



Atención integral a la salud de los niños y niñas de los Multihogares en el Municipio San Francisco, estado Zulia*

*Olivia Blanco***

*Raquel Sáez G.****

Resumen

El presente artículo reporta los resultados del trabajo de investigación denominado Atención Integral a la Salud de los niños y niñas menores de seis años de edad que asisten a los Multihogares del Municipio San Francisco. El objetivo central de la investigación fue conocer la atención integral a la salud de los niños y niñas menores de seis años de edad que asisten a los Multihogares del Convenio LUZ-DEINCOG, el cual se desarrolló entre enero de 2005 a julio de 2006. Siguiendo el enfoque empirista medicional, se utilizó el método inductivo y se recolectaron, analizaron e interpretaron los datos de una población integrada por 16 Multihogares de la parroquia Domitila Flores en el municipio San Francisco, de los cuales se seleccionó de manera intencional 05 pertenecientes a la Asociación Civil DEINCOG. Los resultados indican que existen riesgos biológicos, sociales y ambientales en los niños y niñas menores de seis años de edad que asisten a los Multihogares para lo cual se recomendó la elaboración de un Plan Control de Riesgos, que brinde atención y seguimiento a cada uno de los riesgos detectados. Al mismo tiempo permitirán comparar las tasas de morbimortalidad alcanzadas en este grupo poblacional en diferentes regiones del país (sector, parroquias, municipios, estados), poniendo así de manifiesto las diferenciales según condiciones de vida.

Palabras clave: Multihogares, salud, atención integral, comunidad, riesgos biológicos, sociales y ambientales.

* Trabajo de Investigación del Convenio LUZ-FONACIT. CU/16-10-2002 (Ref. 07408-02)

** Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Correo electrónico: olyblanco@yahoo.es.

*** Escuela de Trabajo Social, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Correo electrónico: ra-saez@cantv.net

Integral Health Care for Boys and Girls at Day Care Centers in the San Francisco Municipality, State of Zulia

Abstract

This article reports the results of a research Project titled *Integral Health Care for boys and girls under 6 years of age who attend Day Care Centers in the San Francisco Municipality*. The central objective was to study the integral health care given to boys and girls under six years who attend the Day Care Centers of the LUZ-DEINCOG agreement, developed between January, 2005, and July, 2006. Following the empirical measuring approach, the inductive method was used and data from a population consisting of 16 Day Care Centers from the Domitilia Flores parish was interpreted; of these, 5 belonging to the DEINCOG Civil Association were selected intentionally. Results indicate that biological, social and environmental risks exist for boys and girls under six years of age who attend the Day Care Centers. Therefore, it was recommended to draw up a *Risk Control Plan* that pays attention to and follows up on each detected risk. At the same time, it will permit comparing the morbo-mortality rate for this population group in different regions of the country (sector, parishes, municipalities and states), thereby manifesting differentials according to living conditions.

Key words: Day care centers, health, integral attention, community, biological social and environmental risks.

Introducción

En las páginas siguientes se reportan los resultados del trabajo de investigación denominado *Atención Integral a la Salud de los niños y niñas menores de seis años de edad que asisten a los Multihogares del Municipio San Francisco*, que se realizó desde la Universidad del Zulia bajo Convenio con FONACIT durante el período 2005-2006.

El artículo está dividido en cuatro partes. En la *primera*, se presenta el planteamiento del problema a partir de las acciones a desarrollar por los programas coyunturales de compensación social que ha diseñado el gobierno na-

cional, como es el de cuidar en Multihogares al grupo etario menor de seis años cuyas madres trabajan o están en pobreza crítica, lo cual plantea la necesidad de fortalecer la atención integral a los niños y niñas menores de seis años que asisten a los Multihogares de Cuidado Diario. En la *segunda* parte, se realiza una fundamentación teórica de las formas de ejecución de la política social en Venezuela, con especial énfasis en el Programa de Hogares y Multihogares de Cuidado Diario del Servicio Autónomo de Atención Integral a la Infancia (SENI-FA). La *tercera* parte, comprende la metodología utilizada, población, muestra, tipo de investigación y procesamiento de los datos. Finalmente en la *cuarta* parte, se presentan los resultados de la investigación

1. Programas de compensación social: multihogares de cuidado diario

La investigación Atención Integral a la Salud de los niños y niñas menores de seis años que asisten a Multihogares del Municipio San Francisco, en el Estado Zulia, se enmarca en las acciones a desarrollar por los programas coyunturales de compensación social que ha diseñado el gobierno nacional, como es el de cuidar en Multihogares al grupo etario menor de seis años cuyas madres trabajan o están en pobreza crítica; estos hogares están conceptualizados como espacios alternativos donde se les presta atención integral, en horarios diurnos, con énfasis en suministrar alimentación balanceada durante su permanencia en el mismo.

Igualmente proporcionar cuidados en la higiene personal, del vestido y calzado, actividades pedagógicas y controlar problemas de salud por carencias biológicas, socio afectivas y económicas, los cuales al no ser atendidos provocan lesiones permanentes y retraso en el desarrollo biológico, sicomotor y socio afectivo.

Ahora bien, existen condiciones que aumentan la posibilidad de daño a la salud y que se han dado en llamar factores de riesgo. Se define como riesgo la presencia de circunstancias o características en una persona o grupo de personas, comunidad o ambiente que se asocia con la probabilidad de padecer, desarrollar o exponerse a un daño a la salud. En la medida en que la magnitud de la probabilidad aumenta, la condición de riesgo es más manifiesta. Según Castellanos (1994), la probabilidad es algo que refleja una medida de incertidumbre, una posibilidad, cuando la escala de probabilidad se eleva es mayor la certeza de que el hecho o daño ocurra. Es por ello de suma importancia conocer el riesgo (mediante la observación y/o identificación) antes de que ocurra el hecho o daño que predice, por lo que concretamente, el riesgo expresa la medida de la probabilidad estadística de que ocurra un suceso dañino a la salud. Los riesgos por su origen pueden ser: **Biológicos; Sociales; Ambientales.**

La investigación buscó contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad de estos niños, en el entendido de que los problemas de salud no se distribuyen al azar ni tienen frecuencia ni gravedad similar y que los diferenciales en las condiciones de vida representan una inequidad (reclamo ético) que exige el reforzamiento de las respuestas sociales integrales e intersectoriales, evaluación de impacto y participación organizada de la comunidad; también responde al desafío metodológico de gran trascendencia práctica que significa la atención a grupos de población relativamente homogéneos en su interior, que se convierten en unidad de análisis, por ser grupos reales de la población, tanto en la forma de organizarse como en la vida cotidiana y que están vinculados a la forma como existen.

