

AAT 2004



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO**  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN  
Postgrado en  
GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

**Trabajo Especial de Grado**

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LA SALUD  
DE LA COMUNIDAD "LA PALMITA"**

presentado por  
**Dra. Gisela Piña**  
para optar al título de  
Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud

**Asesor**  
Esp. Rojas Parra Lizbeth

Mérida, Enero de 2012



UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO  
Urb. Montalbán - La Vega - Apartado 29068  
Teléfono: 407 4305 Fax: 407 4352  
Dirección General de los Estudios de PostGrado  
Área de Ciencias Administrativas y de Gestión

Fecha: \_\_\_\_\_

### CARTA COMPROMISO DE ASESORÍA/TUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Nombre del estudiante: Gisela Piña C.I. 9.479.117

Título del proyecto: Influencia de los Factores Socioeconómicos en la salud de la comunidad "La Palmita"

Profesor Tutor/Asesor: Rojas Parra Lizbeth C.I. 13.803.452

#### RECOMENDACIONES:

- 1.- El Proyecto de trabajo especial de grado de Especialista debe programarse para ser desarrollado en un período de entre 12 y 16 semanas.
- 2.- El Proyecto de trabajo de grado de Maestría debe programarse para ser desarrollado en un lapso de entre 24 y 96 semanas.

#### RESPONSABILIDAD COMPARTIDA DEL ESTUDIANTE Y DEL ASESOR/TUTOR:

- 1.- Acordar la frecuencia con la cual se reunirán (se sugiere una reunión cada 2 semanas)
- 2.- Acordar el cronograma de reuniones y los productos entregables
- 3.- Llenar y firmar la planilla de avance de la investigación, en cada reunión realizada

#### RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE:

- 1.- Entregar oportunamente los avances del trabajo
- 2.- Reunirse con la frecuencia acordada en salones de la UCAB

#### RESPONSABILIDAD DEL ASESOR/TUTOR:

- 1.- Leer y formular, oportunamente, objeciones, observaciones y recomendaciones por cada entrega de avance del estudiante
- 2.- Asegurar la calidad académica del trabajo de investigación

#### REPORTE DE AVANCE DE LA ASESORÍA/TUTORÍA

Logros obtenidos (Asignación de asesor-tutor / Contacto inicial / Avance de proyecto):

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Profesor Asesor/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Estudiante

## **Agradecimientos**

**Esta investigación merece el gran reconocimiento a:**

- A mi mami, siempre sabia, cariñosa y atenta a prestar ayuda. Te amo
- A la profesora Lizbeth Rojas, por su valioso aporte académico, de conocimientos, persistencia, orientación y entusiasmo. Gracias también por tu bella amistad.
- A mi hijo Sergio Gabriel, fuente de inspiración y ternura
- A Sergio Serrano, quien ha sido pilar fuerte, en este camino de debilidades, Mi gran amor...
- A la profesora Marlyn Berríos, sin su colaboración y dedicación en la última etapa del estudio, no habría sido posible su culminación, y ahora mi amiga.
- A mí, que aunque con un poco de apatía, logré el objetivo, culminar la tesis.
- A mi Dios, que no me desampara nunca...

A todos mil gracias

## INDICE

INTRODUCCION	1
<b>CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivos	9
1.2.1 General	9
1.2.2 Específicos	9
1.3 Justificación	10
1.4 Limitaciones	11
1.5 Alcances	11
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1 Antecedentes	12
2.2 Bases Teóricas	18
2.3 Definición de términos	23
2.4 Bases Legales	27
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO</b>	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación	32
3.2 Población y Muestra	33
3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	34
3.4 Procesamiento y Análisis Estadístico	35
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1 Resultados	36
4.2 Discusión	54
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 Conclusiones	58
5.2 Recomendaciones	59
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE FIGURAS

**Figura 1.** Distribución de la población según grupo de edad y género.

**Figura 2.** Estado civil del jefe del hogar, según género y procedencia.

**Figura 3.** Ocupación del jefe del hogar, según índice de necesidades básicas.

**Figura 4.** Población económicamente activa (entre 15 y 64 años de edad), según género.

**Figura 5.** Distribución de habitantes por hogar, según hacinamiento y necesidades básicas.

**Figura 6.** Grado de instrucción de la población por grupos de edad.

**Figura 7.** Grado de instrucción de la madre según indicador de necesidades básicas.

**Figura 8.** Morbilidad según grupo de edad, "La Palmita" mayo 2011.

**Figura 9.** Abastecimiento de agua de la vivienda por persona, según indicador de necesidades básicas.

**Figura 10.** Tratamiento de agua potable para consumo por persona, según indicador de necesidades básicas.

**Figura 11.** Disposición y eliminación de excretas en la vivienda por persona, según indicador de necesidades básicas

**Figura 12.** Eliminación de desechos, según indicador de necesidades básicas.

## INDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Relación entre la condición de trabajo del jefe del hogar y el índice de necesidad en el que vive la familia.

**Tabla 2.** Relación entre la condición de trabajo del jefe del hogar y el índice de necesidad en el que vive la familia.

**Tabla 3.** Relación entre el género y el alfabetismo.

**Tabla 4.** Relación entre el nivel de instrucción de la madre de la familia y la pobreza extrema.

**Tabla 5.** Estadísticas vitales según año y entidad.

**Tabla 6.** Principales causas de morbilidad Municipio Alberto Adriani, año 2009.

**Tabla 7.** Principales causas de morbilidad Municipio Alberto Adriani, año 2010.

**Tabla 8.** Principales causas de mortalidad Municipio Alberto Adriani, año 2009.

**Tabla 9.** Principales causas de mortalidad Municipio Alberto Adriani, año 2010.

**Tabla 10.** Principales causas de mortalidad Parroquia Gabriel Picón González, año 2009.

**Tabla 11.** Principales causas de mortalidad Parroquia Gabriel Picón González, año 2010.

**Tabla 12.** Relación entre el género y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.

**Tabla 13.** Relación entre la condición de pobreza extrema y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.

**Tabla 14.** Relación entre hacinamiento y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.

**Tabla 15.** Relación entre el nivel de instrucción y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN  
Postgrado en  
GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LA SALUD  
DE LA COMUNIDAD "LA PALMITA"

**Autora:** Gisela Piña

**Asesora:** Esp. Rojas Lizbeth

**RESUMEN**

El propósito de esta investigación fue determinar la influencia de los factores socioeconómicos en la salud de la comunidad "La Palmita" en el municipio Alberto Adriani, estado Mérida, tomando en cuenta el aspecto demográfico, socioeconómico, educativo, de salud y el saneamiento ambiental. Se realizó una investigación de tipo descriptiva de corte transversal correlacional; la muestra estuvo conformada por 118 familias. Los datos fueron recolectados por la encuesta socioeconómica diseñada por la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Los Andes que permitió obtener los datos concernientes a los aspectos antes mencionados. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos, seguido de análisis estadístico inferencial mediante la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística inferior al 0.05. La población estudiada es una sociedad eminentemente pobre, subdesarrollada, de bajas condiciones socioeconómicas, con alta prevalencia de enfermedades asociadas a carencias primarias y enfermedades infecciosas como las Infecciones respiratorias agudas y las diarreas agudas. Presenta un alto índice de hacinamiento, y gran parte de los hogares, muestran necesidades básicas insatisfechas y pobreza extrema. La presencia de enfermedades de tratamiento constante en la comunidad de "La Palmita" depende de manera significativa de los factores relacionados con la edad, el nivel de instrucción, la pobreza extrema y el hacinamiento.

**Palabras claves:** Aspecto demográfico, aspecto educativo, aspecto socioeconómico, aspecto de salud, saneamiento ambiental



## INTRODUCCIÓN

Los factores que condicionan la salud de las personas son de diversa índole: económica, educativa, política, ambiental, sanitaria, social, etc. Una gran parte de las diferencias de salud entre los diferentes grupos sociales radica en la falta de distribución de los recursos.

La salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir las economías familiares, la capacidad de aprendizaje, la productividad y la calidad de vida; a su vez las personas desposeídas están expuestas a mayores riesgos personales y ambientales, teniendo menos acceso a la información y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto sus riesgos de morbilidad y/o discapacidad aumentan.

En el último siglo la salud ambiental ha jugado un rol fundamental en la prevención de enfermedades en los seres humanos a causa de los diferentes factores que pueden intervenir desfavorablemente en la salud de la población. Es por esta razón que intervienen no sólo las diferentes áreas de la medicina, sino también diferentes disciplinas como la sociología, el derecho, la antropología para hacer frente a esta problemática; que muchas veces no está asociada directamente con elementos del ambiente sino con la parte económica, cultural de una determinada comunidad.

Conseguir la salud óptima supone cumplir primordiales objetivos: paz, alimentos, y agua suficiente, educación sanitaria y justicia social pertinente, viviendas dignas, planificación de programas de salud comunitarios y organización de estructuras sanitarias a todos los niveles.

Reconociendo la importancia de la participación de los individuos y la comunidad, con la finalidad de establecer necesidades prioritarias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los individuos, y dar cobertura a las carencias asistenciales en su área de influencia, se hace indispensable establecer estrategias de atención al individuo y su entorno familiar, considerando las circunstancias y características de cada situación y con ella la prevención de Enfermedades y la Promoción de la salud.

Para Terry y Yopez (2003), el hecho de que grandes sectores de la población de la mayoría de los países de América sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud y que este déficit de cobertura se produzca en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, presenta un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas nacionales de salud. Es por ello que se ha venido insistiendo en que para reducir los efectos de la crisis económica, resulta de vital importancia que los países utilicen de la manera más eficiente sus recursos para la atención integral de la salud y que, al mismo tiempo, se produzca una intensa movilización de recursos nacionales, complementada por una movilización de recursos externos para lograr la transformación de los sistemas de salud que permita atender las necesidades crecientes de la población.

Para Sigerist (1956) la Salud Pública (SP) tiene sus raíces en la religión, pues la limpieza era concebida con sentido espiritual, tal como se expresa en el libro Levítico, 1 500 a.n.e (antes de nuestra era), pero aclara que los primeros momentos de la SP fueron en Roma antigua, cuando se conocieron con la denominación de Higiene Pública, que se dedicaba a los aspectos preventivos relacionados con el ambiente físico, en especial agua y acueductos.

Partiendo de lo anterior y tomando en cuenta que la protección de la salud es un derecho de la persona, un deber ético y una respuesta ante las necesidades de una comunidad, es menester reflexionar, considerar e investigar sobre los posibles factores que influyen en la Salud de la Población La Palmita en el Municipio Alberto Adriani en el estado Mérida, y en qué se puede contribuir para el mejoramiento de ello.

Para alcanzar la propuesta planteada el presente estudio se ha estructurado de la siguiente manera: en el primer capítulo se expone la naturaleza del trabajo; en el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico, es decir los antecedentes y fundamentación teórica de la investigación; seguidamente en el tercer apartado el marco metodológico donde se presenta la parte metodológica que sustenta la investigación, el cuarto capítulo lo referente a los resultados y discusión, para finalizar con el quinto capítulo sobre las conclusiones y recomendaciones del estudio.

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1.- Planteamiento del problema

El medio ambiente es fundamental para la subsistencia de todos los seres vivos, es por ello que se considera importante su protección y cuidado a través de acciones que propicien el desarrollo y el compromiso social. No obstante, aunque la mayoría de la población es consciente de esto, el impacto ambiental es uno de los problemas más graves que se presenta a nivel mundial, esto debido a la falta de conciencia de quienes toman las decisiones y designan los terrenos que se pueden explotar o cambiar su uso; trayendo como consecuencia que entes como industrias, comercios y comunidades entre otros comiencen a contaminar con los desechos que van acumulando a diario, infecten la superficie que en principio significaba un área pura, y lo más grave, es que estos contaminantes al concentrarse en grandes cantidades como son los desperdicios y la basura originados dentro de estos lugares, y cuando se recolectan en grandes cantidades... representan el gran problema ambiental. En relación a esto, son importantes las aseveraciones de Pardo (s/f) cuando refiere:

Cada vez se generan más residuos de composición fisicoquímica extraña a los materiales existentes en la naturaleza, y a su peligrosidad (...) Como consecuencia de todo ello, el vertido sobre el medio biofísico de las enormes cantidades de residuos que se arrojan producen daños irreparables en los ecosistemas a gran escala: contaminación de suelos agua, aire, envenenamiento de animales y vegetales,

etc. y repercute en último extremo en la salud humana (...) (p. 81).

De lo anteriormente citado se desprende, que la basura y los desperdicios constituyen uno de los principales factores que inciden en la contaminación ambiental generando grandes consecuencias, las cuales van aumentando conforme al desarrollo tecnológico, crecimiento demográfico, y la urbanización. Esto a su vez trae como principal problemática dificultades para mantener un ambiente saludable en la población.

La salud ambiental está relacionada con todos aquellos factores que intervienen en la naturaleza de manera desfavorable en la salud de los habitantes, es decir que la salud de la población dependerá de los diferentes factores y elementos del medio ambiente. La Organización de Salud Mundial define la salud ambiental (OMS) como:

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente (...)

En este sentido la salud ambiental, dependerá de los factores y elementos que inciden desfavorablemente sobre el medio ambiente. Es por esta razón que su fin primordial consiste en prevenir en el ser humano que los diferentes factores nocivos en la atmósfera provoquen enfermedades y hasta la mortalidad. No obstante, cabe destacar que si bien es cierto que la

definición de la OMS subraya que la salud ambiental va depender exclusivamente de los factores ambientales, no es menos cierto que uno de los factores que guarda relación directa con el problema ambiental y con la salud pública lo constituye el tema de la pobreza extrema, acceso limitado a los servicios básicos como el saneamiento, agua, viviendas dignas, alimentación, entre otras; constituyen uno de los principales medios de propagación de enfermedades.

Esta consecuencia se origina fundamentalmente en los países del tercer mundo, donde no existen políticas ni planes económicos que promuevan una mejor calidad de vida en la población. Y mucho menos una inversión en el sector salud a nivel público; acrecentándose la problemática puesto que no existe "esa calidad de vida" ni los medios para evitar la propagación de las enfermedades. En el caso particular de América Latina; García, Castañeda, Pérez y Labrada (s/f) refieren:

Se parte de la suposición de que la Reforma de Saneamiento (RS) es necesaria en América Latina y el Caribe (ALC) porque los sistemas de salud han sido en general no equitativos, ineficaces e ineficientes. Se considera que aunque se aprecian signos alentadores de crecimiento económico en varios países, éste no garantiza la solución de los problemas sociales existentes, entre ellos los de salud.

