitas) por presentarse asintomáticos con la patología bien controlada por lo que pasan a la matriz de pacientes prioritarios. Y finalmente se tiene el 1% (n= 6 visitas) donde se ha comprobado y registrado 6 fallecimientos de pacientes vulnerables los cuales 3 han fallecido por muerte natural, 1 por shock séptico, uno con infarto agudo de miocardio y uno con insuficiencia respiratoria a causa de neumonía. No existen estudios anteriores para realizar comparaciones siendo así este estudio aportador de los primeros datos de acuerdo a nuestro medio.

En los primeros 6 meses de realizarse la “Estrategia Médico del Barrio” en nuestro estudio se analiza que se han realizado 1 a 13 visitas domiciliarias con un promedio de 7 visitas por paciente vulnerable dependiendo de la gravedad de la patología, de esta manera se evidencia que el 16.1% (n=35 pacientes) han recibido 4 visitas domiciliarias, el 14.7% (n=32 pacientes) han recibido 5 visitas y el 11.5% (n=25 pacientes) han recibido 6 visitas domiciliarias. El paciente más vulnerable que representan el 0,5% (n=1 paciente) ha recibido 13 visitas domiciliarias, mientras que los pacientes vulnerables que recién han sido captados han recibido una visita y representan el 11% (n=24 pacientes). No existen estudios anteriores para realizar comparaciones siendo así este estudio aportador de los primeros datos de acuerdo a nuestro medio.

CONCLUSIONES

- Se realizó el análisis situacional actual de la Estrategia “Médico del Barrio” del Centro de Salud Tipo “C” Lasso en el período Junio a Diciembre del 2018 encontrándose un total de 218 pacientes vulnerables correspondiendo al 0,5% de la población adscrita a la unidad operativa.
- Se determinó que los pacientes vulnerables encontrados en el presente estudio fueron: personas con discapacidad física e intelectual en abandono y con enfermedades asociadas que representan el 42%, personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles que representan el 35%, síndromes genéticos con el 9% , seguido de mujeres embarazadas con alto y muy alto riesgo en un 9%, violencia sexual en el 1% y no se encontraron intentos autolíticos, el grupo etáreo más prevalente de los pacientes vulnerables son los Adultos Mayores (38%) con una edad comprendida entre 65 años y más, el sexo prevalente fue el femenino, se beneficiaron del plan de tratamiento integral el 93% y recibieron rehabilitación y cuidado el 21% de los pacientes.
- Las acciones realizadas por la Estrategia Médico del Barrio en los pacientes vulnerables del Centro de Salud Tipo “C” Lasso fueron: La captación de 218 pacientes vulnerables en un total de 1004 visitas domiciliarias por parte del Médico Familiar, de donde se reporta que en el 26% de las visitas domiciliarias si se cumple con la estrategia ya que los pacientes tiene controlada su patología y se lleva a cabo un correcto seguimiento, en el 44% de las visitas se han realizado informes para comunicar estado de salud, alguna petición o novedad de la patología del paciente. En el 25% de las visitas ha quedado pendiente su valoración por ausencia del paciente o porque se espera valoración por especialidad del segundo o tercer nivel, o porque perdió alguna ayuda técnica o abandonó algún tratamiento médico, comprobar cambio de domicilio, reajustar dosis de medicamentos, acompañar a una transferencia, controlar una patología descompensada. Mientras que en un 5% de las visitas domiciliarias se ha logrado sacar de la matriz de

pacientes vulnerables a la matriz de pacientes prioritarios por presentarse asintomáticos con la patología bien controlada, y finalmente en el 1% de visitas domiciliarias se han comprobado y registrado 6 fallecimientos.

- En los primeros 6 meses de realizarse la “Estrategia Médico del Barrio” en nuestro estudio se analizó que se han realizado 1 a 13 visitas domiciliarias con un promedio de 7 visitas por paciente dependiendo de la gravedad de la patología, de esta manera se evidencia que el 16.1% del total de pacientes han recibido 4 visitas domiciliarias, el 14.7% han recibido 5 visitas. El paciente más vulnerable que representan el 0,5% (n=1 paciente) ha recibido 13 visitas domiciliarias.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda encontrar acciones que permitan captar pacientes con enfermedades raras, huérfanas y catastróficas, ya que en este grupo de vulnerabilidad la estrategia no ha tenido un buen resultado.
- Se recomienda realizar un trabajo coordinado con salud mental con la finalidad de detectar tempranamente casos de todo tipo de violencia e intentos autolíticos.
- Se recomienda la realización de más trabajos de este tipo para determinar los avances de la estrategia y su sostenibilidad a largo plazo.
- Se recomienda crear una política de salud pública en donde el paciente ejerza responsabilidad en el cuidado de su enfermedad.
- Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública aparte de acercar al especialista del I Nivel a la comunidad realice un acercamiento y sensibilización de los especialistas del II y III Nivel para que realicen actividades extramurales en los pacientes que no pueden trasladarse.