El equipo de salud que se encargó de la ejecución del proyecto, lo conformaron médicos, enfermeras, trabajadores sociales y promotores de salud, de dependencias diversas: profesores de la Universidad del Zulia, trabajadores del sistema de salud y contratados *ad hoc*; este personal se encargó de realizar el examen clínico integral al niño e identificó los *factores de riesgo* presentes en la familia y comunidad, lo que permitió establecer una situación de salud inicial, la cual fue intervenida en forma individualizada; se utilizó el sistema de referencia y contra-referencia del Modelo de Atención Integral a la Salud del Ministerio de Salud, para que la población objetivo fuese atendida, en caso de ser necesario, en el 2º nivel (Centro Clínico Ambulatorio III El Silencio) y en el 3º (Hospital tipo IV General del Sur y Hospital tipo II Materno Infantil San Francisco).

Es importante resaltar que la Asociación Civil Desarrollo Integral a la Comunidad y su Gente (A.C. DEINCOG) es una Organización No Gubernamental, sin fines de lucro, conformada por un coordinador y cinco promotoras de multihogar, quienes a su vez son líderes para la transformación y el cambio de sus comunidades. La asociación civil nace en el año 2000, está conformada por algunas de las madres cuidadoras de los Multihogares, que a través de un acuerdo con la Fundación Nuevo Amanecer y el SENIFA, pasan a ser quienes están a cargo de los Multihogares en calidad de *Promotoras*. Entre los objetivos de la asociación se mencionan:

- Promover, fortalecer y apoyar el desarrollo de programas dirigidos a impulsar la iniciativa comunitaria que se realice en pro de sus beneficios.
- Promover y ejecutar actividades de formación y capacitación.
- Acompañar y realizar actividades que incidan en el mejoramiento de los bienes y servicios básicos para la vida del individuo, núcleo familiar y comunidad.
- Colaborar, convenir y firmar acuerdos, con aquellos organismos públicos y privados, para el desarrollo de los programas que están enmarcados en los anteriores objetivos.

Cabe destacar que las personas de la Asociación, deben pertenecer a las respectivas comunidades y ser miembros activos en las asambleas generales.

Es pues, a partir de éstas consideraciones que surge el proyecto de Investigación del Convenio LUZ-FONACIT, para ser ejecutado por La Universidad del Zulia, bajo la coordinación del Departamento de Salud Pública Integral de la Escuela de Medicina y la Asociación Civil DEINCOG.

En Venezuela, el cuidado diario de los niños y niñas se enfoca como una estrategia de intervención alimentaria nutricional comunitaria. Desde 1996, los Multihogares de Cuidado Diario (MCD), se inician masivamente para atender la desestabilización socioeconómica de venezolanos en condición de pobreza, el incremento en el trabajo de la mujer fuera del hogar y la necesidad de buscar alternativas para el cuidado de sus hijos e hijas. Los MCD ofrecen atención integral a niños y niñas menores de seis años de bajos recursos económicos, en casas de familia, atendiendo máximo a 30 niños y niñas por hogar, trabajan 3 madres cuidadoras y una promotora. Los organismos encargados de la evaluación de este programa, se concentran principalmente en datos cuantificables como la cobertura, ejecución del presupuesto asignado y otros aspectos técnicos. No se han implementado nuevos enfoques de investigación y evaluación, caracterizados por ser novedosos e involucrar a comunidades en descifrar sus problemas, así como el monitoreo y seguimiento de los planes de intervención social y la evaluación del impacto en las comunidades (SENIFA, 1996).

La necesidad de organización de las comunidades y en la perspectiva de que enfrenten de una manera conjunta la satisfacción de sus necesidades o aspiraciones; den solución a problemas ya detectados y promuevan intereses específicos en materia de necesidades básicas y logros de metas de trascendencia se planteó este proyecto ejecutado en el Municipio San Francisco del Estado Zulia para la intervención social que significa la *Atención Integral a la Salud de los niños y niñas menores de seis años de edad que asisten a los Multihogares del Municipio San Francisco*, durante el período que va de enero 2005 a junio 2006.

2. La política social en Venezuela y el Programa de Hogares y Multihogares de Cuidado Diario del Servicio Autónomo de Atención Integral a la Infancia (SENIFA)

Los Multihogares de Cuidado Diario (MCD) forman parte de los programas sociales para la atención de población infantil en Venezuela. Surgen para responder a las demandas y necesidades básicas de hogares de escasos recursos socioeconómicos. En estos centros, los niños reciben desayuno, almuerzo y dos meriendas diarias, que cubren aproximadamente 85% del requerimiento energético diario así como garantizarles tres comidas balanceadas, cheques

médicos a través de convenios con entes vinculados a la salud y orientación pedagógica. Por cada MCD, tres madres cuidadoras y una promotora ofrecen atención integral a 30 niños, menores de seis años, en casas de la comunidad, situada en zonas pobres de las ciudades (Bernal y Lorenzana, 2002).