De esta manera, es un trabajo que aunque debe partir del Estado, a través de políticas que ofrezcan una mejor calidad de vida, no debe limitarse ahí, puesto que el área de la educación para concientizar a la población y a las comunidades es fundamental pues les permitirá tomar las medidas

necesarias para mejorar su calidad de vida y con ello evitar la propagación de enfermedades. Con respecto a esto opina Rojas (2003):

Para ello la participación comunitaria es un pre-requisito que tiene fundamentos técnicos, ya que sin la comprensión y el apoyo decidido de los pobres, cualquier política o estrategia fracasará por falta de sostenibilidad. Al definir el rol del sector público y privado en la reducción de la pobreza debe adoptarse una perspectiva de desarrollo integral en la que la Salud se reconozca no sólo como un sector proveedor de servicios (p.2).

Por otro lado, la toma de conciencia y las acciones por parte de las comunidades es fundamental para contribuir al problema de la salud ambiental, sobre todo en las zonas rurales, ya que de nada sirve que se presten los servicios básicos, si la población no pone en práctica las normas básicas de saneamiento.

En el caso de Venezuela, el problema de salud ambiental es una constante, debido a que en las zonas desfavorecidas, bien sea en el campo o en las urbanas, muchas veces no se cuenta con los servicios básicos ni tampoco con políticas públicas en salud de mayor alcance, trayendo como consecuencia brotes de enfermedades, desnutrición, entre otras. En relación con esto afirman García y cols (s/f):

Venezuela, en el contexto de los países de las Américas, es el de peor impacto, del ingreso en la salud de su pueblo, hecho que concommita con una mala situación de salud global. El deterioro de la calidad de los servicios de salud, con un perfil epidemiológico complejo y heterogéneo, es concurrente con el marco económico y social que determina la aparición y

desarrollo de los grandes problemas de salud: la miseria, la caída de los ingresos familiares y la ruptura de los lazos de solidaridad dentro de la sociedad venezolana y entre sus diferentes sectores sociales.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto se observa que la pobreza está estrechamente relacionada con el problema de salud, esto debido a que los más afectados son los sectores desfavorecidos económicamente, a quienes se les dificulta tener acceso a estos servicios básicos.

Esta situación descrita, ha sido observada por la investigadora, en la Palmita, Parroquia Gabriel picón González perteneciente al municipio Alberto Adriani del estado Mérida; donde la población alcanza estratos sociales bajo, y por ende limitantes en los servicios básicos de saneamiento como el agua y el recolector de basura, electricidad, entre otros.

Asimismo, atrae la atención que según información suministrada por el Ambulatorio se presentan entre los habitantes del sector muchas enfermedades endémicas, motivo por el cual lleva al presente estudio a formularse como principal interrogante cuáles son los factores socioeconómicos que influyen en la salud de los habitantes de la Palmita, ubicado en la parroquia Gabriel Picón González municipio Alberto Adriani del estado Mérida.

Asimismo, de esta interrogante se desprenden las siguientes, las cuales guiarán la investigación:

¿Cuáles son los aspectos demográficos de la comunidad?



¿Cuál es el estrato económico de la población?

¿Cómo se encuentra el aspecto salud de la población?

¿Cuál es el aspecto educativo?

¿De qué forma el saneamiento ambiental puede afectar a la comunidad?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 General**

Determinar la influencia de los factores socioeconómicos en la salud de la comunidad "La Palmita" en el municipio Alberto Adriani, estado Mérida.

### **1.2.2 Específicos**

- Conocer los aspectos demográficos de la comunidad
- Determinar el estrato económico de la población
- Señalar el aspecto educativo de esa entidad
- Conocer el aspecto de salud en los habitantes de la comunidad
- Conocer de qué forma el saneamiento ambiental puede afectar a la comunidad

### **1.3 Justificación**

El problema de salud es un tema que toca a todos los sectores sociales, y aunque corresponde al Estado implementar políticas que mejoren la calidad de vida de las poblaciones más desasistidas, con el fin de bajar el índice de enfermedades a causa de factores ambientales, también desde las mismas comunidades se pueden crear programas que ayuden a revertir esta situación.

Es por esta razón que se considera pertinente llevar a cabo la presente investigación, pues se estaría precisando los factores que están afectando la salud en los habitantes del sector la Palmita, para de esta manera tomar las medidas concernientes para revertir la situación. Así mismo, una vez que se conocen los factores que inciden desfavorablemente sobre su salud, se podría comenzar a concientizar a la comunidad sobre cómo evitar los medios de proliferación de dichos factores.

De esta manera se estaría haciendo un aporte social, el cual podría ser compartido por otras comunidades que se encuentren bajo la misma situación y así contrarrestar esta problemática que afecta sobre todo las zonas rurales.

Del mismo modo, a nivel académico se estará aportando información actualizada y metodología que pueda ser implementada en futuras investigaciones que contribuyan a dar respuesta a esta situación. Por tanto, esta exploración ofrece la oportunidad a otros estudios comprometidos de abordar el tema desde otros ángulos y perspectivas.

#### **1.4 Limitaciones**

LA principal limitante que se observa para llevar a cabo la investigación se encuentra en la poca colaboración por parte de la población a la hora de la aplicación de las encuestas.

#### **1.5 Alcances**

Se espera que una vez precisado los diferentes factores socioeconómicos que afectan la salud en la comunidad de la Palmita, se pueda contribuir al entendimiento de la población sobre las múltiples consecuencias que acarrearán estos factores en su salud y que se realicen acciones para erradicar la problemática.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

García y cols (2007); realizaron un estudio sobre los factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña, su estudio muestra que tener un menor nivel de renta, un menor tamaño medio del hogar y estar dedicado a las labores del hogar se asoció a una mayor frecuentación a las consultas de medicina de familia en atención primaria. Estos factores aparecen con frecuencia interrelacionados e implicados en las desigualdades en salud, y los datos del presente estudio apoyan la relación entre realidad socioeconómica y utilización de las consultas de medicina de familia, con el factor renta como componente principal. Paralelamente, los factores habitualmente relacionados con la frecuentación, como el porcentaje de paro o de personas con estudios superiores, no ejercen influencia cuando se ajustan en función del factor renta. Entre los factores que pueden estar mediando en este resultado, la cifra declarada de paro probablemente no sea real (economía sumergida), mientras que la tradicional asociación entre posesión de estudios superiores y mayor renta puede no corresponderse con la realidad social actual (paro universitario, realización de actividades no acordes a su titulación), lo que justifica que el espectacular incremento del número de titulados superiores en las áreas más desfavorecidas no se haya visto reflejado de forma paralela en el incremento de renta o de renta libre en estas áreas.

Tampoco puede descartarse que determinados factores influyan en este resultado, como la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud o los cambios en la perspectiva que los ciudadanos tienen en relación a su salud. En este sentido, la percepción de la utilidad de los servicios sanitarios podría estar modulada por el factor renta, de forma que la posibilidad de costearse o no algún sistema privado de cobertura sanitaria podría actuar como factor modulador de la utilización de los servicios sanitarios públicos. En el ámbito socioeconómico, el estudio realizado sugiere la presencia de notables desigualdades en la Comunidad de Madrid, al agruparse en unas áreas sanitarias concretas los valores menos favorables de los indicadores analizados. Estas desigualdades se mantienen en el período de estudio, lo que refleja quizás la existencia de una dinámica natural de agrupación de la población en función de las características socioeconómicas, probablemente mediada por el precio de la vivienda en cada zona.

Barbosa, y cols (2009) en su estudio: Factores socioeconómicos asociados a sobrepeso en una población de bajos ingresos en la región Noreste de Brasil. Demuestran algunas especificidades que se obtuvieron de una muestra homogénea de individuos de bajas condiciones socioeconómicas. Es una población residente urbana en las zonas periféricas con exclusión social alta de Maceió, capital de Alagoas, uno de los Estados con la peor condición social del noreste de Brasil. Las dificultades de acceso y la ubicación de los hogares dentro de los propios asentamientos debido a malas condiciones ambientales, tales como la presencia de zanjas, superficies de colinas empinadas, así como el espacio de intensa migración, hizo que los investigadores visitaran estos asentamientos por varios meses, lo que explica el largo período de

recopilación de datos. La prevalencia de sobrepeso en la población estudiada evidencian los niveles epidémicos de este problema. Mientras que el 5,9% fue con un peso inferior al normal, indicando baja exposición de la población a la desnutrición, 41,2% mostró sobrepeso y obesidad, es decir, el sobrepeso supera en casi 7 veces al bajo peso. Datos más recientes de la investigación con familias ingresadas en el programa de Solidaridad a las Comunidades, el Gobierno Federal brasileño, obtuvo el 54,5% para las mujeres y 30,7% de los hombres con sobrepeso y la obesidad. En este estudio, se demostró que tener sobrepeso es más prevalente entre las mujeres.

Ávila, (2009). En su artículo, Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud, expone: Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad. La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.

Se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vidas insanos ocasionaban al sistema un elevado coste económico como consecuencia de todo ello, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que condujo un cambio de prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.

Wagstaff, (2002) En su artículo Pobreza y desigualdades en el sector de la salud, realizó un estudio comparativo de nueve países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el desarrollo Económico), en donde la desigualdad con respecto a la autoevaluación de la salud no se asoció significativamente a los gastos totales en atención sanitaria per cápita, al porcentaje de la contribución pública ni al producto interior bruto per cápita, pero sí, de forma significativa y positiva, a la desigualdad de ingresos. Sin embargo, en otra investigación en la que se utilizaron datos agregados de países en desarrollo y un método descompositivo, se observó que el gasto público en salud tenía mayor impacto sobre la mortalidad infantil entre los pobres que entre los no pobres, sirviendo, por lo tanto, para reducir la desigualdad con respecto a la salud. En otro estudio comparativo se verificó

que las diferencias entre los países de la OCDE con respecto a la magnitud de la desigualdad e inequidad en la utilización de la atención sanitaria refleja, en parte, diferencias entre los pobres y los pudientes con respecto a los honorarios pagados por el usuario, pero no en el alcance de la cobertura del seguro. En estos dos estudios las desigualdades con respecto a variables relacionadas con el individuo (por ejemplo, la educación) y con el hogar (por ejemplo, los ingresos, la vivienda, la disponibilidad de agua potable segura y el saneamiento) explicaron, en su conjunto, gran parte de las desigualdades sanitarias.

Yip y Berman (2001) examinaron las desigualdades en la cobertura del seguro entre niños pobres y pudientes con el Programa de Seguro de Salud Escolar (SHIP: School Health Insurance Programme) de Egipto. Además exploraron las diferencias exógenas con respecto a la cobertura del seguro de salud, con el fin de evaluar el impacto del programa en la distribución tanto de la utilización de los servicios de salud como de los pagos de bolsillo. Aunque el SHIP estaba destinado a cubrir a todos los niños que estuvieran estudiando, esto es, los de 6 a 18 años, en el momento en el que se realizó la encuesta algunos niños escolarizados todavía no estaban cubiertos. Estos niños constituían un grupo de control, pero los autores usaron el análisis de regresión para controlar otras diferencias entre los niños cubiertos y los no cubiertos. La cobertura del SHIP aumentó con los ingresos, sobre todo debido a que los niños más pobres tenían menos probabilidades de estar escolarizados, pero también porque los niños escolarizados que todavía no tenían cobertura tenían mayores probabilidades de ser pobres. La cobertura por el SHIP aumentó la probabilidad de que se consultara a un profesional sanitario formal en todos los grupos de ingresos, pero el impacto fue especialmente grande entre los



niños del quintil más pobre. La cobertura por el programa originó menores pagos de bolsillo en todos los grupos de ingreso, pero el impacto fue mucho menor en los quintiles más pobre y más rico que en el medio de la distribución de ingresos.

Barros y cols (2000) presentaron datos sobre el programa de salud materno infantil de Ceará, Brasil, destinado específicamente a reducir las desigualdades sanitarias. Tras la introducción del programa se observaron considerables mejorías de los niveles medios de utilización de los servicios y de los resultados. Sin embargo, aunque hubo una disminución de las desigualdades con respecto a la cobertura de vacunación, al peso y al uso de la rehidratación oral, también hubo un aumento de la desigualdad entre los niños pobres y los más acomodados con respecto a las tres variables estudiadas. Los autores también examinaron el impacto conjunto de varios programas puestos en funcionamiento en la ciudad de Pelotas, Brasil, entre ellos un gran aumento del número de servicios de salud gubernamentales de primera línea, la creación de tres unidades de cuidados neonatales y un aumento general del gasto del gobierno en servicios preventivos y curativos. A lo largo del período estudiado, aumentaron las proporciones de embarazadas que recibieron atención prenatal y de niños que recibieron tres dosis de la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (DPT) en el primer año de vida, mientras que las desigualdades en la utilización de estos servicios disminuyeron. Además, las disminuciones de las tasas medias de mortalidad infantil y de malnutrición se acompañaron de reducciones de las desigualdades con respecto a estas variables.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **Factores Socioeconómicos**

Los factores socioeconómicos han sido identificados como importantes determinantes de salud a través de amplios problemas de salud pública; de hecho, la literatura profesional sugiere que los factores socioeconómicos son un eslabón para determinar las variaciones de salud entre grupos y sociedades. En general, la posición socioeconómica individual influencia la salud de los individuos a un mayor grado que al inverso. (Zárate y Pérez, 2007)

### **La Salud como valor**

Las condiciones y requisitos para el mantenimiento de una buena salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el salario, un ecosistema estable, la justicia real y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en todos estos factores.

Basabe (2005) señala que “la palabra valor viene del verbo valere, que significa estar sano, ser fuerte”. Los valores fundamentalmente son para el ser y actuar del ser humano, todas las personas piensan, sienten y actúan en forma de valores.

Zambrano (2007), en su ensayo ¿Para qué educar en valores? indica que los valores están referidos al sujeto humano, no solo al hombre individual, sino al género humano, a aquella condición del ser que se halla

presente en todas las personas y que constituye el objetivo de vida en los seres humanos.

De ahí, que la salud como valor es el fundamento esencial que apoya y nutre el crecimiento, el aprendizaje, el bienestar personal, la plenitud social, el enriquecimiento de los demás, la producción económica y la ciudadanía constructiva. La relación costo-beneficio de la investigación se ha vuelto popular para evaluar tanto el tratamiento médico como la medicina preventiva. Sin embargo, no debemos olvidar que una promoción exitosa de la buena salud posee valores intrínsecos y poderes potenciales que trascienden.

