

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL BARRIO SAN NICOLÁS DE CORO

MgSc. Breyda Villegas
Universidad central de Venezuela
Breyda7450@gmail.com

Recepción: 14 de Agosto de 2017 / Aceptación 01 de Diciembre de 2017

Gestión en las Organizaciones

Resumen

La investigación que se presenta propone como objeto de estudio el análisis de los determinantes sociales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón. El estudio se configuró en la Maestría de Gestión de Investigación y Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela. La investigación fue de tipo descriptiva, transeccional y de campo ya que los datos se recogieron directamente de la realidad estudiada. Se usó una muestra de 83 adultos mayores de ambos sexos. Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la entrevista estructurada y el cuestionario como instrumento, el cual constó de dos partes y estructurado por 74 ítems con preguntas de selección simple. El instrumento final se diseñó por la investigadora luego de las observaciones de tres expertos quienes garantizaron la validez de contenido, mientras que la confiabilidad resultó luego de obtener un alfa de Crombach de 0,8325. Para el análisis y presentación de los datos se utilizó la estadística descriptiva univariada. La importancia del estudio radica en evidenciar la necesidad de implementar políticas públicas a favor de la población adulta mayor. Como resultado se determinó que la población adulta mayor tiene mínimas oportunidades de acceso a la salud y mayores condiciones de vulnerabilidad. Concluyéndose que las características de los determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro evidencian la deficiencia del sistema de salud, la debilidad de políticas sociales dirigidas a la población adulta mayor, una población desasistida en los aspectos sociales y de salud.

Palabras Claves: determinantes sociales, adultos mayores, inequidades, trabajo, educación, ingresos económicos.

**SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH IN
 THE LARGEST ADULT POPULATION OF
 SAN NICOLÁS DE CORO DISTRICT**

**DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ
 DANS LA PLUS GRANDE POPULATION
 ADULTE DU DISTRICT DE SAN NICOLÁS
 DE CORO**

Abstract

The presented research proposes as an object of study the analysis of the social determinants that influence the health of the older adult population of the San Nicolás de Coro neighborhood, Falcón state. The study was configured in the Master of Management of Research and Development of the Central University of Venezuela. The research was of descriptive, transectional and field type since the data was collected directly from the studied reality. A sample of 83 older adults of both sexes was used. For the data collection, the structured interview and the questionnaire were used as a technique, which consisted of two parts and structured by 74 items with simple selection questions. The final instrument was designed by the researcher after the observations of three experts who guaranteed the content validity, while the reliability was obtained after obtaining a Crombach's alpha of 0.8325. For

Résumé

La recherche présentée propose comme objet d'étude l'analyse des déterminants sociaux qui influent sur la santé de la population âgée du quartier de San Nicolás de Coro, dans l'État de Falcón. L'étude a été configurée dans le Master de gestion de la recherche et du développement de l'Université centrale du Venezuela. La recherche était de type descriptif, transectional et de terrain puisque les données étaient collectées directement à partir de la réalité étudiée. Un échantillon de 83 adultes âgés des deux sexes a été utilisé. Pour la collecte de données, l'interview structurée et le questionnaire ont été utilisés comme technique, composée de deux parties et structurée par 74 items avec des questions de sélection simples. L'instrument final a été conçu par le chercheur après les observations de trois experts qui ont garanti la validité du contenu, tandis que la fiabilité a été obtenue

the analysis and presentation of the data, the univariate descriptive statistics was used. The importance of the study lies in evidencing the need to implement public policies in favor of the older adult population. As a result, it was determined that the older adult population has minimal opportunities for access to health and greater vulnerability conditions. It was concluded that the characteristics of the social determinants of health in the older adult population of the San Nicolás de Coro neighborhood show the deficiency of the health system, the weakness of social policies aimed at the elderly population, a socially unassisted population and of health.

Keywords: social determinants, older adults, inequities, work, education, income.

après avoir obtenu un alpha de Crombach de 0,8325. Pour l'analyse et la présentation des données, les statistiques descriptives univariées ont été utilisées. L'importance de l'étude réside dans la mise en évidence de la nécessité de mettre en place des politiques publiques en faveur des personnes âgées. En conséquence, il a été déterminé que la population adulte âgée a peu d'opportunités d'accès à la santé et de plus grandes conditions de vulnérabilité. Il a été conclu que les caractéristiques des déterminants sociaux de la santé dans la population âgée du quartier de San Nicolás de Coro montrent la déficience du système de santé, la faiblesse des politiques sociales visant la population âgée, une population socialement non assistée et de la santé.

Mots-clés: déterminants sociaux, personnes âgées, inégalités, travail, éducation, revenu.