Al realizar una revisión histórica del programa de los hogares de cuidado diario en Venezuela, se detectó que surgieron -a diferencia de otros componentes de la política social- en comunidades de escasos recursos económicos, como una forma de cooperación entre madres y vecinas: en sus hogares algunas vecinas se dedicaban a cuidar los hijos de otras mientras éstas estaban trabajando, recibiendo una contribución en dinero a cambio de sus servicios. En el año 1974, esa praxis comunitaria fue analizada, complementada y comenzó a ser fomentada por la Fundación del Niño, organización privada y sin fines de lucro - presidida por la Primera Dama del país- dedicada a ofrecer asistencia y protección a la infancia (Parra y La Cruz, 2003:44).

En febrero de 1999 comenzó un nuevo período presidencial, caracterizado por numerosos cambios y reformas normativas, institucionales y operativas. La Constitución aprobada en ese mismo año contiene un diseño institucional y político distinto al que existía en el país y produjo cuantiosas transformaciones en la organización de los entes públicos. A nivel central, se cambiaron los nombres de los ministerios, se produjeron fusiones de organismos y se instituyeron otros. Por ejemplo, el Ministerio de la Familia se fusionó con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y se constituyó el Ministerio de Salud y Desarrollo Social; organismo al cual está adscrito el SENIFA cuyo propósito fundamental es "...brindar una atención integral a niños y niñas menores de 6 años de edad, abarcando las áreas de cuidado diario, nutrición, salud, educación inicial y desarrollo psicoafectivo, así como la orientación, capacitación y asesoría especializada a los miembros de la familia y las comunidades" (Parra y La Cruz, 2003:44).

Con motivo de la re-estructuración, se replantearon los fines y funciones del SENIFA, sobresaliendo al compararse con la misión original de ese servicio autónomo, el énfasis que actualmente se le da al fomento de la solidaridad social, así como a la promoción del voluntariado social. Todo ello, a partir del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social para el lapso 2001-2007, aprobado por la Asamblea Nacional en el año 2001, el cual fija las directrices generales de las políticas públicas, a partir de un modelo de desarrollo para la sociedad venezolana. El modelo se asienta en la búsqueda del equilibrio de los diversos factores y fuerzas que intervienen en el desarrollo nacional. Propone, a mediano plazo, la materialización de cinco equilibrios primordiales: a) económico; b) social; c) político; d) territorial y; e) internacional.

El equilibrio social tiene como objetivo fundamental *alcanzar la justicia social*. Para ello se estima imprescindible modificar las condiciones de vida de

la mayoría de la población, a la que tradicionalmente se le ha impedido el acceso equitativo a la riqueza y el bienestar. Dirigir a la sociedad hacia la justicia social requiere:

...la valoración, protección y defensa de la calidad de vida de todos los habitantes del territorio venezolano; como resultado de la universalización de todos los derechos sociales, garantizando la equidad de accesos a recursos, a medios de atención y a condiciones materiales de bienestar... (República Bolivariana de Venezuela, 1999: 91).

Los principios orientadores de este equilibrio son:

- La universalidad. Asegurar a todos los derechos sociales incluidos en la Constitución.
- La equidad. Igualdad de oportunidades o darle a cada quien según su necesidad o pedirle de acuerdo a su capacidad.
- La participación. Gracias a un nuevo poder ciudadano será factible la participación en el planteamiento, seguimiento, ejecución y evaluación de las labores públicas.
- La corresponsabilidad. Tanto el Estado como la sociedad son responsables de los individuos y la colectividad. Hace referencia a obligaciones compartidas

3. Aspectos metodológicos

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo central de la investigación, conocer la atención integral a la salud de los niños y niñas menores de seis años de edad que asisten a los Multihogares del Convenio LUZ-DEINCOG, mediante la identificación de los riesgos biológicos, sociales y ambientales se trabajó en el municipio San Francisco con dieciséis (16) Multihogares de la parroquia Domitila Flores, de los cuales se tomó intencionalmente para efectos de la investigación los cinco (05) Multihogares que integran la A.C. DEINCOG, que atienden niños y niñas menores de seis años que viven en las comunidades pobres adyacentes.

Las actividades se cumplieron diariamente y a los problemas de salud detectados se les buscó resolución inmediata; todo esto en forma simultánea en los cinco Multihogares, ya que la ubicación geográfica de los mismos permitió que las acciones de salud en las familias y comunidades potenciaran mayor cobertura y equidad.

Los cinco Multihogares que conforman la A.C. DEINCOG, se encuentran ubicados en el siguiente espacio territorial del estado Zulía:

- "RISAS Y ALEGRÍAS", municipio San Francisco, parroquia Domitila Flores, Barrio Milagro Sur, calle 199-A.
- "CULTIVANDO SUEÑOS", municipio San Francisco, parroquia Domitila Flores, Barrio Universidad, calle 49-C, No. 55.
- "MI PEQUEÑO MUNDO", municipio San Francisco, parroquia Domitila Flores, Barrio La Polar, calle 48-C, No. 180-50.
- "HACIENDO AMIGOS", municipio San Francisco, parroquia Domitila Flores, Barrio La Polar, calle 181, No. 48-37.
- "LA SONRISA DE LOS NIÑOS" municipio Maracaibo, parroquia Manuel Dagnino, Barrio María Concepción Palacios, calle 101, No. 39.