Los valores generan en el individuo el desarrollo humanizador que fortalece la personalidad del mismo, su educación y moral, favorecen también el desarrollo del carácter y sus hábitos virtuosos, donde se destacan la importancia de la prudencia, disciplina, respeto y empatía, para obtener una educación para la salud integral del individuo, familia y comunidad. Sin embargo, se considera que la salud es un valor, como “La conservación del cuerpo y de la mente sanos, en correcto funcionamiento”, y como seres humanos, nuestra salud debe abarcar ambas facetas. Destaquemos que la salud es la base de todos los demás valores. Siendo la Salud un valor (Suárez y Puertas, 2010).

Para el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS) (2002) en su informe para La OPS, señala: la salud se concibe como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar; y producto de las determinaciones sociales. Comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales; que tienen como determinantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el

trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. Se alcanza a través del esfuerzo colectivo, intersectorial y participativo de todos y todas, orientado hacia la conquista y defensa de oportunidades equitativas materiales y sociales de vida, para mejorar el bienestar social y económico de toda la población.

### **Promoción de la Salud**

"El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla". La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo, la educación para la salud. La promoción de la salud es un elemento esencial para el desarrollo económico y social y ayuda a evitar las desigualdades en salud. Debe tener en cuenta las necesidades específicas de las personas y contar con su participación a nivel individual y

redes sociales y fomenten el acompañamiento a las personas, colectivos sociales, reforzando la participación comunitaria.

- Promocionar políticas de salud pública que inviertan en prevención y formación sanitaria de la población más desfavorecida.
- La necesidad de que la Administración aumente la cobertura en materia de salud para las personas con menos recursos, (VI Conferencia Global sobre la Promoción de la Salud, Bangkok 2005).

## **La Salud Ambiental**

Rengifo, (2008) en su artículo, La Salud Ambiental señala, es un área de las ciencias ambientales que se ocupa de estudiar los riesgos a los que se puede exponer la salud humana a través del medio ambiente en el que se desenvuelve. En los últimos tiempos se ha tomado conciencia sobre los múltiples factores que interactúan entre el individuo, la sociedad y el ambiente que lo rodea, es por esta razón que esta área de la salud ambiental cobra relevancia, puesto que estudia con detenimiento los diferentes factores que afectan o ponen en riesgo la salud humana.

La Organización Mundial de la Salud (s/f), la define como:

Aquella disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones.

Por lo tanto, de la cita anterior se desprende que la salud ambiental se encarga de establecer un control sobre los diferentes factores que ponen en riesgo la salud de la población humana. Asimismo, que dado a que coexisten diferentes elementos, llevando a las diferentes áreas de la medicina a tomar participación, así como de otras disciplinas que permitan establecer un control sobre la salud de la población o comunidad.

No obstante, no es un problema que pueda ser resuelto por esta área y el resto de las disciplinas auxiliares, sino también deben involucrarse los individuos de las comunidades para ayudar en la prevención de los factores ambientales que puedan afectarlos o que les afecta. La OMS (s/f) señala:

Muchos problemas ambientales y sanitarios tienen soluciones poco costosas. Por ejemplo, con sólo filtrar y desinfectar el agua en el hogar se puede mejorar espectacularmente la calidad microbiológica de ésta y reducir el riesgo de enfermedades diarreicas a un costo bajo (...) Mejorar la salud ambiental de los niños y sus madres ocupándose de las cuestiones que afectan a su salud constituye una contribución esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (...).

En tal sentido, el problema de la salud ambiental es algo que compete a todos los involucrados, pues de nada sirven los conocimientos y las normativas sino son llevadas a la práctica. De igual modo, deben incorporarse el apoyo del estado y los recursos que contribuyan a contrarrestar la situación.

Son múltiples los factores que están en el medio ambiente y que pueden influir en la salud del ser humano, entre ellos se encuentran:

- El abastecimiento de agua potable y el saneamiento
- La vivienda y el hábitat
- La dieta
- La contaminación ambiental
- El empleo de productos químicos
- Los riesgos ocupacionales

De igual modo, algunas de las tendencias ambientales que afectan a la salud son:

- La población y los modelos de asentamiento
- La pobreza y el subdesarrollo
- Incremento en el uso de los recursos
- Políticas macroeconómicas

### **2.3 Definición de Términos Básicos**

**Salud:** de acuerdo a la definición de la OMS (2002), dice que es un estado completo de bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades, y dirige la atención no solo a los aspectos médicos de la atención a la salud si no también "a la justicia de las bases sobre las cuales la sociedad funciona con particular referencia al acceso y al control que ejercen diferentemente los sexos sobre los recursos a la salud.

Contemporáneamente, la salud se describe como "...un proceso de balance entre el bienestar físico, la estabilidad mental, el balance en las

áreas emotivas y sociales y las creencias espirituales, aunque no necesariamente religiosas...” (Zarate y Pérez, 2007)

**Salud Integral:** es el estado de bienestar ideal, que sólo se logra cuando existe un equilibrio entre los factores biológicos, físicos, mentales, emocionales, espirituales y sociales, que admiten un conveniente desarrollo y crecimiento en todos los recintos de la vida. (Higashida, 2004).

**Salud Pública:** es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar a salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Álvarez, 2004).

**Protección de la salud:** son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte (Higashida, 2004).

**Población:** conjunto de individuos que residen en un determinado territorio y que está caracterizado por una valoración cuantitativa que nos informa del volumen o tamaño que tiene, una composición o estructura que dependiendo del tipo de estudio podemos seleccionar, composición por grupo de edad y



sexo, actividad laboral, exposición medio ambiental, presentan determinados bienes de consumo (Álvarez, 2004).

**Comunidad:** es el conjunto de poblaciones que habitan un área determinada. (s/a)

...Una comunidad es un grupo o conjunto de individuos, seres humanos, o de animales que comparten elementos en común, tales como un idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica (un barrio por ejemplo), estatus social, roles... (Miller, 2007).

**Pobreza:** es una forma de vida que aparece cuando las personas carecen de recursos esenciales para satisfacer sus necesidades básicas. Esta condición implica una mala calidad de vida, ante las deficiencias en la alimentación, la asistencia sanitaria, la educación y la vivienda (Pardo, 2002).

**Calidad de Vida:** la calidad de vida es la esencia de la problemática del medio ambiente y del desarrollo. Representa algo más que un nivel de vida privado. Exige, entre otros elementos, la máxima disponibilidad de la infraestructura social y pública para actuar en beneficio del bien común, para mantener el medio ambiente sin mayores deterioros y contaminación y para satisfacer los deseos, aspiraciones y necesidades humanas. Lo más usual es que la calidad de vida se mida en términos de "nivel de vida", el cual es un indicador básicamente cuantitativo que resulta de la combinación de varios índices estadísticos y se relaciona con los conceptos tradicionales de crecimiento y desarrollo económico. En cambio el concepto de calidad de vida se fundamenta en el "tener para ser" (Sepúlveda, 2007).

**Hacinamiento:** el término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e

higiene. Esto tiene como principal consecuencia la generación de un ambiente no apto para la supervivencia de todos ya que tanto los recursos como los elementos característicos de ese espacio empiezan a perder sus rasgos esenciales (el aire se vuelve denso e irrespirable, el agua y los alimentos no alcanzan para todos, los desechos son muy altos y por lo tanto contaminan el espacio, etc) (Lasso, 2004).

**Disposición de Desperdicios:** las basuras o desechos son todos los desperdicios que se producen en las viviendas y, en general, en los establecimientos o lugares donde el hombre realiza sus actividades, produciendo residuos de cáscaras, plásticos, papeles, frascos, huesos, trapos, cartones, etc. La recolección y disposición inadecuada de las basuras permite el desarrollo de insectos que se alimentan de ella produciendo algunas enfermedades al hombre como por ejemplo la tifoidea, paratifoidea, amibiasis, diarrea infantil y otras enfermedades gastrointestinales. Cuando las basuras se acumulan en un lugar se forman los basureros que causan molestias a las personas, generando malos olores, convirtiéndose en criaderos de moscas, cucarachas, ratones y contaminando las fuentes de agua, el suelo y el aire en general. Las basuras que se arrojan a campo abierto causan deterioro en el medio ambiente y afectan la salud de la población contaminando el agua, el suelo, el aire, produciendo malos olores y permitiendo la proliferación de insectos y roedores que causan enfermedades en el ser humano. (Acosta y Reyes, 2006)

**Contaminación:** se entiende como contaminación al cambio indeseable en las características físicas, químicas o biológicas del aire, el agua o el suelo que puede afectar de manera adversa a la salud, la supervivencia o las actividades de los humanos o de otros organismos vivos. Es siempre una alteración negativa del estado natural del medio, y por lo general, se genera como consecuencia de la actividad humana, pero existen excepciones como

por ejemplo el aporte al efecto invernadero de los volcanes. Para que la contaminación sea detectable, el contaminante deberá estar en cantidad o concentración suficiente como para provocar ese desequilibrio detectable en el medio. (Glyn y Gary, 2002)

## **2.6 Bases legales**

### **2.6.1 Constitución Bolivariana de Venezuela (1999)**

#### **Capítulo V**

#### **De los Derechos Sociales y de las Familias**

**Artículo 83.** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley.

**Artículo 84.** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar

en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

## **Capítulo XI**

### **De los Derechos Ambientales**

**Artículo 127.** Es un derecho y un deber de cada generación proteger y mantener el ambiente en beneficio de sí misma y del mundo futuro. Toda persona tiene derecho individual y colectivamente a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado. El Estado protegerá el ambiente, la diversidad biológica, los recursos genéticos, los procesos ecológicos, los parques nacionales y monumentos naturales y demás áreas de especial importancia ecológica. Es una obligación fundamental del Estado, con la activa participación de la sociedad, garantizar que la población se desenvuelva en un ambiente libre de contaminación, en donde el aire, el agua, los suelos, las costas, el clima, la capa de ozono, las especies vivas, sean especialmente protegidos, de conformidad con la ley.

### **Ley Orgánica de la Salud**

#### **Título I**

##### **Disposiciones Preliminares**

**Artículo 1.** Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de

gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República.

**Artículo 2.** Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

**Artículo 3.** Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

**Principio de Universalidad:** Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

**Principio de Participación:** Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

**Principio de Calidad:** En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios.

## **Título III**

### **De los Servicios para la Salud**

#### **CAPITULO I**

##### **De la Promoción y Conservación de la Salud**

**Artículo 25.** La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo.

El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades.

#### **LEYES ESPECIALES**

##### **Ley de Zonas Especiales de Desarrollo Sustentable**

###### **Exposición de Motivos**

El cumplimiento de este mandato constitucional exige esfuerzos extraordinarios, pues, en las últimas décadas, la economía venezolana viene dependiendo predominantemente del petróleo, generándose profundas distorsiones en el proceso de desarrollo social y económico del país, tales como una desigual distribución de la riqueza y de la población en el espacio

territorial; altos índices de marginalidad y desnutrición; niveles crónicos de corrupción administrativa; hipertrofia del aparato administrativo gubernamental; bajo nivel de gobernabilidad y la falta de una capacidad de respuesta eficiente frente a la situación de inmensa injusticia, deuda social y el estancamiento del desarrollo integral del venezolano.

## **Ley de Creación del Fondo Único Social**

### **Título I**

### **Capítulo II**

#### **Del objeto del Fondo Único Social**

**Artículo 7.** Corresponde al Fondo Único Social concentrar y coordinar eficientemente los procesos de captación, administración e inversión de recursos con la finalidad de optimizar el desarrollo y ejecución de las políticas, planes y programas destinados a favorecer y fortalecer con una respuesta oportuna y eficaz el desarrollo social, la salud integral y la educación.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Por el grado de profundidad con que se aborda la investigación se puede decir que fue descriptiva, según Hurtado, (2010) la investigación descriptiva: tiene como objetivo la descripción precisa del evento de estudio (...) el propósito es de exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características (...). En relación con el trabajo en estudio se intenta describir y caracterizar la realidad que se vive actualmente en los habitantes de la comunidad la Palmita en el área de la salud.

#### **3.2 Diseño de investigación**

La investigación estuvo enmarcada bajo el diseño de investigación de corte transversal y correlacional la cual se caracteriza por:

En estos estudios todas las mediciones se hacen en una sola oportunidad, por lo que no existen períodos de seguimiento. Con este diseño, se efectúa el estudio en un momento determinado de la evolución de la enfermedad. Permiten evaluar exposición y enfermedad simultáneamente; además permiten describir variables y su distribución, analizar los datos obtenidos de un grupo de sujetos en un momento dado de la evolución de su patología y examinar asociaciones (Solano y Serón, s/f).



Por tanto el diseño seleccionado permitió analizar a partir de la opinión de una muestra de la población en estudio, en un tiempo preciso, los diferentes factores que intervienen de manera negativa en la salud de la comunidad la Palmita.

### **3.3 Población y Muestra**

#### **Población**

La población es definida por Arias (2006) como: “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (p.81). En la investigación la población estuvo conformada por los habitantes de la Comunidad la Palmita la cual está representada por 1306 familias, según fuente de Estimaciones y Proyecciones de Población de la I. N.E.; Unidad de Estadística y Epidemiología Regional Mérida Año 2007.

#### **Muestra**

La muestra es definida por Arias (ob.cit) como: “(...) un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible.” En la investigación, para la obtención de la muestra, se trabajó con un nivel de confianza o seguridad del 95%, una precisión del 3%, una proporción del 5% (que maximiza el tamaño muestral), obteniéndose una muestra de 118 familias del sector. En el momento de aplicación del instrumento se utilizó el muestreo aleatorio simple.

### 3.4 Técnicas e instrumentos

Arias (ob.cit) define las técnicas como: “el procedimiento o forma particular de obtener datos o información”. De allí que la técnica que se utilizó para recolectar los datos requeridos fue: la encuesta; la cual es definida como: “(...) una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema en particular” (Arias, Ob.cit.). Se aplicó una encuesta socioeconómica, diseñada por la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Los Andes. (Márquez y cols 2000).

La Encuesta se estuvo dividida en XI secciones, que se describen a continuación:

- ✓ Sección I: Datos de Identificación y Localización de la Vivienda.
- ✓ Sección II: Control de la Entrevista.
- ✓ Sección III: Datos de la Vivienda.
- ✓ Sección IV: Identificación y Datos del Hogar.
- ✓ Sección V: Composición del Hogar.
- ✓ Sección VI: Módulo de Salud.
- ✓ Sección VII: Módulo de Educación
- ✓ Sección VIII: Programas Sociales y Atención a Menores o Igual a 6 años.
- ✓ Sección IX: Fuerza de Trabajo.
- ✓ Sección X: Gastos del Hogar.
- ✓ Sección XI: Indicadores de Necesidades Básicas.