Introducción

El envejecimiento de la población y sus circunstancias son un tema prospectivo en la realidad venezolana, desde entonces, el interés se centra en mejorar las condiciones de vida de los habitantes de la región y por ello es necesario indagar sobre aspectos relacionados con las circunstancias en las que se envejece como sociedad. Esta referencia conduce a la realización de un estudio para conocer las condiciones que envuelven a la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, lo que permitirá orientar las acciones a futuro que como profesionales nos corresponde en beneficio de dicho grupo etéreo.

En relación al tema que nos ocupa, es necesario aclarar que:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017).

Al respecto, Lambertini (2010) sostiene que políticas sociales y económicas son determinantes en las condiciones de vida y salud de los individuos. Asegura también que los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio económicas de los individuos. A pesar de ello, las políticas de salud han dirigido sus acciones hacia el tratamiento de las enfermedades dejando de lado las intervenciones sobre las causas del problema tal como las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, las inequidades en salud se mantienen y la atención sanitaria ha aumentado, de manera tal que las intervenciones centradas en lo curativo no han dado los resultados esperados. Refiere la autora citada que existe evidencia procedente de países desarrollados de acciones para minimizar dichas inequidades a través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales.

Un antecedente relevante sobre los determinantes sociales de la salud es que fueron considerados como pilar fundamental de la Atención Primaria de Salud durante la Conferencia

Internacional de Alma Ata en 1978, expresando “La necesidad de una estrategia integral de salud, que no solo preste servicios de salud, sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud” (OMS, 1978, p.20).

Posteriormente, los Determinantes Sociales de la Salud fueron definidos por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSS) como “el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja” (OMS, 2008, p 6). La CDSS parte de un esquema general de la determinación social de la enfermedad que coincide y recupera el enfoque de la epidemiología social europea. (Brehil, 2008). A partir de las anteriores consideraciones puede inferirse la interrelación existente entre la realidad social y aquellas circunstancias individuales, físicas y psicológicas de colectivos e individuos lo que indudablemente repercute en los patrones de salud y enfermedad.

Otra consideración necesaria está referida a las inequidades y los grupos vulnerables, en donde se encuentran inmersos el grupo de población adulta mayor por las repercusiones que genera la vejez, quienes sienten con mayor fuerza los efectos de un mundo globalizado y altamente competitivo, en el cual convergen inclusión y exclusión social.

Es importante destacar que para la toma de conciencia de los actores políticos en relación a este tema, es necesario realizar estudios que muestren las circunstancias en las que viven nuestros mayores. En consecuencia, se considera de vital importancia generar conocimiento teórico que permita conocer la influencia de los determinantes sociales sobre la salud de la población adulta mayor, ya que las evidencias que se generen permitirán realizar propuestas para la formulación e implementación de políticas sociales y sanitarias que garanticen las mejoras de la calidad de vida de la población estudiada.

En este sentido, se exponen los estudios previos, relacionados con el problema de investigación, los cuales reflejan el estado actual del conocimiento en el área, los mismos se presentan en orden cronológico.

(Bárzaga; Castañeda; Corral; y Santana, 2010), realizaron un estudio cuyo objetivo consistió en: Identificar diferencias en los niveles de mortalidad entre mujeres y hombres en la población cubana en el año 2006. Bajo un estudio descriptivo transversal utilizando las bases de datos de mortalidad de la Dirección Nacional de Estadísticas, se obtuvieron los siguientes resultados: los hombres tuvieron una sobre mortalidad en las principales causas de muerte, tales como: enfermedades crónicas, accidentes y lesiones autoinfligidas. Mientras que la presencia de tumores malignos repercutió negativamente en ambos sexos. La conclusión

muestra que existen diferencias entre hombres y mujeres a favor de éstas últimas en relación a los años de vida perdidos. Esto se traduce en una mortalidad prematura para los hombres y mayor morbilidad y menor calidad de vida para las mujeres. Esta experiencia aporta la idea sobre la necesidad de prestar atención a las condiciones de salud dependientes del género, con el fin de propiciar mejoras en la calidad de vida de las mujeres y la minimización de factores de riesgo de mortalidad para los hombres.

Por su parte, Hernández (2010) realizó un estudio en el cual el objetivo consistió en revisar desde la perspectiva de la ciudadanía, del sistema de salud y de la acción sectorial e intersectorial los avances y desafíos en las intervenciones sobre determinantes sociales de salud en Venezuela. Los resultados permitieron mostrar las acciones sanitarias y extrasanitarias que se han desarrollado en pro de impulsar políticas públicas para disminuir la exposición y vulnerabilidad diferencial a los determinantes sociales de salud. Se relacionaron estas acciones con la modalidad de política de salud asumida en base a principios de equidad y justicia social. Se identificaron áreas que requieren de atención como accidentes de tránsito, hechos violentos, salud de los trabajadores y medio ambiente. Otros requerimientos de importancia para obtener mayores y más rápidos resultados es el fortalecimiento de las capacidades técnicas del talento humano, la disminución del burocratismo y la corrupción, asignación de recursos y definición de programas acorde a las necesidades de la población. Este estudio destaca las brechas entre las políticas salud y los determinantes sociales de la salud en Venezuela ante las cuales se destaca la incipiente acción política, social y de desarrollo de la población.

“Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez” es el resultado de un trabajo de investigación elaborado por Salgado y Wong (2007), quienes obtuvieron como resultado que la problemática del adulto mayor en México está caracterizada por la intersección entre las problemáticas de la vejez, el género y la pobreza. Esto se da dentro de un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales y por áreas urbanas y rurales. En esta contribución se ha planteado que las divergentes trayectorias de vida de los hombres y las mujeres los colocan en riesgos particulares y en situaciones diferentes de vulnerabilidad, por lo que las políticas y programas de salud deben de adoptar una visión de problemas que son comunes a ambos sexos, pero también reconocer que será necesario diseñar políticas separadas por género. Esto implica el diseño de un grupo de políticas y programas intersectoriales, interdisciplinarios y con visión multigeneracional y a través del tiempo. Se concluye que el desarrollo de infraestructura, formación de recursos humanos y las

actitudes hacia la salud y el envejecimiento multigeneracional con perspectiva de género, son programas de acción que pueden llevar varias décadas, por lo que una planeación inmediata resulta urgente.

El Dr. Juan Del Llano (2006), participó en un encuentro de Salud Pública donde presenta un trabajo de 25 países de la Unión Europea. Entre los resultados se asegura que la mejora de la salud humana a nivel mundial ha aumentado en el siglo XX, debido esto a causas económicas, sociales, medioambientales y políticas que a la propia intervención sanitaria. Por otro lado, el desarrollo social, económico, la creación del estado de bienestar y la redistribución de la renta ha permitido el acceso de la población a recursos sanitarios que eran inexistentes en épocas pasadas. En las conclusiones se señala que la salud y sus determinantes constituyen la clave para la elaboración de las políticas sanitarias sustentadas en la salud pública y las necesidades de la población.

Ahora bien, la investigación realizada asumió el marco teórico de la Comisión de los Determinantes Sociales. Este marco intenta demostrar que el ambiente social y político produce la desigualdad. Y en atención a la estratificación de los grupos producto de los determinantes sociales, ingreso, educación, ocupación, género y otros, conlleva al establecimiento de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo.

Por otro lado, los determinantes sociales que influyen en la salud de la población adulta mayor son amplios, sin embargo para efectos del estudio se consideraron las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, aquellos de mayor relevancia sobre la salud, son los determinantes, socio-económicos, de sistema de salud, conductuales y materiales, hereditarios, de estilos de vida así como los culturales. Entre estos surge la necesidad de conocer cómo se comportan los indicadores de estado laboral, las condiciones y seguridad del trabajo, la educación, las circunstancias familiares, el estado civil, consumo de tabaco, actividad física, independencia en actividades de la vida diaria, consumo de alcohol, dieta, contactos sociales y enfermedades, entre otras.

Estas consideraciones permitieron la configuración del objetivo general y los objetivos específicos. El objetivo general consistió en: Analizar los determinantes sociales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón. Mientras que los objetivos específicos se fundamentaron en: Identificar los determinantes hereditarios, socioeconómicos, culturales, de sistema de salud, conductuales y materiales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón. Describir los

determinantes hereditarios, socioeconómicos, culturales, de Sistema de salud, conductuales y materiales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón. Establecer la relación existente entre los determinantes sociales y la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón.

Cabe destacar que este trabajo surgió a partir de la carencia de información sobre los determinantes sociales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón. Razón por la cual se investiga para descubrir, conocer, confirmar, modificar, ampliar y actualizar el conocimiento en los aspectos que requieren ser abordados por la magnitud de su problemática y significación social.

Además la importancia del estudio para la sociedad consiste en proporcionar evidencias empíricas y elementos teóricos que sirvan de base para mejorar las circunstancias de vida de la población adulta mayor, la cual según proyecciones estadísticas constituirán el grupo etéreo de mayor consistencia a nivel mundial, lo que justifica la indagación, planificación y estimación de planes que favorezcan un envejecimiento de calidad en nuestra región. Además la importancia por otro lado radica en presentar por una parte la consecuencia de las inequidades en salud, en este caso el comportamiento de los determinantes sociales, y por otro, evidenciar las causas generadoras basadas en las ineficientes políticas sociales asumidas en torno a la población adulta mayor.

Asimismo, es un tema del cual no existen antecedentes académicos en las universidades venezolanas, lo que constituye un trabajo innovador. De allí que, los estudios que se lleven a cabo en esta área contribuirán a dar respuesta a muchas interrogantes o vacíos que existen en relación a éste tema.