La investigación se basó en el enfoque empirista medicional y se utilizó el método inductivo, el cual implicó operaciones de observación y recogida de datos, procesamiento de datos y búsqueda de regularidades. La intención es descriptiva ya que provee los primeros insumos observacionales sistemáticos acerca del objeto de estudio (se orientó a precisar cómo ocurren los hechos) y se desarrolló en dos fases, comprendidas desde enero de 2005 a julio de 2006. Las fuentes de datos incluyeron, la Ficha Técnica Institucional, la Carpeta Familiar, la Historia Clínica Integral, observación del programa y notas de campo. De los 16 Multihogares que al momento del estudio funcionaban en la parroquia Domitila Flores, se seleccionó de manera intencional los 05 multihogares de la Asociación Civil DEINCOG los cuales tienen una cobertura de 179 niños y niñas. Se visitó el hogar de estos niños y niñas y se elaboró la Carpeta Familiar, éste es un formato validado por la División de Promoción Social del Ministerio de Salud que recoge información básica acerca de las condiciones familiares y socioeconómicas de cada niño y niña (características sociosanitarias del grupo familiar y condiciones familiares compartidas), el mismo consta de 10 secciones, el cual se aplicó a 110 familias de los niños y niñas que integran los multihogares. Para el procesamiento de los datos se trabajó con el análisis cuantitativo y se trabajó con el programa SPSS versión 7.5. Padrón (2005), señala que el enfoque inductivo del conocimiento del mundo y de la resolución de problemas se basa en la idea de que las infinitas variaciones y diversidades de los fenómenos que observamos en el mundo, por muchas que parezcan, por distintas que parezcan y por misteriosas que parezcan, en realidad responden a ciertos patrones de repetición, a ciertos esquemas de regularidad que podrían ser captados atendiendo a la frecuencia de aquellos rasgos que queremos estudiar en el conjunto de las repeticiones del fenómeno.

El estudio reveló que de los 179 niños y niñas inscritos en los Multihogares se entrevistaron un total de 110 familias (integradas por 667 personas), a quienes se les consultó y aplicó la Carpeta Familiar a través de la cual se determinaron los riesgos biológicos, sociales y ambientales. Además de los niños y

niñas menores de seis años que acuden a los Multihogares el grupo de estudio estuvo constituido por representantes de los niños y niñas usuarios del programa y las madres integrales o cuidadoras. Los representantes, son aquellos padres, tíos (as) o abuelos (as) encargados del niño ante el Multihogar. Las madres integrales (o madres cuidadoras) son las personas responsables del cuidado del niño en el MCD.

Seguidamente se presenta la distribución de la población de niños y niñas atendidos en los Multihogares según edad y sexo:

Cuadro 1

Distribución de la Población según edad y sexo:

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
1 Año	04	01	05
1-3 Años	63	49	112
4-6 Años	38	24	62
TOTAL	105	74	179

Fuente: Control de Asistencia a Multihogares al cierre del 27/03/05.

4. Resultados

En el contexto hombre-sociedad-naturaleza los hombres disponen de condiciones biológicas, ecológicas, económicas, sociales y conductuales que constituyen las determinantes del estado de salud de la población y es a partir de estas consideraciones que seguidamente se presentan los riesgos biológicos, sociales y ambientales detectados durante la ejecución de la investigación.

4.1 Riesgos Biológicos

Están representados por algunas características de la vida, por ejemplo: el grupo de edad a que pertenece la persona, en este caso concreto pueden ubicarse los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. En relación a estos riesgos, hay que destacar que la edad y el sexo constituyen variables que significan factores de riesgo, tanto por la manifestación de la inmunología humana como por la significación social de ambos aspectos.

Ahora bien, en lo que respecta al Sexo, Cuadro 2, se encontró que del total de la población entrevistada 667, el 51,42% es decir 343 corresponden al sexo masculino, predominando éste sobre el sexo femenino el cual se ubi-

Cuadro 2
Distribución según sexo

Sexo	fi	%
Femenino	324	48,58
Masculino	343	51,42
Total	667	100,00%

Cuadro 3
Distribución según edad

Edad	fi	%
1 año	22	3.3
1-4	154	23
5-9	108	16.2
10-14	57	8.5
15-19	40	6
20-24	69	10.3
25-29	68	10.2
30-34	40	6
35-39	25	3.7
40-44	26	3.9
45-49	19	2.8
50-54	21	3.2
55-59	9	1.4
60-64	5	0.8
64	4	0.6
Total	667	100.0

có en 324, lo que representa el 48,58%. Tal como se muestra en el siguiente cuadro.

De acuerdo a los resultados obtenidos, con respecto a la Edad, Cuadro 3, la investigación reveló que el mayor porcentaje de edades oscila entre 1-4 años y de 30-34 años lo que representa un 80.2% de la población entrevistada. Mientras que el resto de las edades apenas alcanza un 19.7%, lo que denota que es bastante joven la población estudiada.

Es importante señalar que el sexo aporta características peculiares, no sólo relacionadas con funciones reproductivas, sino también con disfunciones que se producen por una respuesta inmunológica inadecuada ante agentes del medio que agreden al organismo. La edad es otra variable biológica que constituye un riesgo en dependencia del grupo de pertenencia, en la infancia, por ejemplo el riesgo es mayor, ya que la maduración de órganos es todavía incompleta,

el sistema inmunológico aún no se ha desarrollado y los sentidos tienen menos agudeza. Otro aspecto a considerar, relacionado con la edad, se refiere a la actividad en correspondencia con el rol y el estado social. En la infancia la falta de experiencia, de precaución, promueve la posibilidad de accidentes, tales como: caídas, golpes, ingestión de sustancias tóxicas, quemaduras; todo lo cual afecta la salud de los niños y niñas menores de seis años que asisten a los multihogares de cuidado diario.

4.2. Riesgos sociales

Los riesgos sociales están relacionados con aspectos socioculturales (bajo nivel educacional, pobre educación sexual y otros); económicos (pobreza, nivel

de ingreso bajo). Se dice que tanto los procesos de la conciencia y de la conducta, como su expresión, se reproducen en el orden individual y en el colectivo. Estos procesos se expresan a través de las diferentes formas de la conciencia social, y revelan los valores, hábitos y formas de representar la realidad en salud y la actitud ante los problemas. A su vez, los procesos económicos se reflejan en la salud, y se reproducen en la producción, reproducción, distribución y consumo de bienes y servicios. Entre ellas constituyen aspectos de interés: la escolaridad, la ocupación y el ingreso económico, las que a su vez pueden desarrollar otros aspectos, también vitales. Un conjunto de variables de carácter conductual y económico tendrán gran influencia en la salud de los colectivos.