Los datos que fueron recolectados con dicha encuesta permitieron la evaluación del nivel socioeconómico, educativo, condiciones de saneamiento básico y clasificación de los hogares según el índice necesidades básicas OCEI (1993).

### **3.5 Técnicas de procesamiento y análisis**

Los datos se procesaron a través del programa Excel. En primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos, seguido de análisis estadístico inferencial mediante la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística inferior al 0.05.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados

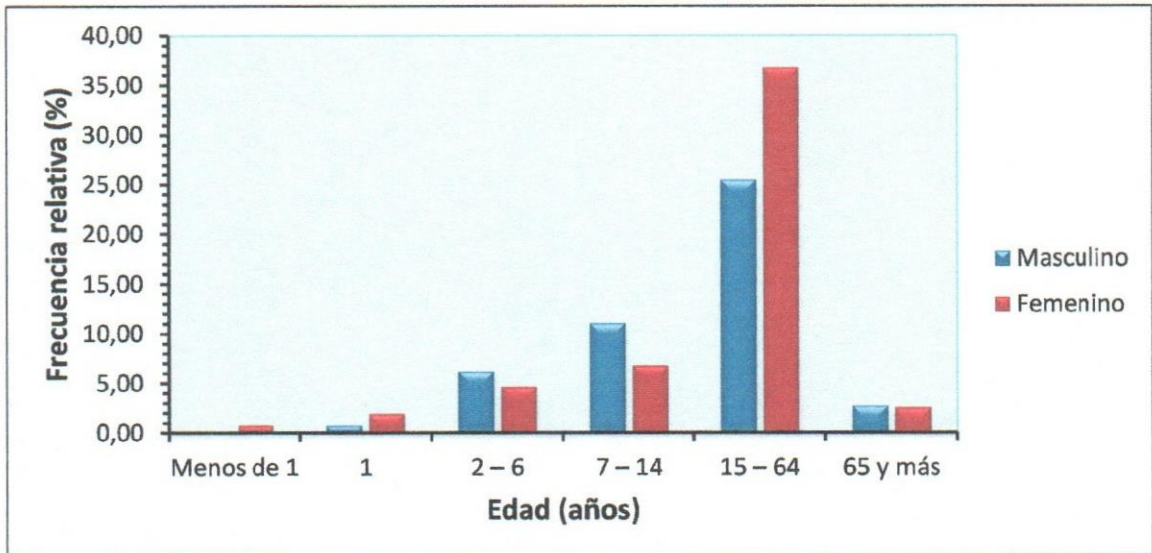
En el presente estudio se describen los aspectos demográficos, socioeconómicos, educativos, salud y saneamiento ambiental de la comunidad "La Palmita" de la parroquia "Gabriel Picón González".

#### Aspecto Demográfico

La población estudiada estuvo representada por 118 familias de  $4 \pm 2$  integrantes por familia en promedio, escogidas por sorteo no probabilístico, para un grupo de 515 personas, de edades comprendidas entre tres meses y 84 años, con una edad promedio de  $27 \pm 19.51$  años.

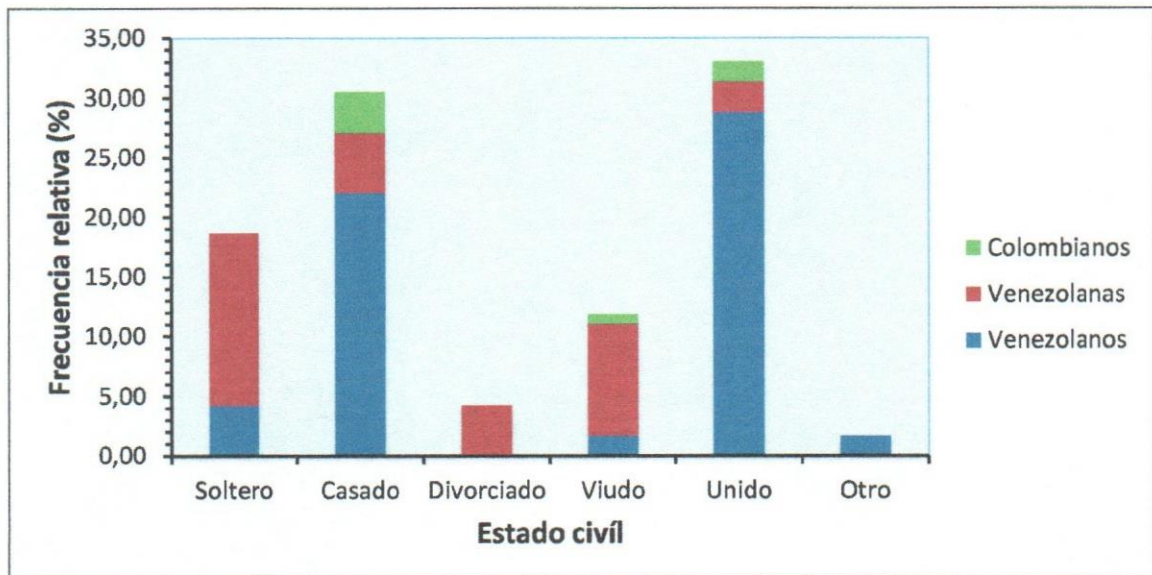
De acuerdo con el aspecto demográfico, el género femenino (53.50%) predominó sobre el masculino (46.50%); siendo la población del grupo de edad comprendida entre 15 y 65 años, el más resaltante (62.26%), como se observa en la figura 1. En la figura 2, se observa que la mayoría de las familias presentan una unión estable por ser la condición, del jefe del hogar, unido (33.05%) y casado (30.51%) la más frecuente; así mismo se observa que la nacionalidad del jefe del hogar que prevalece es la venezolana (94.07%) sobre los extranjeros (5.93%), los cuales son todos colombianos. En la misma figura se puede observar que, el mayor porcentaje de los jefes del hogar que no están unidos o casados (36.44%) es de género femenino y

de procedencia venezolana (76.74%), este porcentaje representa el 27.97% de los jefes del hogar.



**Figura 1. Distribución de la población según grupo de edad y género.**

Fuente: Encuesta socioeconómica



**Figura 2. Estado civil del jefe del hogar, según género y procedencia.**

Fuente: Encuesta socioeconómica

### Aspecto Socioeconómico

En el aspecto socio-económico se encontró que el 61.09% de la población estudiada vive en pobreza extrema, seguido del 31.13% correspondiente a los pobres; sólo el 7.78% no es pobre. El gran porcentaje de jefes del hogar trabajan (81.36%), pero en su mayoría las familias viven en pobreza extrema (49.15%), ver figura 3. La condición de pobreza extrema de las familias es independiente de la condición laboral del jefe del hogar (tabla 1). La relación entre la fuerza de trabajo de la población económicamente activa y el género se observa en la figura 4.

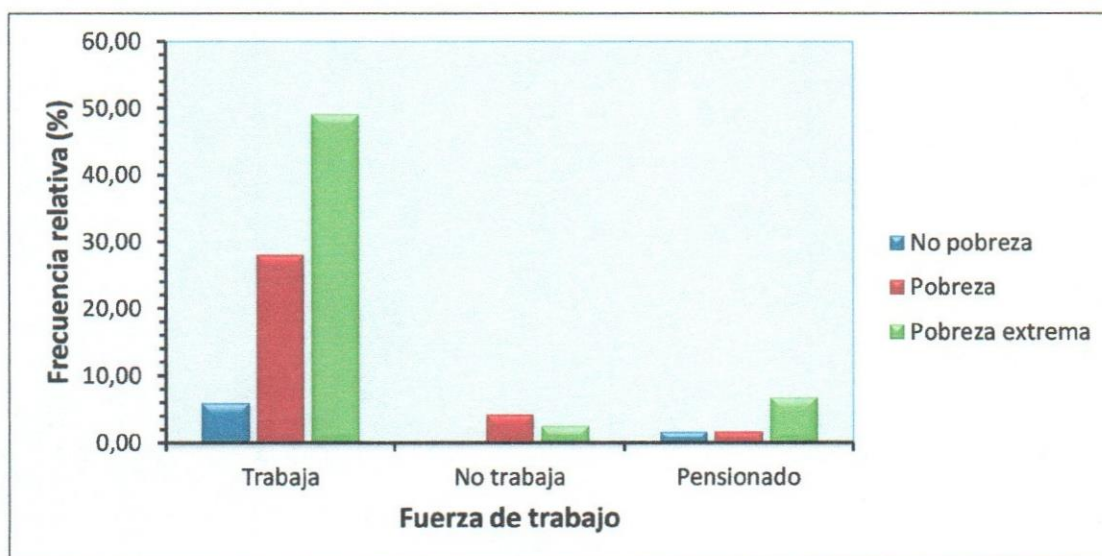


Figura 3. Ocupación del jefe del hogar, según índice de necesidades básicas.

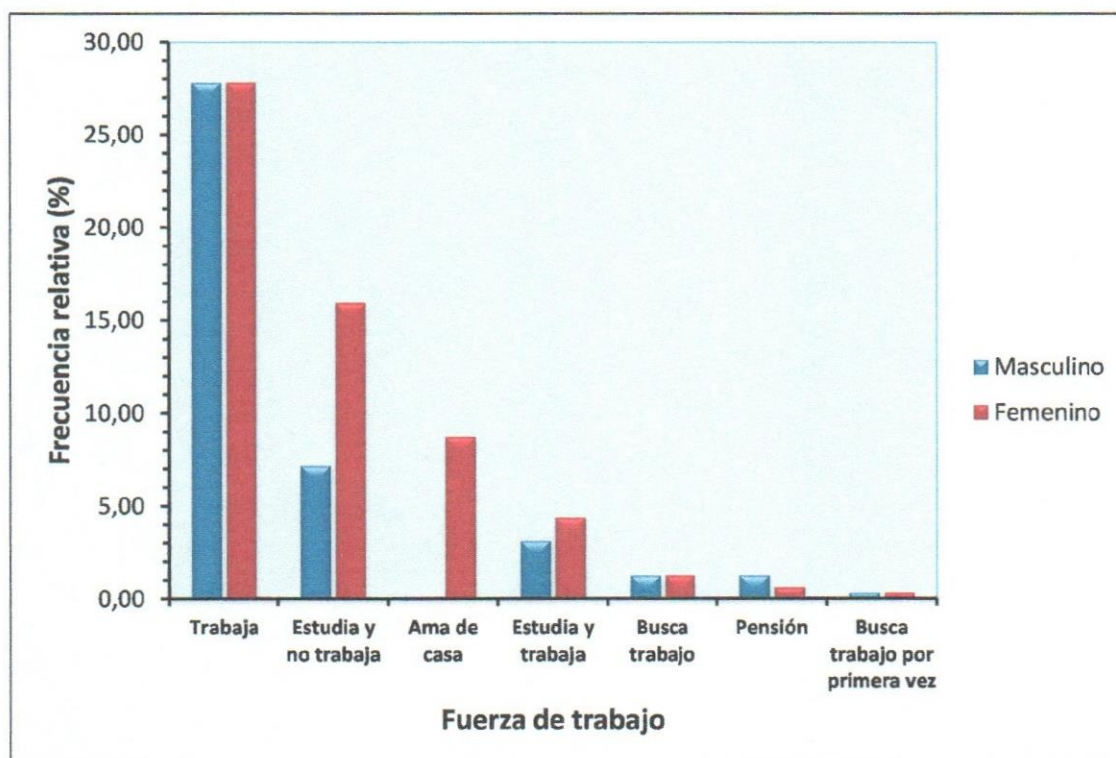
Fuente: Encuesta socioeconómica

**Tabla 1. Relación entre la condición de trabajo del jefe del hogar y el índice de necesidad en el que vive la familia.**

Jefe del hogar percibe ingresos	La familia vive en pobreza extrema		Total	X <sup>2</sup>	p
	Si	No			
Si	66	44	110	0.77	ns
No	3	5	8		
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>49</b>	<b>118</b>		

X<sup>2</sup>: Chi cuadrado; p: significancia estadística; ns: No hay significancia estadística.

Fuente: Encuesta socioeconómica

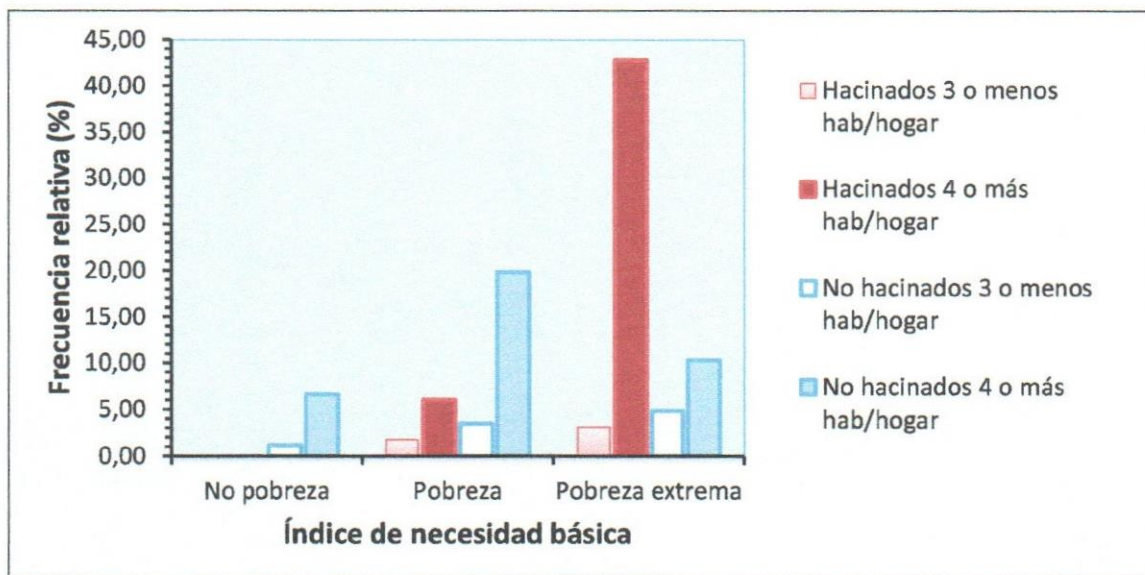


**Figura 4. Población económicamente activa (entre 15 y 64 años de edad), según género.**

Fuente: Encuesta socioeconómica

En cuanto a la distribución de los habitantes por hogar y necesidades básicas, se encontró que un mayor porcentaje de las personas que viven en pobreza extrema, se encuentra en hacinamiento (61,09%) en comparación

con las personas que viven en pobreza cuyo porcentaje de hacinamiento es menor (31,13%), como lo indica la figura 5. Según la prueba de independencia, el hacinamiento en la población estudiada depende significativamente ( $p < 0.001$ ) de la condición de pobreza extrema (tabla 2).