BIBLIOGRAFÍA

Academia Americana de Pediatría (AAP por sus siglas en inglés). Teenage pregnancy. [En línea] 2011. <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/dating-sex/pages/Teenage-Pregnancy.aspx> .

Casas, Donovan, Rodríguez, Alejandra y Casas, Isaac. *Atención primaria en salud: concepto o utopía.* 2013, MEDWave.

Barrionuevo, José. Suicidio e intentos de suicidio. [En línea] 2009. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio_e_intentos.pdf.

Basile, Juan Felix. Manual de la Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad. [En línea] 1985. https://es.slideshare.net/conajup/manual-evaluacion-y-calificacion-discapacidad-16821481?from_action=save.

Bekelman, DB, y otros. Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study: A Randomized Clinical Trial. [En línea] 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25822284>.

Betancourt, Andrea. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. [En línea] 2008. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2350/1/BFLACSO-CS26-04-Betancourt.pdf>.

Bitar-Alatorre, Wadih Emilio. Tumores y columna vertebral. [En línea] 2013. <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2013/ot133g.pdf>.

Borja, Graciela. Prevalencia de las enfermedades Genéticas en Ecuador. [En línea] 2017. <https://biologiadelagraciela.wordpress.com/2017/01/29/prevalencia-de-las-enfermedades-geneticas-en-ecuador/>.

Cabanellas, Guillermo. Diccionario Jurídico Elemental. Décimosexta. 2003.

Cárdenas Varón, G. Ciclo Intergeneracional de La Violencia Doméstica Contra La Mujer. [En línea] 2014. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/view/7062/6565>.

Centro de Excelencia Medica en Altura. Protocolo de atención a pacientes vulnerables. [En línea] <http://www.cufcd.edu.mx/calidad/v20/documentacion/CM/CEMA-PR-PS-1.pdf>.

Centro de Investigación Biomédica EuroEspes. Genética de riesgo. [En línea] <http://euroespes.com/servicios-medicos/medicina-genomica/genetica-riesgo/>.

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). Committee Opinion: Obesity in Pregnancy. [En línea] 2013. https://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Obesity_in_Pregnancy.

—.. FAQs: HIV and pregnancy. [En línea] 2010. <http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq113.pdf?dmc=1&ts=20120730T1640322605>.

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Salud Mental y Discapacidad psicosocial. [En línea] 2016. <https://www.gob.mx/conadis/articulos/salud-mental-y-discapacidad-psicosocial>.

Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. [En línea] 2008. http://www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file_id=195600.

—. 2008. Asamblea Constituyente 2008. Alfaro : s.n., 2008.

Departamento de Servicios Financieros de la Florida. Descripción General de Cuidados a Largo Plazo. [En línea] 2012. <https://espanol.myfloridacfo.com/Division/Consumers/understandingCoverage/LongTermCareOverview.htm>.

Fojo, Félix. *Desastres Naturales, Tecnológicos Y Antropogénicos.* 2010, Galenus 66.

Diario La Hora. Médico del barrio inicia este viernes. *Médico del barrio inicia este viernes.* 26 de Junio de 2018.

Diario Metro Ecuador. Conoce los principales datos sobre el Maltrato infantil. [En línea] 2018. <https://www.metroecuador.com.ec/ec/noticias/2018/04/25/conoce-los-principales-datos-maltrato-infantil.html>.

Doherty, WJ y Baird, MA. *Family therapy and family medicine: Toward the primary care of families.* New York : The Guilford Press, 1983.

Durán, Augusto. Maltrato Infantil. [En línea] 2012. <https://derechoecuador.com/maltrato-infantil>.

Márquez Caraveo, Ma. Elena, y otros. *Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual.* 5, 2011, Scielo, Vol. Salud Mental 34.

Forner Cordero, Isabel. Tratamiento conservador versus quirúrgico de la paraplejía traumática por fracturas vertebrales torácicas y lumbares. [En línea] 2005. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10021/forner.pdf>.

Fundación Mexicana para la Salud. *Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional.* México : Médica Panamericana, 1995.