Atendiendo algunos de estos riesgos se pudo identificar que el Nivel de Instrucción promedio de la población estudiada muestra que un 42.1% alcanza la Educación Básica Incompleta, es decir hasta el 3er. Año de bachillerato, observándose un alto grado de deserción escolar por problemas económicos, lo que se refleja en una temprana inserción al mercado laboral, tal como lo apreciamos en el Cuadro 4. Asimismo se observa que un 24.6% es decir 164 personas apenas saben leer y escribir pero no se han insertado a alguno de los programas educativos establecidos por el gobierno nacional como es Misión Robinsón. También se evidencia que apenas el 2% cuenta con Educación Básica Completa y 56 personas, es decir 8.4% con estudios de secundaria además de 2.1% que son técnicos. Seguido de menores de 5 años no escolarizados con 6.3% y un 2.8% de niños que asisten a preescolares y 56 personas (8.4) de quienes no se tiene información. Es de hacer notar que 15 personas, lo que representa 2.24% son analfabetas, los cuales se ubican en la tercera edad.

Cuadro 4
Distribución según grado de instrucción

Grado de instrucción	fi	%
Analfabeta	15	2.24
Alfabeta sin Escolaridad	164	24.6
Menores de 5 años sin escolaridad	42	6.3
Pre-escolar	19	2.8
Básica Incompleta	281	42.1
Básica Completa	13	2
Secundaria	56	8.4
Técnicos	14	2.1
Universitaria	7	1.05
Otro	5	0.8
No Sabe / No Contestó	51	7.6
Total	667	100.00

Cuando la escolaridad de una persona o de un grupo es baja contribuye a la falta de comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social y la satisfacción de necesidades, lo que, de manera indirecta constituye una amenaza, es decir, un riesgo.

Respecto a las variables Profesión, Cuadro 5, se puede decir que en su mayoría la mano de obra es no especializada (4.04%), producto de la inexperiencia e incorporación temprana al mercado de trabajo, con abandono escolar, cuyas ocupaciones son inestables, relativamente integrados al sistema productivo por desempeñar trabajos ocasionales con predominio de ocupaciones como: ayudantes de mecánicos, albañilería, ventas caseras, buhonerismo y choferes, evidenciando una situación laboral variable e inestable (13.51%). Asimismo hay un 25.78%, es decir 172 para quienes no es aplicable esta categoría por ser menores de edad; 148 estudiantes que representan el 22.18% y 70 amas de casa que representa un 10.49%. El resto de la población se agrupa en porcentajes menores alrededor de otras profesiones poco comunes entre los entrevistados tales como: Profesionales y Técnicos (0.45%), Gerentes, Administradores (0.45%), Gerentes, Administradores Directores (0.3%), Empleados Oficina Calificados (0.89%), Agricultores, Cría, Pescador (0.15%), Docentes (0.45%), Funcionarios de Cuerpo de Seguridad (0.29%), entre otros.

Por otro lado se observa en el renglón de Situación Ocupacional, Cuadro 6, que de las 667 personas de la población, 392, es decir 58.79% tienen una ocupación, distribuyéndose dicho porcentaje de la siguiente manera: un 29%, lo que re-

Cuadro 5
Distribución según profesión

Profesión	fi	%
Profesionales y Técnicos	3	0.45
Gerentes, Administradores, Directores	2	0.3
Empleados Ofic. Calificados	6	0.89
Empleados Ofic. No calificados	16	2.39
Agricultores, Cría, Pescador	01	0.15
Obrero Especializado	13	1.94
Obrero No Especializado	27	4.04
Comerciantes	34	5.09
Vendedores	20	2.99
Buhoneros	3	0.45
Chóferes de Transportes	11	1.64
Artesanos (Albañil)	21	3.14
Docentes	03	0.45
Amas de Casa	70	10.49
Funcionarios de Cuerpo de Seguridad	02	0.29
Estudiantes	148	22.18
Ocupaciones no Definidas	42	6.29
No Aplicable	172	25.78
Otros	28	4.2
No Sabe / No Contesto	45	6.74
Totales	667	100.00

presenta a 193 personas que ejercen alguna ocupación, fija o eventual, un 22.6% o 151 personas que son estudiantes siendo este grupo donde se concentra un elevado porcentaje, seguido del 6.44%, es decir 43 personas dedicadas a labores del hogar y 0.75%, cinco personas que trabajan y estudian. Por otro lado, en relación a la población desocupada, tenemos que 9.4%, es decir 63 de ellos actualmente se encuentran desempleados así como 207, es decir

31.04% de los cuales no se obtuvo información o no aplica por no tener edad para ser absorbidos por el sistema laboral y/o educativo

Cuadro 6
 Distribución según situación ocupacional

Situación Ocupacional	fi	%
Ocupado	193	29
Desocupado	63	9.4
Estudiante	151	22.6
Estudia y Trabaja	05	0.75
Del Hogar	43	6.44
Incapacitado/Discapacitado	5	0.75
Sin Información	75	11.24
Otros	36	5.4
No sabe / No Contestó	96	14.4
Total	667	100.00

Las principales fuentes de ingresos están representadas por los salarios o remuneración percibida diaria o semanalmente, por trabajo a destajo, generalmente aportado por un solo miembro del grupo familiar, que no alcanza el salario mínimo vigente en la actualidad. Se pudo conocer que el ingreso

familiar promedio de la población estudiada es de Bs. 375.149,53, con una moda de Bs. 200.000, (mayor frecuencia) y una desviación típica, respecto a la media en Bs. 340.246,94, mientras que el promedio del egreso familiar se ubica en Bs. 312.214,95, una moda de Bs. 120.000 y una desviación típica de Bs. 528.552.61; el cual al contrastarlo con los egresos del grupo familiar evidencia que éste permite cubrir los gastos de alimentación sin tomar en cuenta el resto de las necesidades de la canasta básica, tal como se muestra en el Cuadro 7.