**Figura 5. Distribución de habitantes por hogar, según hacinamiento y necesidades básicas.**

Fuente: Encuesta socioeconómica

**Tabla 2. Relación entre la condición de trabajo del jefe del hogar y el índice de necesidad en el que vive la familia.**

Pobreza extrema	Hacinamiento		Total	$X^2$	$p$
	Si	No			
Si	236	78	314	147.3	0.001
No	40	160	200		
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>238</b>	<b>514</b>		

$X^2$ : Chi cuadrado;  $p$ : significancia estadística.

Fuente: Encuesta socioeconómica



### **Aspecto Educativo.**

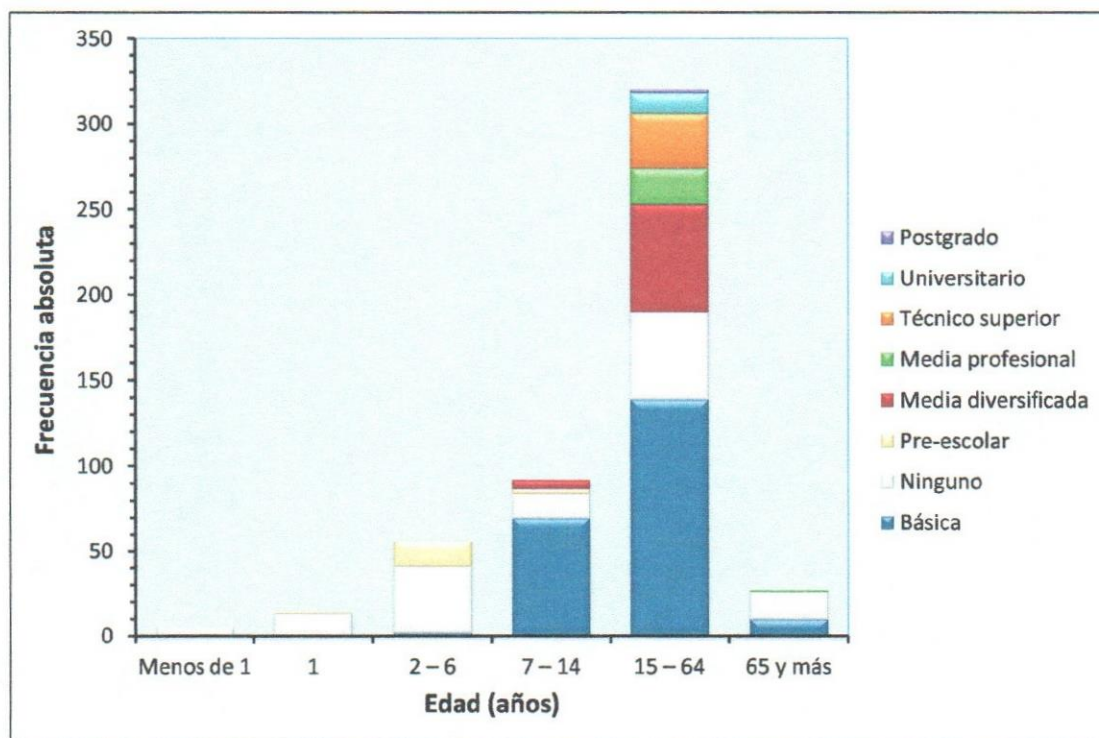
En el aspecto educativo, la figura 6 muestra que en general el alfabetismo (71.40%) supera al analfabetismo (28.60%) sin observar diferencias notables al comparar el género; ambas variables son independientes (tabla 3). En la figura 6 se presenta la distribución de la población según el nivel de instrucción y grupo de edad, en ella se observa que, en general el nivel de instrucción básico predomina sobre los demás con un 43%, seguido de ningún estudio con un 26.9%. Así mismo se observa que el grupo de 15 a 64 años, representa la población en la que se encuentra el más alto nivel educativo; sin embargo, el mayor porcentaje de las personas pertenecientes a este grupo alcanza un nivel básico (43.44%); si a este porcentaje se le suma el porcentaje de personas pertenecientes a dicho grupo etario sin ningún estudio (15.94%), se encuentra que el 59.38% de la población económicamente activa de la comunidad “La Palmita” se caracteriza por presentar un nivel educativo principalmente básico (figura 6). De las 118 familias encuestadas, seis se hallaron sin la madre, para un total de 112 familias en las que se analizó la relación entre el grado de instrucción de la madre según los indicadores de necesidades básicas (figura 7), hallándose que la condición de pobreza extrema depende significativamente ( $p < 0.001$ ) del nivel de instrucción de la madre ubicado entre ninguno y bachillerato (tabla 4).

**Tabla 3. Relación entre el género y el alfabetismo.**

Género	Alfabetismo		Total	$\chi^2$	p
	Si	No			
Masculino	176	63	239	0.90	ns
Femenino	191	84	275		
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>238</b>	<b>514</b>		

$\chi^2$ : Chi cuadrado; p: significancia estadística; ns: No hay significancia estadística.

Fuente: Encuesta socioeconómica



**Figura 6. Grado de instrucción de la población por grupos de edad.**

Fuente: Encuesta socioeconómica

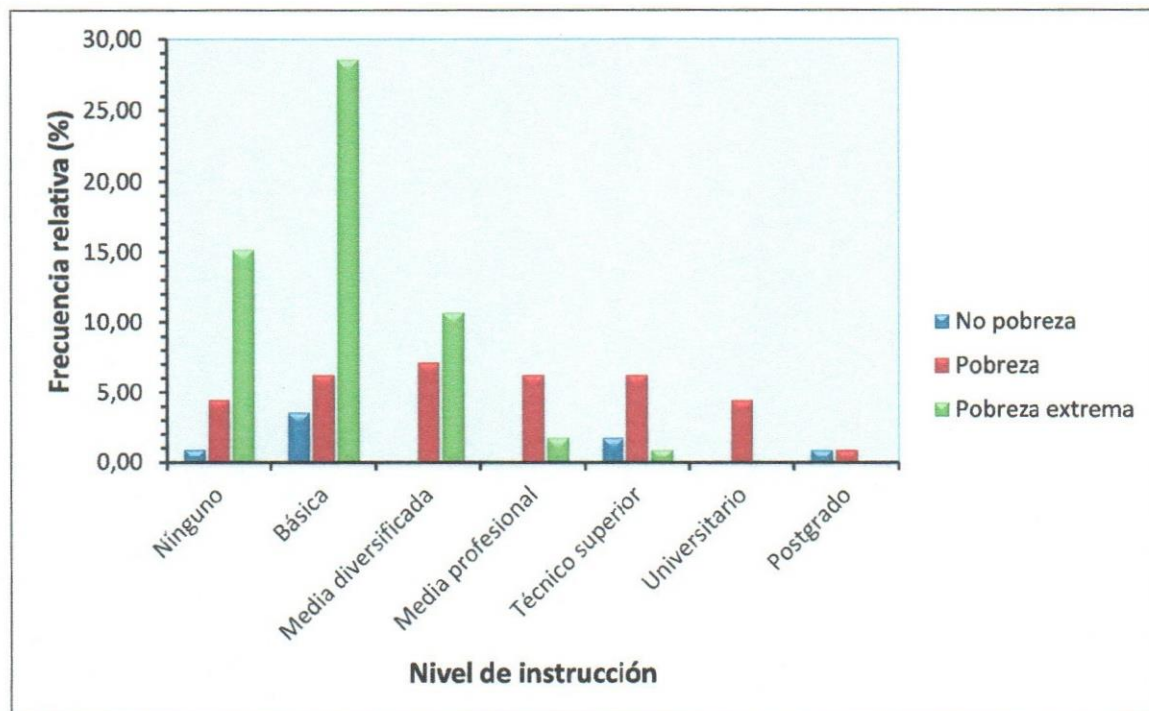


Figura 7. Grado de instrucción de la madre según indicador de necesidades básicas.

Fuente: Encuesta socioeconómica

**Tabla 4. Relación entre el nivel de instrucción de la madre de la familia y la pobreza extrema.**

Nivel de instrucción	Pobreza extrema		Total	$\chi^2$	<i>p</i>
	Si	No			
Ninguno–Bachillerato	61	25	86	26.38	0.001
Técnico–Universitario	3	23	26		
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>48</b>	<b>112</b>		

$\chi^2$ : Chi cuadrado; *p*: significancia estadística.

Fuente: Encuesta socioeconómica

### Aspecto Salud

En la población estudiada la tasa de mortalidad infantil supera al resto de los indicadores, esta observación se mantuvo constante en los años 2009 y 2010 (tabla 5). En el municipio Alberto Adriani, para el año 2009, las diez principales causas de enfermedad estuvieron constituidas por las infecciones respiratorias agudas con 6646 casos en cifras absolutas, y en último lugar, las intoxicaciones por plaguicidas con 59 casos (tabla 6). Siguiendo la morbilidad en ese municipio para el año 2010, la causa más común estuvo representada por las enfermedades del sistema respiratorio con 12218 casos y la menos común por las heridas con 2502 casos (tabla 7). Si se compara el primer motivo de consulta en estos dos años, se observa el repunte de casi un 100% de casos de un año a otro.

En cuanto a las causas de muerte en el mismo municipio se tiene que, para el año 2009 la primera causa fue el infarto al miocardio con 6 casos (tabla 8). En el año 2010 la principal causa fue la enfermedad del corazón con 129 casos, (tabla 9), prevaleciendo el infarto al miocardio en el quinto

lugar del año 2010 con 78 casos; se observa un aumento significativo de muertes por esta causa en un año. Específicamente, en la parroquia Gabriel Picón González se encuentra que tanto para el año 2009 como para el 2010, las primeras causas de muerte fueron las enfermedades del corazón con 6 y 5 casos respectivamente (tablas 10 y 11).

La morbilidad prevalente en la población de “La Palmita” para mayo de 2011 se observa en la figura 8, encontrándose en el primer lugar las insuficiencias respiratorias agudas (36,52%) y en último lugar el cáncer (0,37%). El grupo de 65 años y más es el grupo que presenta mayor porcentaje de morbilidad, seguido del grupo de 2 a 6 años, en comparación con los otros grupos. Las insuficiencias respiratorias agudas afectan con mayor predominio (más del 60%) a los grupos entre 2 a 6 y 7 a 14 años. La presencia de enfermedades de tratamiento constante en la población estudiada no depende del género (tabla 12), ésta depende significativamente de un índice de necesidades básicas de pobreza extrema ( $p < 0.01$ ), de la condición de hacinamiento ( $p < 0.001$ ) y del nivel de instrucción ( $p < 0.05$ ) como se observa en las tablas 13, 14 y 15, respectivamente.

**Tabla 5. Estadísticas vitales según año y entidad.**

Año	Tasa (%)	Entidad		
		Distrito	Municipio	Parroquia
2009	TMG	4.90	0.20	3.10
	TMI	16.70	14.50	13.00
	TM 1-4	0.70	0.60	0.50
2010	TMG	4.30	4.60	3.70
	TMI	14.90	13.10	12.10
	TM 1-4	0.40	0.50	0.30

TCN: tasa cruda de natalidad; TMG: tasa de mortalidad general; TMI: tasa de mortalidad infantil; TM 1-4: tasa de mortalidad de uno a cuatro años.

**Fuente: Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.**

**Tabla 6. Principales causas de morbilidad Municipio Alberto Adriani, año 2009.**

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Infecciones respiratorias agudas	6646
2	Fiebre	3853
3	Diarreas	2505
4	Neumonías	1301
5	Dengue	445
6	Mordeduras sospechosas de rabia	441
7	Amibiasis	241
8	Varicela	151
9	Hepatitis aguda	93
10	Intoxicaciones por plaguicida	59

**Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.**

**Tabla 7. Principales causas de morbilidad Municipio Alberto Adriani, año 2010.**

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Enfermedades del sistema respiratorio	12218
2	Enfermedades infecciosas parasitarias	9171
3	Fiebre	6574
4	Traumatismos	6010
5	Enfermedades del sistema genitourinario	5695
6	Virosis	3894
7	Enfermedades de piel y tejido subcutáneo	3700
8	Enfermedades del sistema digestivo	3541
9	Transmisión hídrica y alimentos	3512
10	Heridas	2502

**Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.**

**Tabla 8. Principales causas de mortalidad Municipio Alberto Adriani, año 2009.**

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Infarto al miocardio	6
2	Accidentes de todo tipo	3
3	Accidentes de tráfico y vehículo automotor	3
4	Tumores malignos	3
5	Dengue	3
6	Enfermedades cerebro-vasculares	2
7	Enfermedades bronco-obstructivas crónicas pulmonares	2
8	Enfermedades por HIV	1
9	Enfermedades inflamatorias del SNC	1
10	Otros accidentes	1

**Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.**

**Tabla 9. Principales causas de mortalidad Municipio Alberto Adriani, año 2010.**

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Enfermedades del corazón	129
2	Lesiones auto-infligidas	87
3	Accidentes de todo tipo	84
4	Tumores malignos	83
5	Infarto al miocardio	78
6	Homicidios	74
7	Accidentes de tráfico y vehículo automotor	64
8	Enfermedades cerebro-vasculares	54
9	Diabetes Mellitus	35
10	Ciertas afecciones del periodo perinatal	18

**Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.**

**Tabla 10. Principales causas de mortalidad Parroquia Gabriel Picón González, año 2009.**

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Enfermedades del corazón	6
2	Infarto al miocardio	3
3	Accidentes de todo tipo	3
4	Accidentes de tráfico y vehículo automotor	3
5	Tumores malignos	3
6	Diabetes Mellitus	3
7	Enfermedades cerebro-vasculares	2
8	Enfermedades bronco-obstructivas crónicas pulmonares	1
9	Enfermedades hipertensivas	1
10	Tumores malignos de órganos digestivos	1

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.

**Tabla 11. Principales causas de mortalidad Parroquia Gabriel Picón González, año 2010.**

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Enfermedades del corazón	5
2	Tumores malignos	5
3	Infarto al miocardio	3
4	Accidentes de todo tipo	3
5	Accidentes de tráfico y vehículo automotor	2
6	Enfermedades cerebro-vasculares	2
7	Enfermedades bronco-obstructivas crónicas pulmonares	1
8	Enfermedades por HIV	1
9	Enfermedades inflamatorias del SNC	1
10	Otros accidentes	1

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.