En relación al post grado de Gestión de Investigación y Desarrollo este trabajo permite ampliar los temas correspondientes a las líneas de investigación y generar conocimiento científico para gestionar procesos institucionales que mejoren la calidad de los profesionales y se constituyan en entes emprendedores de la investigación y mejora social.

Finalmente, los beneficiarios directos de este estudio son adultas y adultos mayores del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón y las repercusiones de esto girarán en torno a la población adulta mayor en general del estado, ya que en la esfera de lo práctico, se aspira que los resultados de esta investigación puedan servir de base para colocar la problemática de los determinantes sociales de la salud de la población adulta mayor, en la agenda de las políticas públicas, rompiendo por un lado con la visión estereotipada que discrimina y segrega a los

adultos mayores y por el otro, con la constante idea de fortalecer los puentes que permitan la comunicación de las instituciones con los procesos de construcción de sus necesidades sociales.

El resultado de la investigación se presentó en un informe final contentivo de: capítulo I. El problema, el cual incluye el planteamiento del problema, objetivo general y específicos, justificación y delimitación. El capítulo II, Marco teórico, asume los antecedentes, las bases teóricas, bases legales, sistema de Operacionalización de variables, ficha estadística del Barrio San Nicolás de Coro, y definición de términos básicos. El capítulo III, marco metodológico, contentivo de justificación del paradigma, tipo de investigación, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, técnica de proceso y análisis de datos. Y el capítulo IV, correspondiente al análisis e interpretación de los resultados a través del cual se presentaron las descripciones de cada variable estudiada, la discusión y análisis en función de los antecedentes. Terminando el informe con la presentación de conclusiones y recomendaciones en consonancia con los objetivos planteados.

Desarrollo

El envejecimiento demográfico

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población a través de sus estimaciones sobre el envejecimiento de la población de 1950-2050, en un boletín demográfico (2003), aluden a cambios acelerados en cuanto al envejecimiento de la población en América Latina, así mismo los comparan con los procesos de envejecimiento poblacional de países desarrollados. Además vinculan este fenómeno a las crisis e innovaciones sociales, tecnológicas y económicas de dichas regiones, aseguran sin embargo que el envejecimiento allí es el resultado de procesos migratorios, disminución de la mortalidad, fecundidad y natalidad. Es por ello que en 1950 había 10 millones de adultos mayores, proyectándose para el 2025 un aumento de 56 millones, lo que sumara 96 millones de adultos mayores. (CELADE, 2003:13).

Según dichas tendencias, la CEPAL reconoce las implicaciones del fenómeno así que asume los desafíos y realiza propuestas y políticas a favor de los países de América Latina y del mundo entero. Para potenciar la labor hacia el desarrollo de programas a favor del envejecimiento poblacional en el mundo, compiten organismos tales como: la CEPAL, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones

Unidas (FNUAP), el Programa sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Banco Mundial, y cuenta con el apoyo de la División de Población de Naciones Unidas y la Secretaría de Cooperación Iberoamericana. Los acuerdos entre estos organismos comprenden analizar la situación de las personas mayores en América Latina y el Caribe, y un plan de acción internacional que permitirá el establecimiento de prioridades para atender a las demandas del fenómeno.

En Venezuela

Según el INE de Venezuela la población empadronada en el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda para el 2011: es de 27.227.930, determinándose el aumento de la población con respecto al año censal 2001 en donde la población total empadronada en Venezuela fue de 23.232.553. Las proyecciones indican que el venezolano tiene una esperanza de vida promedio de 74,30 para el 2011, siendo 71,40 para el hombre y de 77,37 para la mujer.

En cuanto a la relación de viejos/jóvenes = (población de 65 y más años / población de 0 a 14 años) * 100. Las proyecciones indican que para el 2000 esta relación fue de 13,5 mientras que para el 2010 fue de 19,2; y la estimación asegura que estas cifras aumentarían en los próximos años. Se indica adicionalmente que para el año 2005 el porcentaje de población de 0 a 14 años era de 31,3; para el 2010 era de 29,5 y se calcula que para el 2015 sea de 27,9. En forma contraria, la población de 60 y más años para el 2005 era de 7,5; para el 2010 fue de 8,6 y para el 2015 se proyecta para 10,0. Por otro lado, el índice de envejecimiento indica que para el 2011 hay 32,4 personas mayores de 59 años por cada 100 personas menores de 15 años. En este orden de ideas las proyecciones evidencian un aumento significativo de la población adulta mayor en Venezuela, lo que amerita la estimación de riesgos sociales y económicos que se generarán en una nación con un desarrollo incipiente de su cultura y economía.