Cuadro 7
 Estadísticos según ingresos económicos

	Media	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación típica
ingresos	375.149,53	200.000	10.000	1.600.000	340.246,94
egresos	312.214,95	120.000	11.000	5.230.000	528.552.61

Además de la ocupación y la escolaridad como variables que condicionan hábitos en los estilos de vida, el ingreso económico es un elemento importante así como su empleo y distribución. Las personas con suficiente ingreso disponen de recursos para alimentación y ropa adecuada, mejorar la vivienda y los

gastos de educación de sus hijos, en aquellos países en los cuales la educación no constituye un valor de la sociedad reconocido en derecho.

Ahora bien, en cuanto a los *Riesgos de Salud*, estos están directamente relacionados con aspectos de la conducta o conductuales, tales como estilos de vida y hábitos de salud. Algunos de los cuales se presentan seguidamente en el Cuadro 8, en el que se evidencia que en la población estudiada hay predominio de fauna nociva, tales como cucarachas y moscas en un 20.67%, ratas y ratones en un 13.18% y zancudos en un 9.82%, seguido de vivienda desaseada en 15.5%, hacinamiento 8.01%, rabia animal 6.97%, tránsito automotor

Cuadro 8

Distribución según riesgos de salud

Riesgos de Salud	fi	%
Hacinamiento	31	8.01
Vivienda a orilla río, quebrada o cañada	05	1.29
Cables de alta tensión	12	3.10
Zonas de Derrumbes	3	0.77
Aguas Negras	31	8.01
Basureros	09	2.33
Tuberías y Combustibles	05	1.29
Vivienda Desaseada	60	15.5
Ratas y Ratones	51	13.18
Cucarachas, moscas	80	20.67
Zancudos (patas blancas)	38	9.82
Serpientes	01	0.26
Rabia Animal: perros, gatos, otros	27	6.97
Tránsito automotor	26	6.72
Otros	08	2.07
Total	387	100.00

6.72%, cables de alta tensión 3.10%, basureros 2.33%; mientras que el resto de las categorías apenas alcanza en conjunto el 5.68%.

Asimismo, en el Cuadro 9 destacan entre los Factores de Riesgo de la población estudiada: los accidentes en el hogar 22.32%, los accidentes laborales 18.96%, los accidentes en la escuela 18.04%, mujeres sexualmente activas que no usan ningún tipo de método anticonceptivo 7.95%, tabaquismo 6.72%, accidentes viales 5.81%, la obesidad en 4%, la desnutrición 3.36%, el uso de auto y moto 3.06%, alcoholismo 2.14%, mientras que sólo 9 niños tuvieron problemas en el nacimiento 2.75%; el resto de los porcentajes (4.89%) se dis-

Cuadro 9
 Distribución según factores de riesgo

Factores de riesgo	Fi	%
Obesidad	13	4
Desnutrición	11	3.36
Colesterol	04	1.22
Tabaquismo	22	6.72
Uso de Drogas	07	2.14
Auto	10	3.06
Accidentes en la Escuela	59	18.04
Accidentes en el hogar	73	22.32
Accidentes Viales	19	5.81
Accidentes Laborales	62	18.96
Embarazo	04	1.22
Mujer en edad productiva y sexualmente activa sin uso de contraceptivos	26	7.95
Problemas en el nacimiento	09	2.75
Otros	08	2.45
Total	327	100.00

tribuye en menor cantidad entre colesterol, embarazo y otros no registrados. Evidentemente estos factores caracterizan a la población estudiada.

4.3. Riesgos ambientales

Respecto a los factores de riesgos ambientales estudiados durante la investigación se encontró que estos están directamente relacionados con el ambiente físico y social que rodea a la persona, y que representa la interrelación dinámica de elementos naturales propios del contexto geográfico de las distintas comunidades visitadas. Entre estos riesgos se encontró que la construcción de la vivienda es heterogénea, encontrándose distintos tipos: sólidas, ranchos, casas destinadas a talleres, comercios, etc. El Cuadro 10, revela que la vivienda predominante es la de tipo

Cuadro 10
 Distribución según tipo de vivienda

Tipo de vivienda	fi	%
Casa	72	65.5
Apartamento	01	0.9
Habitación	11	10
Rancho	23	20.9
Otro	02	1.8
Sin Información	01	0.9
Total	110	100.0

Cuadro 11
Distribución según
tenencia de vivienda

Tenencia	fi	%
Propia	68	61.8
Alquilada	25	22.73
Cedida	05	4.54
Invasada	03	2.73
Sin Información	01	0.9
Otro	08	7.3
Total	110	100.00

Cuadro 12
Distribución según
techo de vivienda

Tenencia	fi	%
Platabanda	15	13.64
Asbesto	01	0.9
Zinc	89	80.91
Acerolit o Similar	04	3.64
Sin Información	01	0.9
Total	110	100.00

Cuadro 13
Distribución según
paredes de vivienda

Tenencia	fi	%
Bloque o Ladrillo	85	77.27
Bahareque	04	3.64
Tablas	04	3.64
Zinc	16	14.55
Sin Información	01	0.9
Total	110	100.00

casa en 65.5%, el rancho en 20.9%, once personas que viven en una habitación, lo que representa el 10% del total estudiado.

Mientras que el Cuadro 11 muestra que la tenencia con relación a la propiedad es a que sea mayoritariamente propia 61.8%, seguidas de 22.73% que viven alquilados, cedidas 4.54%, invadidas 2.73%, y el resto no informó o en otra condición 8.2%, (con algún familiar, al cuidado, etc.)

Respecto a la construcción de las viviendas se determinó que predominan las viviendas sólidas, cuya densidad de ocupación del espacio es de agrupación abierta, es decir separadas por patios. Tal como se aprecia en el Cuadro 12, que evidencia tipo de techo con zinc 89.91%, platabanda 13.64%, acerolit o similar 3.64%, mientras apenas un 1.8% no informó o construyó con asbesto.