Genetic Studies in intellectual Disability and Behavioral Impairment. **Hoda, Mehregan, Hossein, Najmabadi y Kimia, Kahrizi.** 5, 2016, Vol. 19.

Gómez-Ferrer Gorriz, C. Retraso mental. [En línea] https://psiquiatria.com/tratado/cap_34.pdf.

Gordillo, Sandra. La Discapacidad Severa y Dependencia. 2011.

Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. **Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España.** 2012, pág. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.

Gómez Cruz, José, y otros. *Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico.* 1, 2009, Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Vol. 7.

Illescas, Omar. tesina previa a la obtención del diplomado en derecho constitucional y derechos fundamentales. [En línea] 2010. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2967/1/td4420.pdf>.

INEC. Anurio de Nacimientos y defunciones 2017. [En línea] 2017. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/.

Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Instructivo de evaluación asistida a apersonas con discapacidad. [En línea] 2016. http://www.evaluacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/07/DIAJ_Instructivoevaluacionasistida_20160505.pdf.

Jewkes, R. Intimate partner violence: Causes and prevention. [En línea] 2000. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf.

Kwan, P y et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia.* [En línea] 2010. <http://www.epilepsiasen.net/wp-content/uploads/GUIA%20OFICIAL%20SEN%20EPILEPSIA.pdf>.

Ginarte Arias, Yurelis. *La adherencia terapéutica.* 5, Habana : s.n., 2001, Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. 17.

Facultad Nacional de Salud Pública de Colombia. *Ley 797 de 2003.* Revista Facultad Nacional de Salud Pública de Colombia.

Revista de Neurología. *Medicamentos huérfanos y enfermedades huérfanas.* 3, 2001, Revista de Neurología, Vol. 33.

MIES. Programa de Protección Solidaria PPS. [En línea] www.pps.gov.ec.

Ministerio de Salud Pública .. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica (GPC). [En línea] 2016. <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>.

Ministerio de Salud Pública del Gobierno de Chile. Norma General Técnica para La Atención de Víctimas de Violencia Sexual. [En línea] 2016. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf.

Ministerio de Salud Pública. Ecuador con Salud. [En línea] 2018. https://issuu.com/saludecuador/docs/revista_digital_final_baja.

—. **2017.** Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud. Primera. Quito : s.n., 2017.

—. **2018.** Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud. Primera. Quito : s.n., 2018.

—. **2012.** Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. [En línea] 2012. http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

Ministerio del Trabajo. CRITERIO MÉDICO: Enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, según Ministerio de Salud Pública. . [En línea] http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/10/ENFERMEDAD_CATASTROFICA.pdf.

Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España. VM Valoración de las situaciones de minusvalía. [En línea] 2000. <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.1-4569/Valoraciones.pdf>.

Montes, María Isabel. Neuropatía autonómica periférica aguda. [En línea] 2010. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v26n3/v26n3a06.pdf>.

National Institutes of Health (NIH). Risk of newborn heart defects increases with maternal obesity [news release]. [En línea] 2010. <http://www.nih.gov/news/health/apr2010/nichd-07.htm>.

National Institutes of Health. ¿Qué es un embarazo de alto riesgo? [En línea] <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/riesgo.aspx>.

Observatorio Discapacidad Física. La discapacidad física: Qué es y qué tipos hay. [En línea] 2016. <http://www.observatoridiscapacitat.org/es/la-discapacidad-fisica-que-es-y-que-tipos-hay>.

Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. [En línea] https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.

—. Discapacidades. [En línea] <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>.

Parapupas. Grados de Minusvalía o Grados de Discapacidad. [En línea] 2016. <https://parapupas.com/grados-de-minusvalia/>.

Pita Fernández, S, Vila Alonso, M T y Carpena Montero, J. Determinación de factores de riesgo. [En línea] 2002. https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf.

Póo Argüelles, Pilar. Parálisis cerebral infantil. [En línea] 2008. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>.

Riquelme Heras, Héctor, y otros. Criterios para identificar pacientes vulnerables en Atención Primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [En línea] Marzo de 2016. [Citado el: 22 de Julio de 2018.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100005. ISSN 0864 -2125.

Roscales, E, y otros. Utilización de la simulación clínica en un Máster Interuniversitario en Estudio y Tratamiento del Dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. [En línea] Junio de 2014. [Citado el: 22 de Julio de 2018.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000300003. ISSN 1134-8046.

Secretaría Toda una Vida. 2017. Diagnóstico de la Misión Ternura. [En línea] 2017. <http://www.todaunavida.gob.ec/diagnostico-marco-conceptual-mapa-de-actores/>.