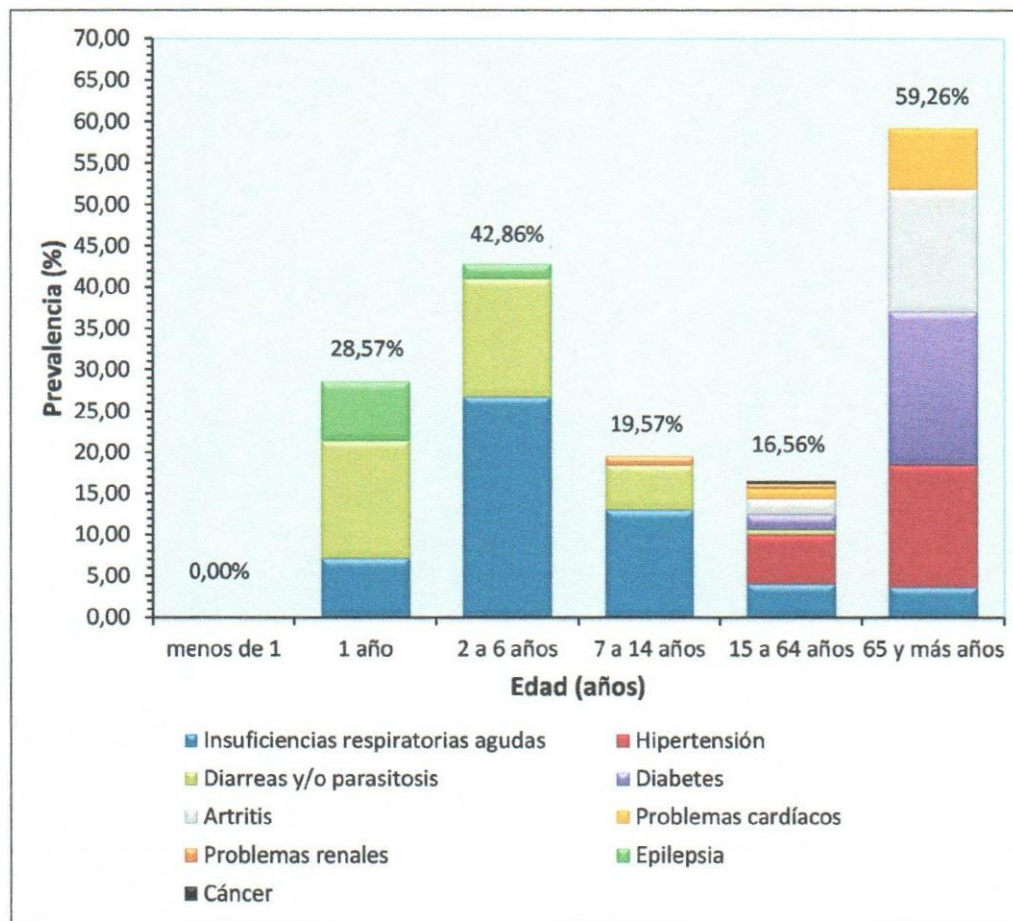


Figura 8. Morbilidad según grupo de edad, “La Palmita” mayo 2011.  
Fuente: Encuesta socioeconómica

Tabla 12. Relación entre el género y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.

Género	Presenta enfermedad de tratamiento constante		Total	$\chi^2$	<i>p</i>
	Si	No			
Masculino	51	189	240	0.019	ns
Femenino	56	219	275		
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>408</b>	<b>515</b>		

$\chi^2$ : Chi cuadrado; *p*: significancia estadística; ns: No hay significancia estadística.  
Fuente: Encuesta socioeconómica

**Tabla 13. Relación entre la condición de pobreza extrema y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.**

Pobreza extrema	Presenta enfermedad de tratamiento constante		Total	$X^2$	$p$
	Si	No			
Si	80	234	314	10.08	0.01
No	27	174	201		
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>408</b>	<b>515</b>		

$X^2$ : Chi cuadrado;  $p$ : significancia estadística.

Fuente: Encuesta socioeconómica

**Tabla 14. Relación entre hacinamiento y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.**

Hacinamiento	Presenta enfermedad de tratamiento constante		Total	$X^2$	$p$
	Si	No			
Si	77	205	282	15.27	0.001
No	30	203	233		
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>408</b>	<b>515</b>		

$X^2$ : Chi cuadrado;  $p$ : significancia estadística.

Fuente: Encuesta socioeconómica

**Tabla 15. Relación entre el nivel de instrucción y la presencia de enfermedades de tratamiento constante.**

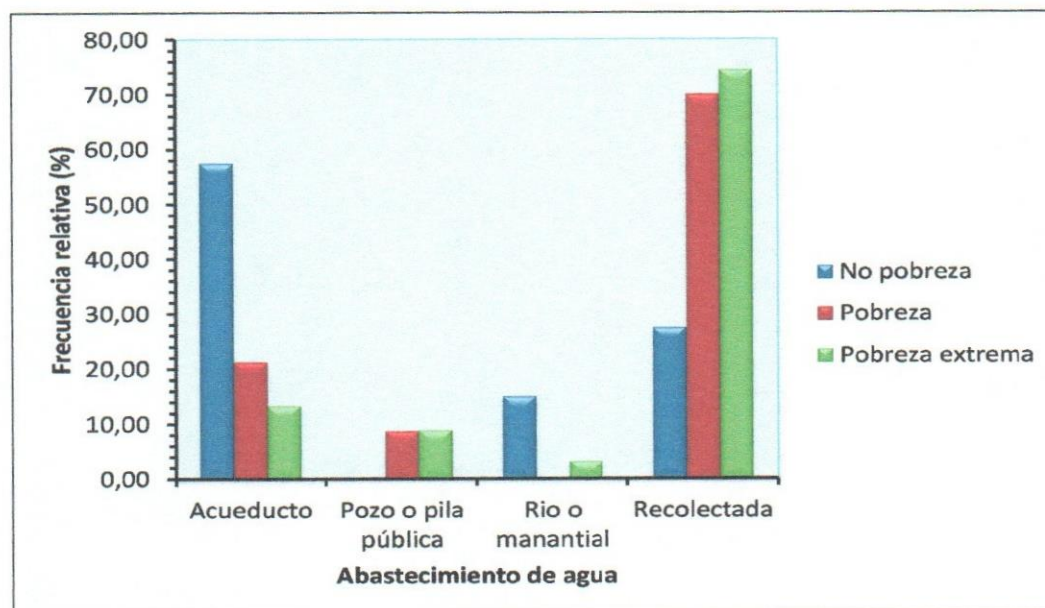
Nivel de instrucción	Presenta enfermedad de tratamiento constante		Total	$X^2$	$p$
	Si	No			
Ninguno - Bachillerato	101	346	447	5.99	0.05
Técnico - Universitario	6	62	68		
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>408</b>	<b>515</b>		

$X^2$ : Chi cuadrado;  $p$ : significancia estadística

Fuente: Encuesta socioeconómica

## Saneamiento Ambiental

En la figura 9 muestra la relación entre el abastecimiento de agua por persona, según indicador de necesidades básicas, observándose que gran parte de los sectores estudiados se provisionan de agua potable a través de la recolección, siendo el grupo en pobreza extrema, el más afectado (61.09%). La figura 10, describe el tratamiento del agua potable para el consumo, y se percibe que un amplio porcentaje de personas, usan el agua hervida (68.68%). En lo que a disposición y eliminación de excretas en la vivienda por persona se refiere, un alto índice incide en el uso de poceta a cloaca (42.80%), seguido de la poceta a pozo séptico (29.57%) y otro no muy bajo que usa letrina con un 22.76%, (figura 11). La figura 12, evidencia la eliminación de desechos, observándose que una alta porción de la población posee el servicio de aseo urbano (46.89%), y un tercio de la misma tiene botadero público (26.46%).



**Figura 9. Abastecimiento de agua de la vivienda por persona, según indicador de necesidades básicas.**

Fuente: Encuesta socioeconómica

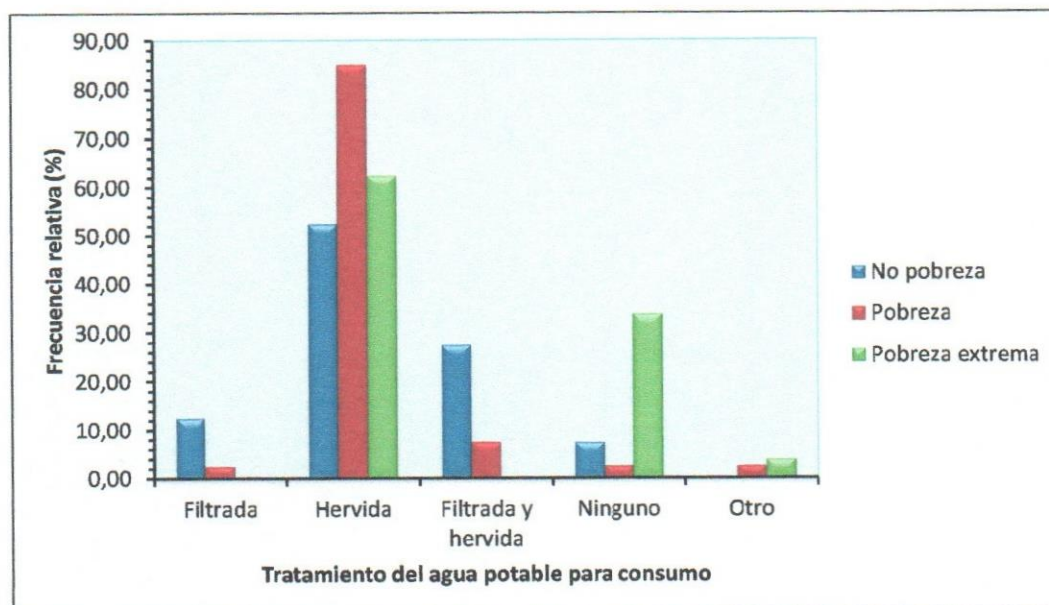


Figura 10. Tratamiento de agua potable para consumo por persona, según indicador de necesidades básicas.

Fuente: Encuesta socioeconómica

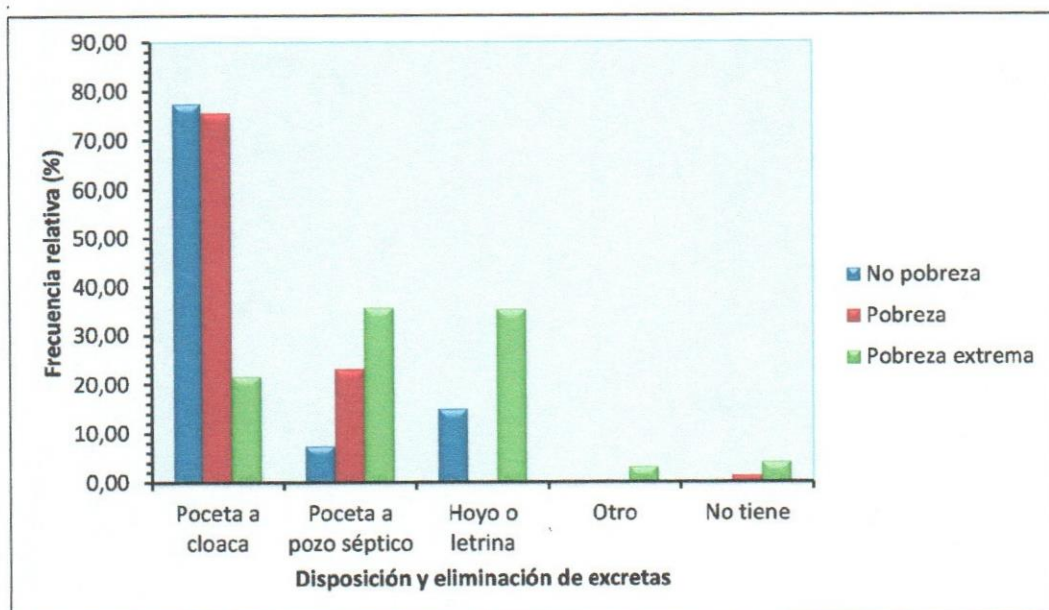
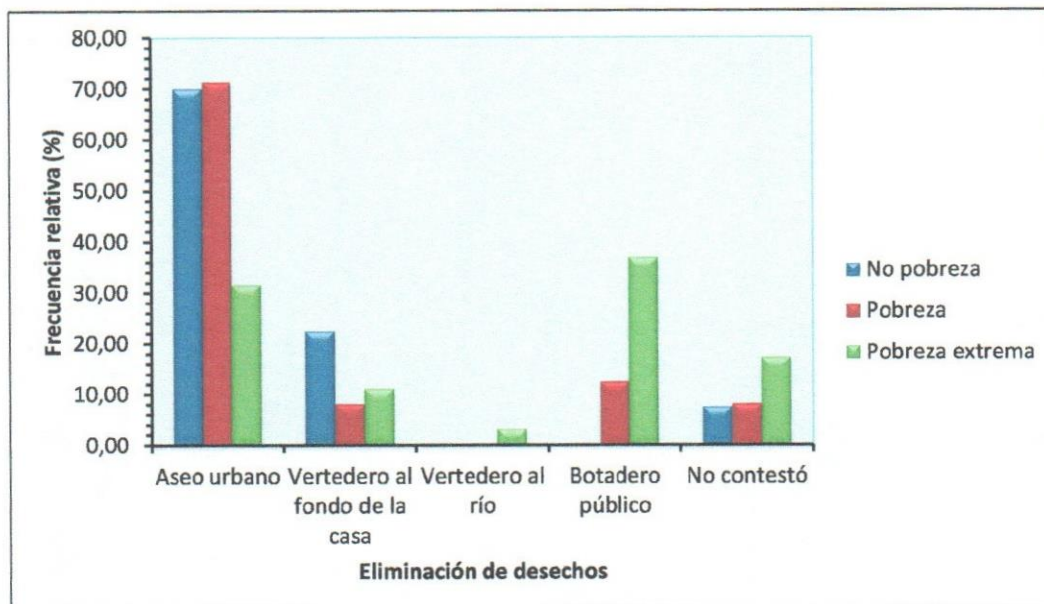


Figura 11. Disposición y eliminación de excretas en la vivienda por persona, según indicador de necesidades básicas.

Fuente: Encuesta socioeconómica



**Figura 12. Eliminación de desechos, según indicador de necesidades básicas.**

Fuente: Encuesta socioeconómica

## **Discusión**

La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales que hacen que los procesos salud-enfermedad dependan de las interacciones entre la persona y su entorno. De esta manera, personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse, siendo los sistemas de salud y las políticas públicas sociales las que influyen sustancialmente en este vínculo (Aguirre y Prieto, 2005). Esta hipótesis se comprueba con los resultados del presente estudio, en los se puede apreciar que la salud de la comunidad de la Palmita se ve afectada por los factores socioeconómicos relacionados con la edad, nivel de instrucción, hacinamiento y pobreza extrema.