En relación con las paredes, Cuadro 13, tenemos que mayoritariamente son de bloque o ladrillo 77.27%, seguido de zinc 14.55%, tablas y bahareque 3.64% respectivamente.

Cuadro 14
Distribución según
pisos de vivienda

Tenencia	fi	%
Cemento	98	89.09
Cerámicas	05	4.54
Tierra o Granzón	05	4.54
Otro	01	0.9
Sin Información	01	0.9
Total	110	100.00

Por otro lado, respecto a los riesgos ambientales, el Cuadro 14 indica que los pisos de las viviendas son de cemento en un 89.09%, tierra o gránzón 4.54%, cerámicas 4.54% y 1.8% de las que no se tiene mayor información.

Cuentan con medios de transporte tales como: autobuses, microbuses y carritos por puestos. Las calles se encuentran en igual proporción asfaltadas en regulares condiciones y de arena. Respecto a los servicios públicos, se observa en el Cuadro 15, en cuanto al suministro de agua que en la mayoría de los casos se realiza intra domiciliaria 79.1%, mientras que un 20% la recibe mediante camiones cisternas.

Es de hacer notar que el suministro del agua intradomiciliaria no es diario; este se realiza cada dos o tres días.

Asimismo, en relación a la eliminación de aguas servidas y excretas, el Cuadro 16 nos revela que mientras un 50.9% de las viviendas estudiadas cuenta con red de cloacas el resto 47.3% posee pozo séptico, y en el resto 1.8% de no se tiene mayor información.

En el Cuadro 17 se observa que la recolección de la basura en su mayoría se efectúa mediante el servicio del aseo urbano 95.1% (esporádicamente) mientras que el resto 2.9% la queman o acumulan, y un 2% del cual no se tiene mayor información.

Asimismo, en cuanto al suministro de la electricidad se conoció que mayoritariamente es de carácter ilegal, es decir tomada clandestinamente 53.64% mientras que el resto 45.45% la tienen legalmente siendo suministrada por Enelven, Cuadro 18; con existencia de alumbrado público en la mayoría de las comunidades visitadas.

Cuadro 15

Distribución según disponibilidad del suministro de agua

Suministro	fi	%
Intradomiciliaria	87	79.1
Camión Cisterna	22	20
Sin Información	01	0.9
Total	110	100.0

Cuadro 16

Distribución según eliminación de excretas

Excretas	fi	%
Red de Cloacas	56	50.9
Pozo Séptico	52	47.3
Sin Información	01	0.9
Otro	01	0.9
Total	110	100.0

Cuadro 17

Distribución según distribución de la basura

SERVICIO	fi	%
Aseo Urbano	105	95.1
Relleno Sanitario	02	2
Quemada	01	0.9
Otro	02	2
Total	110	100.0

Cuadro 18
Distribución según
disponibilidad del servicio
de electricidad

Electricidad	fi	%
Instalada	50	45.45
Tomada	59	53.64
Sin Información	01	0.9
Total	110	100.00

La condición de uso de los servicios en algunos casos son propios, es decir, destinados a comunidades de carácter legal y otros utilizados de forma ilegal con el consecuente deterioro de los mismos y conflictos intercomunitarios, características que la ubican como comunidades de escasos recursos económicos con predominio de la vivienda tipo rancho,

de construcción improvisada construida con materiales de desechos con dos o tres compartimientos separados por muebles, cortinas o láminas de zinc o madera, y el tipo de construcción de las casas es sólida producto de la evolución del rancho como efecto de la autoconstrucción espontánea. Generalmente son viviendas de tenencia propia, compartida con otros familiares, donde en su mayoría el número de personas que la ocupan no se corresponde con el espacio de la vivienda dando origen al hacinamiento.

Es importante señalar que durante las entrevistas realizadas algunas personas manifestaron como problemática familiar con la cual tienen que lidiar con mayor frecuencia las siguientes: agresión y violencia doméstica, violencia y maltrato familiar, inestabilidad económica y desintegración familiar. Asimismo al consultarles acerca de los problemas de la comunidad, señalaron: inseguridad, agua, gas y asfaltado, red de cloacas, electricidad y cumplimiento esporádico del aseo urbano.

En el Cuadro 19, se puede observar la síntesis de los principales riesgos biológicos, sociales y ambientales identificados en la población estudiada:

Cuadro 19
Principales Riesgos Identificados

Biológicos	Sociales	Ambientales
179 niños y niñas menores de seis años que asisten a los Multihogares de la A. C. DEINCOG	Educación Básica Incompleta Mano de Obra no especializada Ingresos Económicos a destajo Viviendas desaseadas Prevalencia de Fauna Nociva; y Accidentes en el hogar, la escuela y el trabajo	Carencia permanente de Agua Potable Sistema inadecuado de disposición de excretas (Pozo séptico) Toma clandestina de electricidad Aseo Urbano esporádico