Segalini, Agustín, y otros. Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud (estudio de corte transversal). [En línea] 2017. https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/31086_4-9-Segalini-C.pdf.

2017. Significado de Ciclo de vida. [En línea] 2017. <https://www.significados.com/ciclo-de-vida/>.

Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM por sus siglas en inglés). High-risk pregnancy care, research, and education for over 35 years. [En línea] <https://www.smfm.org/attachedfiles/SMFMMonograph3.1.pdf>.

Starfield, Bárbara. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. [En línea] 2001. <https://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=961>.

UNICEF Ecuador. Situación de la Niñez: Violencia. [En línea] https://www.unicef.org/ecuador/children_28783.html.

UNICEF. 2011. La desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias. [En línea] 2011. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>.

BEKELMAN, D., PLOMONDON, M., CAREY, E., SULLIVAN, M. y NELSON, K., 2015. Primary Results of the Patient-Centered Disease Management (PCDM) for Heart Failure Study: A Randomized Clinical Trial. - PubMed - NCBI. [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25822284>.

BORJA, G., 2017. Prevalencia de las enfermedades Genéticas en Ecuador. *Fundamentos de Biología celular (Fisioterapia udla) Graciela BORJA* [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: <https://biologiacelulargraciela.com/2017/01/29/prevalencia-de-las-enfermedades-geneticas-en-ecuador/>.

CONSEJO NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE DISCAPACIDADES, 2019. Estadísticas de Discapacidad. [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>.

INGA, M.A. y CHANGO, F., 2018. Estrategia de Reducción de Muerte Materna y Neonatal. , pp. 14.

MANSILLA GALLEGOS, M.M., 2014. *PREVALENCIA DE ANOMALIAS CROMOSOMICAS EN RECIEN NACIDOS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS* [en línea]. Puno - Perú: Universidad Nacional del Altiplano. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2188/Mansilla_Gallegos_Megui.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS* [en línea]. 2012. S.l.: s.n. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2019. Gacetas Desnutrición 2019. [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-desnutricion-2019/>.

OMS, 2014. Enfermedades crónicas. *WHO* [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

OMS, 2018. Enfermedades no transmisibles. [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

OMS, [sin fecha]. *Violencia sexual* [en línea]. S.l.: Organización Mundial de la Salud. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=7342FC242031E132C39BABB9702B6F58?sequence=1.

OPS y OMS, 2018. Enfermedades Transmisibles. *OPS Perú* [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=5.

RIQUELME-HERAS, H., GÓMEZ-GÓMEZ, C., GUTIÉRREZ-HERRERA, R., MARTÍNEZ-LAZCANO, F. y SIERRA-AYALA, I., 2016. Criterios para identificar pacientes vulnerables en

Atención Primaria. *Scielo* [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100005.

ROSCALES, E., MAESTRE, J.M., SANTILLÁN, R., HURLÉ, M.A. y MORAL, I. del, 2014. Utilización de la simulación clínica en un Máster Interuniversitario en Estudio y Tratamiento del Dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, vol. 21, no. 3, pp. 131-137. ISSN 1134-8046. DOI 10.4321/S1134-80462014000300003.

SEGALINI, A.M., WEISBROT, M., VIETTO, V., REZZÓNICO, M. y PEÑA, F.V., 2017. Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud (estudio de corte transversal). , vol. 37, pp. 6.

UNA y JIMÉNEZ ZELEDÓN, G., 2018. ¡Evitemos las Enfermedades Transmisibles! [en línea]. [Consulta: 15 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.vidaestudiantil.una.ac.cr/salud-perlassalud/2201-2018-01-evitemos-las-enfermedades-transmisibles>.

ZHAO, H., MA, L., QI, X., QIN, J., YIN, B., ZHONG, M., HE, Y. y WANG, C., 2017. A Morphometric Study of the Newborn Ear and an Analysis of Factors Related to Congenital Auricular Deformities. *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 140, no. 1, pp. 147-155. ISSN 0032-1052. DOI 10.1097/PRS.00000000000003443.

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

Fecha: ____/____/____

Yo María Silvana Chusquillo Barrigas, autora del presente Proyecto de Investigación titulado: **ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA ESTRATEGIA MÉDICO DEL BARRIO EN PACIENTES VULNERABLES UNIDAD DE SALUD LASSO JUNIO-DICIEMBRE 2018**, me comprometo con los pacientes adultos y los representante de los pacientes menores de edad que han expresado voluntariamente su deseo de participar en la investigación, que se va a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Nombre del participante

Firma del participante /o Representante Legal.

Cédula de Ciudadanía.