En el presente estudio se encontró que en la comunidad de “La Palmita” la proporción de hombres y mujeres general es similar, la población económicamente activa es la más predominante y dentro de esta población, el género femenino supera al masculino. Así mismo, se encontró que en general existe una unión estable en las familias que integran esta población, siendo la nacionalidad venezolana la que prevalece. En relación con el estado civil, un aspecto importante observado, es el hecho que un gran porcentaje de las familias están a cargo sólo de la madre. Este rasgo sugiere que el género femenino se destaca sobre el masculino, en este aspecto siendo notable y aún más al encontrar que la condición de pobreza extrema es dependiente del nivel educativo de la madre. Esta característica de la población no escapa a la realidad social venezolana en la que la mujer es la principal fuente de ingreso y soporte económico de la tercera parte de las familias venezolanas (Contreras y cols. 2008).

Otra característica resaltante encontrada en el presente estudio refleja que, la comunidad de “La Palmita” vive en condiciones eminentemente de pobreza extrema y pobreza. Varios estudios relacionados revelan que, los factores tales como el salario mínimo, el hacinamiento y la fuerza de trabajo del jefe del hogar pueden influir sobre la frecuencia de consultas médicas en atención primaria (García y cols. 2007). En el presente estudio se encontró que, aunque gran parte de los jefes del hogar trabajan, en su mayoría las familias viven en pobreza extrema, además se halló que la pobreza extrema no depende de la percepción de un sueldo por parte del jefe del hogar, lo cual difiere de lo referido por García y cols. (2007). El hacinamiento resultó ser dependiente de la condición pobreza extrema, dependencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

La comunidad de “La Palmita” tiene un nivel de alfabetismo alto, sin embargo, el nivel de instrucción es predominantemente básico. A su vez se halló que la población económicamente activa, que es la más amplia en cuanto al número de personas que la integran, es también de un nivel de instrucción básico. Esta condición se relaciona con el nivel de pobreza de la comunidad, puesto que la condición de pobreza extrema depende significativamente ( $p < 0.001$ ) del nivel de instrucción. En la población económicamente activa de la comunidad estudiada existen personas con estudios académicos superiores y sin embargo no hay un efecto sobre las condiciones que refleja el modo de vivir las personas. Esta relación fue observada por García y cols. (2007), quienes encontraron que la posesión de estudios superiores no se correspondía con la realidad social de su país, lo cual posiblemente se deba a que personas académicamente preparadas realizaban oficios no inherentes a su profesión, por lo tanto, la existencia de personas con títulos académicos superiores en las áreas más desfavorecidas no refleja de forma paralela la mejora en la calidad de vida en esos estratos.

Una característica que resalta en la comunidad estudiada, en el aspecto salud, es el hecho que las infecciones respiratorias agudas son las enfermedades de mayor prevalencia (36.52%) para mayo 2011, esto tiene relación con los resultados derivados de la EPI-15 en el Municipio Alberto Adriani en los cuales dicha enfermedad constituye el primer motivo de consulta médica en el año 2009 y 2010 (tablas 6 y 7). Es importante resaltar que, las diarreas y parasitosis ocupan el tercer lugar en el cuadro de morbilidad que caracteriza a dicha comunidad (figura 8) con una prevalencia de 14.78%, por debajo de la hipertensión con una prevalencia del 20%, lo cual también se observa en la EPI-15 anteriormente referida (tabla 6 y 7). También resalta que dentro de las principales causas de muerte en el Municipio se encuentran las enfermedades cardíacas, lo cual se observa en la comunidad estudiada con una gran prevalencia de esta patología junto con los problemas de la tensión en la población de edad económicamente activa y de 65 años y más (figura 8).

En relación con las estadísticas vitales destaca que, la tasa de mortalidad infantil en todas las localidades (distrito, municipio y parroquia) es la más alta en comparación con el resto de los indicadores (tabla 5), lo cual se relaciona con las tasas de mortalidad en el país para el 2008, de acuerdo con Bonvecchio y cols. (2011); sugiere que este índice no disminuye a pesar de las políticas implementadas por el estado desde hace varios años, a diferencia de Barros y cols (2000) quienes con la aplicación de un programa materno infantil más accesible lograron disminuir dicho índice de mortalidad en dos comunidades.

De acuerdo con los análisis estadísticos realizados se encontró que, la aparición de enfermedades que requieren tratamiento constante depende de



la edad; como ya se refirió anteriormente, ciertas enfermedades son características de la edad, por ejemplo la hipertensión y las enfermedades cardíacas en la tercera edad, así como las infecciones respiratorias agudas en las edades comprendidas entre los 2 y 6 años (figura 8). Se encontró además que la aparición de estas enfermedades depende significativamente de la condición socioeconómica en que vive la familia, el hacinamiento y el nivel de instrucción de la madre (tablas 13, 14 y 15) Igual situación se refleja en la investigación hecha por García y cols. (2007), la cual indica que los factores tales como salario mínimo, hacinamiento y fuerza de trabajo del jefe del hogar, se asocian a una mayor frecuencia de consultas médicas en atención primaria. El mismo autor sugiere que, estos factores aparecen con frecuencia interrelacionados e implicados en las desigualdades en salud, cuyos resultados apoyan la relación observada en esta investigación. Igualmente Wagstaff (2002) en su estudio verificó que, la desigualdad e inequidad en la utilización de la atención sanitaria se debe, en parte, a las diferencias encontradas entre los estratos sociales, cuyos resultados se asemejan a la presente investigación.

Finalmente, el abastecimiento de aguas blancas y la eliminación de excretas pueden determinar la aparición de enfermedades infectocontagiosas que atentan contra la calidad de vida del individuo. Aunado a esta relación se encuentra el deterioro en general de las vías de acceso (Anexo 5, 6), la infraestructura de las viviendas (Anexo 7, ), que está afectando a esta población lo cual puede estar relacionado con el estado actual de la salud reflejada en los resultados obtenidos en esta investigación.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

La proposición de que los factores socioeconómicos son determinantes claves de la salud en la comunidad de La Palmita, permitió establecer criterios definitivos para llegar a las siguientes conclusiones:

- La población estudiada es una sociedad eminentemente pobre, subdesarrollada, de bajas condiciones socio-económicas, con alta prevalencia de enfermedades asociadas a carencias primarias y enfermedades infecciosas como las Infecciones respiratorias agudas y las diarreas agudas. La población tiende a tener una baja instrucción sanitaria, debido a la escasez de recursos económicos, vías de acceso e infraestructura adecuadas.
- Demográficamente la población es eminentemente rural.
- En la comunidad de La Palmita la mayor población corresponde al sexo femenino.
- En relación al estado civil según del jefe del hogar, la población tiene la condición de unión estable y es de estado civil casado; el resto es divorciado, viudo y soltero siendo el género femenino el encargado de la familia.
- Es una comunidad económicamente activa en su mayoría, con predominio del género femenino que son las que trabajan.
- La población presenta un alto índice de hacinamiento, y gran parte de los hogares, muestran necesidades básicas insatisfechas y pobreza extrema.

- Gran parte de las familias, prefieren hervir el agua, ya que la misma no tiene el tratamiento adecuado para su consumo.
- La presencia de enfermedades de tratamiento constante en la comunidad de “La Palmita” depende de manera significativa de los factores relacionados con la edad, el nivel de instrucción, la pobreza extrema y el hacinamiento.

## **5.2 Recomendaciones**

- Impulsar la amplia participación comunitaria en todas las etapas de las planificaciones que estén proyectadas a mejorar los espacios, el saneamiento ambiental y el desarrollo e infraestructura de la sociedad en cuestión
- Mejorar las condiciones de los trabajadores del sector, en cuanto a salario y calidad laboral se refiere.
- Incentivar a la comunidad mediante sus entes directivos como lo son las juntas comunales a que participen en las actividades propuestas en áreas como la salud, ya que las mismas no tienen otro fin que el bienestar de la población.
- Motivar al personal que trabaja en los centros de salud de la comunidad para que si tienen deficiencias acentuadas, se sientan parte de ellos y pongan el mayor esfuerzo para mejorarlos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre del Busto, R. y Prieto, D. (2005). La salud como valor social. *En Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.

Alleyne, G. (2002) *Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos*. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2002; 12(6): i-ii

Álvarez, R. (2004). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. (3ª ed.) México, DF: Editorial Manual Moderno.

Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación*. (5ta Edición). Caracas: Venezuela. Editorial Episteme.

Ávila, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Revista Acta Médica Costarricense*. 51 (2) 5-7

Barbosa, J. (2009). Factores socioeconómicos asociados a sobrepeso en una población de bajos ingresos en la región Noreste de Brasil. *Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*. [Revista en Línea], 59(1). Consultado el 10 de Noviembre de 2010 en: <http://www.alanrevista.org/>

Barros, F. Vaughan, J. Silva, A. Tomasi, E. (2000). *Explicando Tendencias y Desigualdades: Evidenciadas en Estudios de la Salud del Niño Brasileño*. [Revista en Línea], 3(51) Consultado el 26 de Octubre de 2010 en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>

Bonvecchio, A; Becerril-Montekio, V. Carriedo-Lutzenkirchen, A. y Landaeta-Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud pública de*

México. 53:s275-s286. Leída el 30 de diciembre de 2011. En: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v53s2/22.pdf>.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2009). Gaceta Oficial Extraordinario N° 5.908.

Contreras, J.I.; Marquina, M. y Quintero, A. (2008). La mujer en el contexto venezolano. *FERMENTUM*. Año 18. N° 53. Pp: 478-492. Leído: 30 de diciembre de 2011. En: <http://www.saber.ula.ve/dspace/bitstream/123456789/28653/1/articulo1.pdf>.

García, M.; Moreno, V.; Ramírez, D. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Revista Gaceta Sanitaria*, 21 (3), 219-26

García, O.; Castañeda, N.; Pérez, Z.; y Labrada, H. (2002). La Salud Pública en América Latina y El Caribe. *Revista Humanidades Médicas*, 2(2), 2-5

Glyn, H. y Heinke, G. (2002). *Ingeniería Ambiental* (4ªed.) México: Printice Hall.

Higashida, B. (2004). *Educación para la salud*. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana McGraw-Hill, Inc.

Hurtado, J. (2010). *El Proyecto de Investigación*. (6ª ed.) 1era Reimpresión. Caracas: Quirón.

Lasso, F. (2004). "Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza". Documento presentado a la Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD). [Documento en Línea]. Disponible en: [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/.../articles-100079\\_archivo.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/.../articles-100079_archivo.pdf)

Ley de Creación del Fondo Único Social. (2001). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.322, decreto N° 1.532, 12-11-2001.

Ley de Zonas Especiales de Desarrollo Sustentable. (2001). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.556, Decreto N° 1.469, 27-09-2001

Ley Orgánica de Salud. (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 36.579. 11-11-98.

Málaga, H. (s/f). *Tecnologías Apropriadas en Agua Potable y Saneamiento Básico de Colombia*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/.../2/dispsanbasuras.htm>

Miller, y Tyler, G. (2007). *Ciencia Ambiental y Desarrollo Sostenible*. (8a ed.) México: International Thompson Editores.

Organización Mundial de la Salud (OMS).(s/f) *La Salud Ambiental*. [Documento en Línea]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/environmental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/environmental_health/es/)

Organización salud Mundial de la Salud (OMS). (s/f). *El Medio ambiente y la salud de los niños*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/es/index.html>

Pardo, J. (2002). Huellas del conocimiento. *Revista Anthropos*: (Ejemplar dedicado a: La pobreza), 194 (5), 35-54

Pardo, M. (2008). *La sociedad del desperdicio: algunos elementos para la conceptualización social de los residuos de las sociedades modernas*. [Tesis en línea] Universidad Pública de Navarra. Consultado el 15 de Noviembre

de 2010. Disponible en: [http://earchivo.uc3m.es/bitstream/10016/7987/1/sociedad\\_pardo](http://earchivo.uc3m.es/bitstream/10016/7987/1/sociedad_pardo)

Rengifo, H. (2008) La Salud Ambiental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 25 (4), 353-354.

Rojas, P. (2003). *Salud y Pobreza: del paradigma a la acción inmediata. Documento de la OMS.* [Documento en línea] Disponible en: <http://www.cies.edu.ni/documentos/red/doc/cap-02/pobreza.pdf>.

Sepúlveda, L. (2007) Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. *Revista Científica Luna Azul*, 18 (6), 15-22

Solano, R. y Serón P. (s/f) *Trabajo Diseños de Investigación Clínica.* [Tesis en línea]. Universidad de La Frontera, Chile. Consultada el 18 de Noviembre de 2010 en: <http://www.med.ufro.cl/modulo2.htm>

Tamayo y Tamayo, M. (2004) *Manual del proyecto de investigación* (2ª ed.) Colombia: ICESI.

Terry, M.; Yepes, A. (2003). *Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social- Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública.* La Habana: Ciencias Médicas.

VI Conferencia Global sobre la Promoción de la Salud (2005). Bangkok, Tailandia [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf>

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5) 2-6

Yip W.; Berman, T. (2001) *Dirección del Seguro de Salud en un País de Bajos Ingresos y su Impacto Sobre el Acceso y la Equidad: Seguro de Salud*

de una Escuela de Egipto. Economía y Salud, [Revista en Línea]. Consultado el 22 de Noviembre de 2010 en: <http://www.cies.edu.ni/documentos/red/doc/cap-01/pobrezaydesigualdad.pdf>

Zambrano, A. (2007). ¿Para qué Educar en Valores? *Revista Educación de Valores*, 1 (7), 2-6

Zárate, G.; Pérez, M. (2007). Factores Sociales como Mediadores de la Salud Pública. *Revista Científica Salud Uninorte*. 23 (2), 193-203



## ANEXOS

### Anexo 1. Datos demográficos

#### Distribución de la población según la edad y el género.

Edad (años)	Género				Total	
	Masculino		Femenino		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Menos de 1	1	0,19	4	0.78	5	0.97
1	4	0.78	10	1.95	14	2.72
2 – 6	32	6.23	24	4.67	56	10.89
7 – 14	57	11.09	35	6.81	92	17.90
15 – 64	131	25.49	189	36.77	320	62.26
65 y más	14	2.72	13	2.53	27	5.25
<b>TOTAL</b>	<b>239</b>	<b>46.50</b>	<b>275</b>	<b>53.50</b>	<b>514</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

#### Estado civil del jefe del hogar, según género y procedencia.

Estado civil	Procedencia								Total	
	Venezolano				Extranjero*				Fa (N)	Fr (%)
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)			
Soltero	5	4.24	17	14.41	0	0.00	0	0.00	22	18,64
Casado	26	22.03	6	5.08	4	3.39	0	0.00	36	30,51
Divorciado	0	0.00	5	4.24	0	0.00	0	0.00	5	4,24
Viudo	2	1.69	11	9.32	1	0.85	0	0.00	14	11,86
Unido	34	28.81	3	2.54	2	1.69	0	0.00	39	33,05
Otro	2	1.69	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1,69
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>58.47</b>	<b>42</b>	<b>35.59</b>	<b>7</b>	<b>5.93</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>118</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa; Extranjero\*: Todos de nacionalidad colombiana.