Conclusiones

- Al analizar los riesgos biológicos, sociales y ambientales a los que mayormente está expuesta la población estudiada se pudo detectar que son los 179 niños y niñas menores de seis años que asisten a los Multihogares de la Asociación Civil DEINCOG los que más están expuestos a sufrir de un daño a su salud, además en cuanto a los riesgos sociales de las familias abordadas, se encontró que sólo cuentan con Educación Básica Incompleta, la mano de obra es no especializada, sus Ingresos económicos son a destajo, las viviendas están desaseadas, prevalece la fauna nociva y los accidentes en el hogar, la escuela y el trabajo; asimismo en lo ambiental de evidenció la carencia permanente de agua potable, la existencia de un sistema inadecuado de disposición de excretas (pozo séptico), la toma clandestina de electricidad y el uso esporádico del aseo urbano todo lo cual trae consecuencias en cuanto a la salud de la población estudiada ya que por ejemplo, cuando la *escolaridad* de una persona o de un grupo es baja contribuye a la falta de comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social y la satisfacción de necesidades, lo que, de manera indirecta constituye una amenaza, es decir, un riesgo. Por otra parte, la ocupación también puede constituir una amenaza a la salud, cuando no se regulan los componentes que integran el proceso laboral; ya que la ocupación y el estilo de vida que le acompaña resultan elementos a valorar en el análisis de la situación de salud. Además de la ocupación y la escolaridad como variables que condicionan hábitos en los estilos de vida, el ingreso económico es un elemento importante así como su empleo y distribución. Es importante resaltar que, la falta de ingreso en su grado extremo lleva a la pobreza y ésta se constituye en un problema de salud, cuando la persona o la familia carece de recursos de forma total, es decir, no tiene vivienda adecuada, no dispone de agua potable, luz eléctrica, alcantarillado, ropas suficientes, alimentos, etc., él o su familia padece de pobreza total. Todo lo cual influye en el comportamiento del proceso salud enfermedad favoreciendo el desarrollo de enfermedades como por ejemplo: diarreas agudas, que son más elevadas durante la época de sequía, ya que hay mayor tendencia a que las altas temperaturas descompongan los alimentos y aumente la población de microorganismos. Otro elemento que puede comportarse como un factor de riesgo a nivel ambiental es la industrialización, que en un desarrollo no armónico hace que la utilización excesiva de vehículos de motor, el crecimiento urbanístico, la evacuación de residuos industriales no bien despreciados, los residuos radiactivos y otros residuos como pudiera ser humos industriales, puedan comportarse como agentes de riesgo combatir necesariamente.

- Por otra parte, la investigación evidenció que es fundamental promover la participación familiar y de la comunidad en el abordaje de estos riesgos de tal manera que la probabilidad de ocurrencia de los mismos disminuya significativamente. Se hace necesario concienciar a los padres y representantes sobre la importancia de las medidas de higiene en lo personal, en el hogar y en el mismo entorno social, así como también rescatar la valoración del tratamiento del agua en la disminución de las enfermedades.
- Finalmente, se debe señalar que la investigación demostró que la solución de los problemas (red de cloacas, suministro legal de electricidad, puntualidad en la recolección de la basura, asfaltado de calles, suministro diario de agua potable, entre otros) de algunas comunidades visitadas requiere el concurso de distintos entes a nivel regional y municipal así como la organización y participación comunitaria de sus habitantes.

Recomendaciones

- Durante esta fase de la investigación se pudo constar que la Asociación Civil DEINCOG constituye un valioso aporte en la atención de la problemática social de los niños menores de seis años. Desde su inicio ha logrado una buena aceptación y consolidación dentro de las comunidades.
- A partir de los riesgos identificados se elaboró un *Plan Control de Riesgos*, a fin de brindar atención y seguimiento de cada uno de los riesgos detectados.
- Urge revisar la atención pedagógica de los niños y niñas usuarios de los Multihogares dado que la madre cuidadora o integral no está en capacidad de proporcionar una atención sistemática y eficiente en éste sentido. Siendo interesante la inclusión en los mismos de Voluntarios Pedagógicos, mediante convenios con instituciones educativas a fin de mejorar la calidad de la atención pedagógica y la cobertura de la misma a un mayor número de niños usuarios, en especial a los de 3, 4, 5 y 6 años de edad para reforzar y complementar la labor de la madre cuidadora o integral en su interacción diaria con los niños.
- Brindar mayor capacitación al personal que labora en los Multihogares, con el fin de elevar la calidad de la atención ofrecida a los niños y niñas en las diferentes áreas, esto sería posible mediante un programa de capacitación dirigido especialmente a la madres cuidadoras o integrales.
- En función de mayor justicia social para con la madre cuidadora o integral se hace necesario mejorar su condición económica. Se trata de seres humanos que trabajan más de ocho horas diarias atendiendo a los hijos e hijas de otras personas, tomando parte activa en la construcción de una

patria mejor. ¿No sería justo que ellas tuvieran acceso a los beneficios mínimos que tienen todos y todas las trabajadoras de éste país: salario mínimo mensual, atención médica del seguro social, acceso a la política habitacional, entre otros?

- Implementar programas educativos dirigidos tanto a las madres integrales como a las madres biológicas y representantes en general (medidas de higiene en general, prevención de accidentes, vigilancia de salud, nutrición, formación de hábitos, estimulación temprana, violencia doméstica, maltrato, entre otros).
- Es importante atender la planta física e infraestructura de los Multihogares en cuanto a paredes, salas sanitarias, techos, etc.

Referencias Bibliográficas

- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (2000) **Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007**, Caracas, Venezuela.
- BERNAL, J.; LORENZANA, P. (2002) **Escalas de satisfacción alimentaria-nutricional para representantes y madres cuidadoras de niños atendidos en multihogares de cuidado diario**. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. *Versión impresa*.
- CASTELLANOS, P.L. (1994) Determinantes sociales de la situación de salud de las poblaciones, División de salud y desarrollo. Programa análisis de la situación de salud, Documento de trabajo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (2001) **Gestión Fiscalizadora. Informe de Gestión. Actuaciones Especiales. Programas Sociales**.
- MINISTERIO DE LA FAMILIA, SENIFA (1996) Fundación Cavendes. Guías de alimentación para Venezuela del niño menor de seis años. **Manual para hogares y multihogares de cuidado diario**. Ediciones Cavendes, Caracas.
- PARRA, M.; LA CRUZ, T. (2003) **Seguimiento activo a los programas sociales en Venezuela. Caso de los Multihogares de Cuidado Diario**. Caracas.
- PADRÓN, J. (2005) Temas para Seminario. Tutorial Interactivo en CD ROM Caracas-Barquisimeto: LINEA-I/UFT.
- TERÁN, M.; RODRIGUEZ, M.; TOVAR, A. (1993) **Programa de Hogares de Cuidado Diario, plan de extensión masiva Venezuela, estudio de caso**. Ministerio de la familia y Fundación del Niño, Caracas.
- VENEZUELA. **Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial No. 5453**, 24/03/2000. Editorial Vadell Hermanos. Caracas.