En Falcón

Según el Censo INE de 2011, el estado Falcón posee una población de 902.847 habitantes. De estos, la población adulta mayor de 64 años ocupa el 6,1% de la población total siendo el 27,6% relativa la población menor de 15 años. A pesar de la diferencia significativa, las proyecciones permiten visualizar la tendencia hacia el aumento paulatino de la población adulta mayor.

Para ampliar la visión de cómo ha sido la evolución de la población adulta mayor en el estado Falcón puede observarse los cambios en la estructura demográfica en la región a partir del gráfico n° 1. Estado Falcón. Pirámide de población:

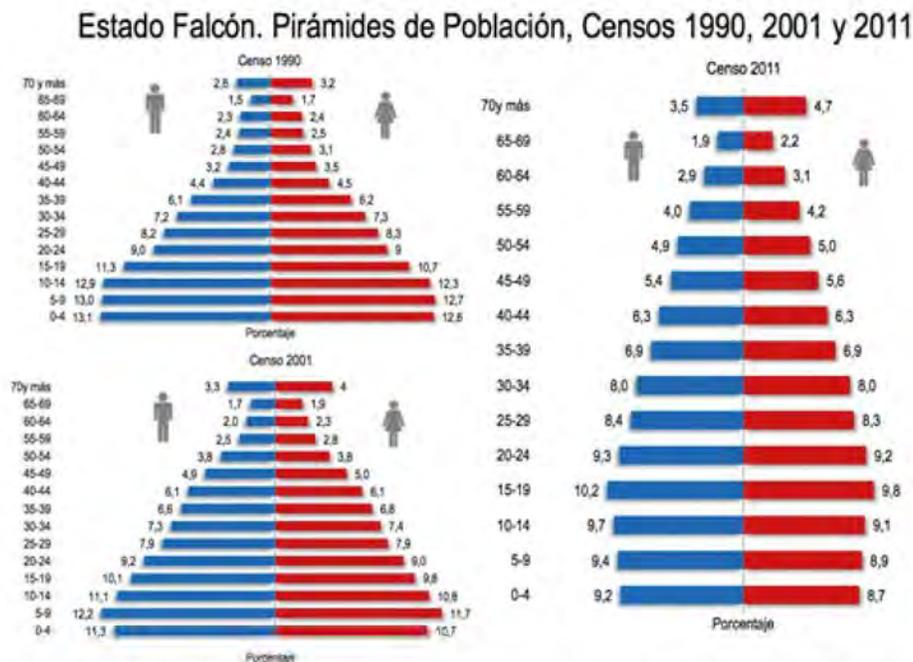


Gráfico 1. Estado Falcón. Pirámides de población, censos 1990, 2001 y 2011.

Fuente: INE. Venezuela. 2012. XIV Censo Nacional de Población y Vivienda de 2011.

En consideración a las proyecciones del gráfico n° 1, es evidente el aumento de la población adulta mayor en el estado Falcón, lo cual justifica que se estimen las consecuencias derivadas del envejecimiento poblacional inminente, siendo prudente realizar un análisis de la realidad en función de los determinantes sociales de la salud para actuar en pro de los mismos.

Determinantes sociales y salud

Los antecedentes de los determinantes sociales de la salud se remontan a las acciones de los organismos internacionales para mejorar la salud mundial, entre estos, la Organización Mundial de la Salud, la cual gestiona a nivel mundial reuniones, conferencias, congresos, e investigaciones orientadas a generar políticas sociales en pro de toda la población. Actualmente, las desigualdades oprimen la salud de países ricos y países pobres por igual. En respuesta a ello, el Dr. Lee Jong-Wook, ex director general de la Organización Mundial de la Salud, creó la Comisión sobre Determinantes sociales de la Salud (CSDH) en el año 2005.

Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en OMS (2010), las condiciones en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen tienen una influencia poderosa en la salud. Las desigualdades en estas condiciones conllevan a desigualdades en materia de salud. La visión de la Comisión es un mundo en el que todas las personas tengan la libertad de llevar vidas valiosas, una cuestión de justicia social, un asunto de derechos humanos. Políticamente es fundamental ya que el éxito de una sociedad se puede juzgar por la calidad y la distribución justa de la salud de su población. La buena salud posibilita la participación de las personas en la sociedad, con consecuencias positivas para el rendimiento económico.

En función de ello, se considera que las desigualdades sociales son injustas y evitables y para ello hay que actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Para desarrollar estas acciones la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, ha conformado comisiones en los países del mundo con el fin de realizar un trabajo conjunto con los gobiernos para conocer las condiciones estructurales de la sociedad y su influencia en los niveles de salud.

Las devastadoras desigualdades en salud que vemos en todo el mundo son obra del hombre. Las causas son sociales y así deben ser las soluciones. Una sociedad mundial en la que millones de niños y adultos no pueden llevar vidas prósperas no es sostenible. Nunca antes habíamos estado tan interconectados mundialmente. Nunca antes un movimiento mundial para la equidad en materia de salud ha sido más necesario o más posible. (OMS, 2010).