**Ocupación del jefe del hogar, según índice de necesidades básicas.**

Fuerza de trabajo	Índice de necesidades básicas						Total	
	No pobreza		Pobreza		Pobreza extrema		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Trabaja	6	5.08	32	27.12	58	49.15	96	81.36
Busca/ trabajó antes	0	0.00	0	0.00	1	0.85	1	0.85
Ama de casa	0	0.00	1	0.85	2	1.69	3	2.54
Estudia y trabaja	1	0.85	1	0.85	0	0.00	2	1.69
Estudia y no trabaja	0	0.00	3	2.54	0	0.00	3	2.54
Pensión	2	1.69	2	1.69	8	6.78	12	10.17
Incapacitado	0	0.00	1	0.85	0	0.00	1	0.85
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>7.63</b>	<b>40</b>	<b>33.90</b>	<b>69</b>	<b>58.47</b>	<b>118</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

## Anexo 2. Datos socioeconómicos

Población económicamente activa (entre 15 y 64 años de edad), según género.

Fuerza de trabajo	Género				Total	
	Masculino		Femenino		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Trabaja	89	27.81	89	27.81	178	55.63
Busca/ trabajó antes	4	1.25	4	1.25	8	2.50
Busca trabajo por primera vez	1	0.31	1	0.31	2	0.63
Ama de casa	0	0.00	28	8.75	28	8.75
Estudia y trabaja	10	3.13	14	4.38	24	7.50
Estudia y no trabaja	23	7.19	51	15.94	74	23.13
Pensión	4	1.25	2	0.63	6	1.88
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>40.94</b>	<b>189</b>	<b>59.06</b>	<b>320</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

Distribución de habitantes por hogar, según hacinamiento y necesidades básicas.

Índice de necesidades básicas	Hacinamiento								Total	
	Si				No				Fa (N)	Fr (%)
	3 o menos hab/hogar		4 o más hab/hogar		3 o menos hab/hogar		4 o más hab/hogar			
Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	
No pobreza	0	0.00	0	0.00	6	1.17	34	6.61	40	7.78
Pobreza	9	1.75	31	6.03	18	3.50	102	19.84	160	31.13
Pobreza extrema	16	3.11	220	42.80	25	4.86	53	10.31	314	61.09
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>4.86</b>	<b>251</b>	<b>48.83</b>	<b>49</b>	<b>9.53</b>	<b>189</b>	<b>36.77</b>	<b>514</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa; hab/hogar: habitantes por hogar.

### Anexo 3. Datos Educación

Alfabetismo según género.

Género	Alfabetismo				Total	
	Si		No		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Masculino	176	34.24	63	12.26	239	46.50
Femenino	191	37.16	84	16.34	275	53.50
<b>TOTAL</b>	<b>367</b>	<b>71.40</b>	<b>147</b>	<b>28.60</b>	<b>514</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

Grado de instrucción de la población por grupos de edad.

Edad (años)	-	PE	Nivel de instrucción						Total		
			B	MD	MP	TS	U	P	Fa (N)	Fr (%)	
Menos de 1	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0.97	
1	13	1	0	0	0	0	0	0	14	2.72	
2 - 6	39	15	2	0	0	0	0	0	56	10.89	
7 - 14	14	3	70	5	0	0	0	0	92	17.90	
15 - 64	51	0	139	63	21	32	12	2	320	62.26	
65 y más	16	0	10	0	1	0	0	0	27	5.25	
<b>TOTAL</b>	<b>Fa (N)</b>	<b>138</b>	<b>19</b>	<b>221</b>	<b>68</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>514</b>	<b>100.0</b>
	<b>Fr (%)</b>	<b>26.9</b>	<b>3.7</b>	<b>43.0</b>	<b>13.2</b>	<b>4.3</b>	<b>6.2</b>	<b>2.3</b>	<b>0.4</b>		

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa; -: Ninguno; PE: Pre-escolar; B: Básica; MD: Media diversificada; MP: Media profesional; TS: Técnico superior; U: Universitario; P: Postgrado.

Grado de instrucción de la madre según indicador de necesidades básicas.

Nivel de instrucción	Índice de necesidades básicas						Total	
	No pobreza		Pobreza		Pobreza extrema		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Ninguno	1	0.89	5	4.46	17	15.18	23	20.54
Básica	4	3.57	7	6.25	32	28.57	43	38.39
Media diversificada	0	0.00	8	7.14	12	10.71	20	17.86
Media profesional	0	0.00	7	6.25	2	1.79	9	8.04
Técnico superior	2	1.79	7	6.25	1	0.89	10	8.93
Universitario	0	0.00	5	4.46	0	0.00	5	4.46
Postgrado	1	0.89	1	0.89	0	0.00	2	1.79
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>7.14</b>	<b>40</b>	<b>35.71</b>	<b>64</b>	<b>57.14</b>	<b>212</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

Nivel de instrucción	Índice de necesidades básicas						Total	
	No pobreza		Pobreza		Pobreza extrema		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Ninguno	1	0.89	5	4.46	17	15.18	23	20.54
Alguno	7	99.11	35	95.54	47	84.82	189	89.15
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>7.14</b>	<b>40</b>	<b>35.71</b>	<b>64</b>	<b>57.14</b>	<b>212</b>	

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

### Anexo 3. Datos aspecto Salud

Estadísticas vitales según año y entidad.

Año	Tasa (%)	Entidad		
		Distrito	Municipio	Parroquia
2009	TMG	4.90	0.20	3.10
	TMI	16.70	14.50	13.00
	TM 1-4	0.70	0.60	0.50
2010	TMG	4.30	4.60	3.70
	TMI	14.90	13.10	12.10
	TM 1-4	0.40	0.50	0.30

TCN: tasa cruda de natalidad; TMG: tasa de mortalidad general; TMI: tasa de mortalidad infantil; TM 1-4: tasa de mortalidad de uno a cuatro años.

Principales causas de morbilidad Municipio Alberto Adriani, año 2009.

Causa	Número de casos
1 Infecciones respiratorias agudas	6646
2 Fiebre	3853
3 Diarreas	2505
4 Neumonías	1301
5 Dengue	445
6 Mordeduras sospechosas de rabia	441
7 Amibiasis	241
8 Varicela	151
9 Hepatitis aguda	93
10 Intoxicaciones por plaguicida	59

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.

Principales causas de morbilidad Municipio Alberto Adriani, año 2010.

Causa	Número de casos
1 Enfermedades del sistema respiratorio	12218
2 Enfermedades infecciosas parasitarias	9171
3 Fiebre	6574
4 Traumatismos	6010
5 Enfermedades del sistema genitourinario	5695
6 Virosis	3894
7 Enfermedades de piel y tejido subcutáneo	3700
8 Enfermedades del sistema digestivo	3541
9 Transmisión hídrica y alimentos	3512
10 Heridas	2502

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.

Principales causas de mortalidad Municipio Alberto Adriani, año 2009.

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Infarto al miocardio	6
2	Accidentes de todo tipo	3
3	Accidentes de tráfico y vehículo automotor	3
4	Tumores malignos	3
5	Dengue	3
6	Enfermedades cerebro-vasculares	2
7	Enfermedades bronco-obstructivas crónicas pulmonares	2
8	Enfermedades por HIV	1
9	Enfermedades inflamatorias del SNC	1
10	Otros accidentes	1

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.

Principales causas de mortalidad Municipio Alberto Adriani, año 2010.

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Enfermedades del corazón	129
2	Lesiones auto-infligidas	87
3	Accidentes de todo tipo	84
4	Tumores malignos	83
5	Infarto al miocardio	78
6	Homicidios	74
7	Accidentes de tráfico y vehículo automotor	64
8	Enfermedades cerebro-vasculares	54
9	Diabetes Mellitus	35
10	Ciertas afecciones del periodo perinatal	18

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.

Principales causas de mortalidad Parroquia Gabriel Picón González, año 2009.

	<b>Causa</b>	<b>Número de casos</b>
1	Enfermedades del corazón	6
2	Infarto al miocardio	3
3	Accidentes de todo tipo	3
4	Accidentes de tráfico y vehículo automotor	3
5	Tumores malignos	3
6	Diabetes Mellitus	3
7	Enfermedades cerebro-vasculares	2
8	Enfermedades bronco-obstructivas crónicas pulmonares	1
9	Enfermedades hipertensivas	1
10	Tumores malignos de órganos digestivos	1

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.

Principales causas de mortalidad Parroquia Gabriel Picón González, año 2010.

Causa	Número de casos
1 Enfermedades del corazón	5
2 Tumores malignos	5
3 Infarto al miocardio	3
4 Accidentes de todo tipo	3
5 Accidentes de tráfico y vehículo automotor	2
6 Enfermedades cerebro-vasculares	2
7 Enfermedades bronco-obstructivas crónicas pulmonares	1
8 Enfermedades por HIV	1
9 Enfermedades inflamatorias del SNC	1
10 Otros accidentes	1

Fuente: informe mensual EPI 15. Unidad estadística y epidemiología regional Estado Mérida.

Morbilidad que padece la población estudiada según grupo de edad, mayo 2011.

Causa de morbilidad	Edad (años)						Total		
	Menos de 1	1	2-6	7-14	15-64	65 y más	Fa (N)	Fr (%)	
Insuficiencias respiratorias agudas	0	1	15	12	13	1	42	36.52	
Hipertensión	0	0	0	0	19	4	23	20.00	
Diarreas y/o parasitosis	0	2	8	5	2	0	17	14.78	
Diabetes	0	0	0	0	6	5	11	9.57	
Artritis	0	0	0	0	6	4	10	8.70	
Problemas cardíacos	0	0	0	0	4	2	6	5.22	
Problemas renales	0	0	0	1	2	0	3	2.61	
Epilepsia	0	1	1	0	0	0	2	1.74	
Cáncer	0	0	0	0	1	0	1	0.87	
<b>Total</b>	<b>Fa (N)</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>53</b>	<b>16</b>	<b>115</b>	<b>100.00</b>
	<b>Fr (%)</b>	<b>0.00</b>	<b>3.48</b>	<b>20.87</b>	<b>15.65</b>	<b>46.09</b>	<b>13.91</b>	<b>100.00</b>	
<b>Prevalencia (%) de morbilidad</b>		<b>0.00</b>	<b>24.84</b>	<b>37.27</b>	<b>17.01</b>	<b>14.40</b>	<b>51.53</b>		

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa; hab/hogar: habitantes por hogar.



### Anexo 4. Datos aspecto saneamiento Ambiental

. Abastecimiento de agua de la vivienda por persona, según indicador de necesidades básicas.

Abastecimiento de agua	Índice de necesidades básicas						Total	
	No pobreza		Pobreza		Pobreza extrema		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Acueducto	23	4.47	34	6.61	42	8.17	99	19.26
Pozo o pila pública	0	0.00	14	2.72	28	5.45	42	8.17
Camión tanque	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Rio o manantial	6	1.17	0	0.00	10	1.95	16	3.11
Recolectada	11	2.14	112	21.79	234	45.53	357	69.46
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>7.78</b>	<b>160</b>	<b>31.13</b>	<b>314</b>	<b>61.09</b>	<b>514</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

Tratamiento de agua potable para consumo por persona, según indicador de necesidades básicas.

Tratamiento de agua potable para consumo	Índice de necesidades básicas						Total	
	No pobreza		Pobreza		Pobreza extrema		Fa (N)	Fr (%)
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)		
Filtrada	5	0.97	4	0.78	0	0.00	9	1.75
Hervida	21	4.09	136	26.46	196	38.13	353	68.68
Filtrada y hervida	11	2.14	12	2.33	0	0.00	23	4.47
Ninguno	3	0.58	4	0.78	106	20.62	113	21.98
Otro	0	0.00	4	0.78	12	2.33	16	3.11
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>7.78</b>	<b>160</b>	<b>31.13</b>	<b>314</b>	<b>61.09</b>	<b>514</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

Disposición y eliminación de excretas en la vivienda por persona, según indicador de necesidades básicas.

Disposición y eliminación de excretas	Índice de necesidades básicas						Total	
	No pobreza		Pobreza		Pobreza extrema			
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)
Poceta a cloaca	31	6.03	121	23.54	68	13.23	220	42.80
Poceta a pozo séptico	3	0.58	37	7.20	112	21.79	152	29.57
Hoyo o letrina	6	1.17	0	0.00	111	21.60	117	22.76
Otro	0	0.00	0	0.00	10	1.95	10	1.95
No tiene	0	0.00	2	0.39	13	2.53	15	2.92
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>7.78</b>	<b>160</b>	<b>31.13</b>	<b>314</b>	<b>61.09</b>	<b>514</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.

Tabla 20. Eliminación de desechos, según indicador de necesidades básicas.

Eliminación de desechos	Índice de necesidades básicas						Total	
	No pobreza		Pobreza		Pobreza extrema			
	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)	Fa (N)	Fr (%)
Aseo urbano	28	5.45	114	22.18	99	19.26	241	46.89
Vertedero al fondo de la casa	9	1.75	13	2.53	35	6.81	57	11.09
Vertedero al río	0	0.00	0	0.00	10	1.95	10	1.95
Botadero público	0	0.00	20	3.89	116	22.57	136	26.46
No contestó	3	0.58	13	2.53	54	10.51	70	13.62
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>7.78</b>	<b>160</b>	<b>31.13</b>	<b>314</b>	<b>61.09</b>	<b>514</b>	<b>100.00</b>

Fa: frecuencia absoluta; Fr: frecuencia relativa.



Anexo 7. Derrumbes en las vías de acceso que conducen hacia "La Palmita", Municipio Alberto Adriani, Mérida, Edo. Mérida. Mayo 2011.



Anexo 8. Vivienda de zona encuestada "La Palmita", Municipio Alberto Adriani, Mérida, Edo. Mérida. Mayo 2011.



Anexo 5. Vías de acceso en mal estado que conducen hacia "La Palmita", Municipio Alberto Adriani, Mérida, Edo. Mérida. Mayo 2011.



Figura Anexo 6. Fallas de borde en las vías de acceso que conducen hacia "La Palmita", Municipio Alberto Adriani, Mérida, Edo. Mérida. Mayo 2011.