Ahora bien, la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales ha permitido la elaboración de marcos conceptuales para el entendimiento de las situaciones sociales que repercuten sobre la salud de las personas, de manera que se puedan generar las estrategias para abordar tal situación. La comisión de determinantes sociales estableció un marco teórico sobre el cual trabajar. Este marco intenta demostrar que el ambiente social y político produce la desigualdad. Y en atención a la estratificación de los grupos producto de los determinantes sociales, ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, conlleva al establecimiento de inequidades sociales en condiciones de vida y trabajo. Dicho marco conceptual puede apreciarse en el gráfico nº 2. Estructura de los determinantes sociales de la salud:

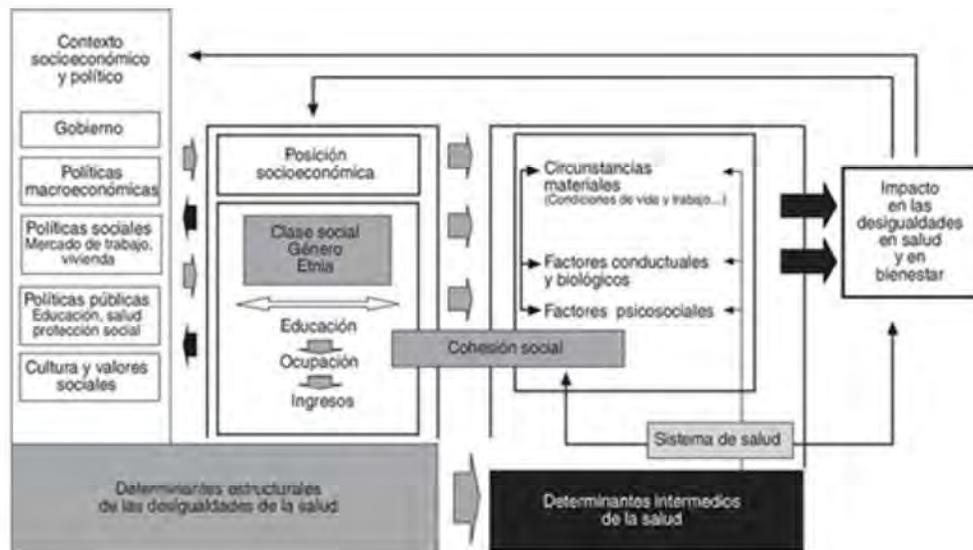


Gráfico 2. Estructura de los determinantes sociales de la salud.

Fuente: Jaime Breilh (2008).

A partir de este enfoque se hace mención a la múltiple articulación entre los procesos sociales y los procesos biopsíquicos de individuos y colectividades humanas que influyen en la salud de los individuos. Además interesa en este sentido las formas en que se distribuyen los recursos y riquezas de cada país. Esta visión permite evaluar de qué manera se presentan las inequidades y desigualdades sociales, lo que permitirá establecer las acciones que conlleven a una sociedad más justa donde se brinde por igual una buena educación que les garantice mejores empleos y por tanto mayores ingresos, que a su vez permitan contar con mejores condiciones materiales y por tanto mejor salud.

Determinantes sociales de la salud y envejecimiento

La OMS, en el documento: Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida (2004), menciona en relación a estudios sobre historias de vida, que los factores sociales probablemente opera de forma acumulativa. Señalando diferencias entre las clases sociales en cuanto a los índices de crecimiento y de otros aspectos del desarrollo físico, así como sobre la incidencia de enfermedades infecciosas y de otra naturaleza y sobre el riesgo de lesión. La mayor vulnerabilidad a la mala salud física durante la infancia y más adelante en la vida adulta está relacionada con la mala situación socioeconómica de los padres y con unos niveles bajos de educación y preocupación por parte de los padres. Estudios transversales muestran diferencias en mortalidad y morbilidad como una función del estado socioeconómico, en varias categorías de enfermedades a lo largo de toda la vida.

Además, revela el documento, sobre varios estudios longitudinales que han expuesto que el nivel de educación y el estado civil tienen importancia al momento de predecir la mortalidad. Conjuntamente, la edad, el género, y el estado socioeconómico influyen sobre la esperanza de vida sin discapacidad. El estado civil es uno de los aspectos vitales de la transición demográfica, puesto que es de crucial importancia en lo que se refiere a las necesidades de ayuda socioeconómica. En el grupo de edad de personas de 60 años y más, hay de lejos muchas más mujeres que no están casadas que hombres solteros del mismo grupo de edad en la generalidad de los países (tanto desarrollados como en vías de desarrollo) en todo el mundo.

Entre otras circunstancias también se ha demostrado la rigidez de las exigencias de trabajo sobre todo a edades avanzadas, el entorno laboral, las condiciones sanitarias son ordinariamente causa de morbilidad y de mortalidad evitable en las personas. Otro evento a tener en cuenta es la inseguridad laboral, los períodos de desempleo cada vez más habituales, que tienen en ambos casos significativas consecuencias negativas sobre la salud del hombre al envejecer, esencialmente cuando alcanzan la edad de la jubilación. También, dentro de las consecuencias de la jubilación, se manifiesta el deterioro económico, menor cobertura de programas sociales y asistencia sanitaria, lo que conlleva a la mayoría de adultos y adultas mayores a carencias económicas, lo cual impide cubrir necesidades básicas de alimentación, vestido, pago de servicios, de salud y medicinas. Por otro lado el detrimento se hace evidente en otras áreas como el de relaciones sociales, afectividad y autoestima.

También, los componentes conductuales, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales, el tipo de trabajo son algunos de los determinantes más importantes en el envejecimiento saludable.

Por otro lado, en relación a los determinantes de género, una característica es la diferencia entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres, lo que ha llevado a una “feminización” de la tercera edad, la tercera edad está cada vez más dominada por los problemas de las mujeres mayores. En atención a las anteriores consideraciones es significativo destacar que adquiere especial preeminencia las decisiones políticas asumidas por los gobiernos para incidir sobre el contexto social y económico en que el individuo envejece, lo cual tiene serias repercusiones sobre la salud de estos.

Se puede deducir que los determinantes de la salud de los hombres de la tercera edad son muy numerosos y se extienden desde los genéticos y moleculares hasta las fuerzas cada vez más poderosas de la globalización económica, tecnológica y cultural, es necesario que para un abordaje integral en las mejoras de salud de los mayores se reconozcan todos los factores intervinientes. Sin embargo sabemos que esto no ha sido considerado.

Al respecto, la OMS (2004), aseguran que tanto la salud como el envejecimiento son consecuencias sociales y culturales además de estar determinados biológicamente. Asimismo se señala que existen tres fuentes básicas para las diferencias en el envejecimiento saludable: los determinantes hereditarios, las circunstancias socioeconómicas y el estilo de vida y otros factores conductuales. Las diferencias de género abarcan los tres campos. Los factores culturales y políticos también influyen en la salud del hombre al envejecer.

En relación a los determinantes hereditarios, es necesario ampliar los estudios para conocer un poco más al respecto. Lo poco que se sabe es que constituyen un porcentaje poco dominante dentro de los factores determinantes de la salud y del envejecimiento. Se estima que únicamente un 20-25% de la variabilidad en la edad de fallecimiento viene determinada por factores genéticos. Alrededor del 50% de la variación de la duración de la vida humana puede atribuirse a factores de supervivencia que ya se han fijado en cada individuo cuando alcanzan los 30 años, pero se cree que únicamente entre un tercio y la mitad de este efecto se debe a factores genéticos.

La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de afecciones crónicas varía significativamente. Muchas personas tienen una predisposición genética a sufrir ciertas afecciones crónicas, como enfermedades coronarias, diabetes, determinados cánceres y la enfermedad de Alzheimer. Más que indicar genes asociados con el aumento de la longevidad, los estudios de familias y de gemelos recalcan el papel de genes nocivos que llevan a una muerte prematura debido a sus efectos perjudiciales: genes únicos relacionados con las dislipidemias, por ejemplo, o genes múltiples relacionados con enfermedades cardíacas y algunos cánceres. El efecto de los factores hereditarios sobre la incidencia de afecciones crónicas parece disminuir a medida que aumenta la edad. (OMS, 2004)

En atención a los determinantes sociales y económicos se reconocen una amplia gama de los mismos, como por ejemplo, el estado laboral, las condiciones y seguridad del trabajo, y a edades más jóvenes la educación que se ha obtenido, el entorno de vida y la permanencia en él, y las circunstancias familiares. Claro está que estos factores varían su influencia sobre

la salud en cada etapa de la vida. Sobre todo, los factores conductuales, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo, son determinantes importantes del envejecimiento saludable, además los más fáciles de modificar a través de la educación.

El alcoholismo parece ser un problema de sanidad pública específico del hombre. El Informe sobre la salud del hombre de Viena, 1999, mostró que el consumo de alcohol es uno de los factores principales para los mayores índices de mortalidad en los hombres, especialmente en hombres jóvenes y de mediana edad. Para hombres de entre 20 y 50 años, el abuso del alcohol es de lejos la causa más importante de admisión en los hospitales austriacos. La mitad de todas las muertes por accidentes o sucesos violentos se deben al consumo excesivo de alcohol.

Los mayores índices de muertes relacionadas con el alcohol se encuentran entre hombres con un nivel socioeconómico bajo. A causa de que el consumo excesivo de alcohol es más frecuente en hombres sin educación superior, la mortalidad de hombres trabajadores que contaban únicamente con los estudios obligatorios fue aproximadamente dos veces mayor que la de los hombres con estudios superiores. Esta variación de la mortalidad según el nivel de educación resultó ser mucho más pronunciada entre los hombres que entre las mujeres, y es así independientemente de la razón de la muerte.

Los Determinantes culturales revisten un especial interés ya que existen variedad de culturas que marcan las pautas sobre la consideración, el trato y el valor que asignan a los adultos mayores dentro de la sociedad. En determinadas culturas, a las personas mayores se les asignan tareas gubernamentales u otros deberes importantes, y se les trata con gran respeto como líderes de la comunidad, mientras que en el caso de los indígenas los hombres mayores a pesar de que son tratados con respeto y tener una buena posición social viven con limitaciones de salud debido a las pocos recursos y políticas sanitarias en las áreas donde estos se desenvuelven. Por otro lado, se sabe que en áreas urbanas, los mayores son relegados cuando el mayor ya no puede cumplir las funciones de cuidador de los nietos o del hogar, también cuando no aporta ningún ingreso económico al mismo. Las consecuencias de esto derivan en el ingreso a geriátricos, indigencia, deterioro físico y psicológico, entre otras.

Finalmente, la OMS recalca que en todo análisis sobre los determinantes culturales que influyen en la salud del hombre al envejecer es esencial estudiar el tema de los papeles sociales que desempeña el hombre, las ideas de machismo y masculinidad, que impregnan los

conceptos culturales sobre el envejecimiento. En aquellas culturas en las que dichos ideales de masculinidad son cruciales en la percepción de uno mismo, el envejecimiento puede convertirse en un proceso especialmente negativo e incluso psicológicamente debilitante. La depresión, la ansiedad y el suicidio se hacen cada vez más frecuentes a medida que el hombre envejece.

El análisis de estas tendencias ha ido más allá del campo biológico y se ha centrado sobre el significado social y cultural del envejecimiento. En culturas en las que el hombre está devaluado en razón de su edad avanzada, en las que el aislamiento está inducido tanto por uno mismo como por la sociedad, no sorprende que aumenten los índices de trastornos afectivos y del estado de ánimo, y de suicidios. El desafío está en llevar a cabo programas educativos en las comunidades afectadas, para cambiar su percepción del envejecimiento y el papel del hombre en dicho proceso. Fomentar y poner en marcha actividades y programas educativos sobre nutrición y ejercicio físico también está determinado por el entorno cultural.

El ambiente social y económico en el que envejece el hombre, obedezca las disposiciones políticas del gobierno, lo que tiene implicaciones sobre la salud del hombre envejecido. Uno de los problemas de mayor ocurrencia está referido a la seguridad social y los beneficios que esta otorga a los mayores, la gran demanda de la población anciana y las limitaciones económicas de los gobiernos no permiten ampliar los planes de cobertura para los mayores, dejando de lado a una población con limitaciones y sin acceso a servicios de salud lo que consiguientemente deriva en el deterioro de su calidad de vida.

Materiales y métodos

Los Determinantes Sociales de la Salud constituyen una variable compleja ya que se compone de varias dimensiones. Dicha variable para efectos del estudio se consideró de la siguiente manera:

Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. (OMS, 2004, p 75).

En atención a lo mencionado por (OMS, 2004), se constituyeron las dimensiones e indicadores, los cuales se muestran en la tabla n° 1. Operacionalización de la variable de estudio:

Tabla n° 1. Operacionalización de la variable de estudio

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
<p>"Determinantes Sociales de la Salud"</p> <p>Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. (OMS, 2004).</p>	Determinantes hereditarios	Morbilidad.	II.1.a.1, II.1.a.2, II.1.a.3.
	Determinantes socioeconómicos	Situación laboral	II.3.1.a, II.3.1.b, II.3.1.c, II.3.1.d, II.3.1.e.
		Ingresos y situación económica	II.3.4.a, II.3.4.b
		Circunstancias familiares	II.3.3.a, II.3.3.b, II.3.3.c, II.3.3.d,
		Educación	II.3.2.a
	Determinantes materiales y conductas	Hábitos	II.4.a.1
		Estrés	II.4.b.1, II.4.b.2
		Depresión	II.4.c.1, II.4.c.2, II.4.c.3
		Ejercicio físico	II.4.d.1, II.4.d.2, II.4.d.3
		Alimentación	II.4.e.1, II.4.e.2, II.4.e.3
		Contactos sociales	II.4.f.1, II.4.f.2, II.4.f.3, II.4.f.4, II.4.f.5, II.4.f.6
		Medio ambiente	II.4.g.1, II.4.g.2, II.4.g.3
		Vivienda	II.4.h.1, II.4.h.2, II.4.h.3
		Organizaciones comunitarias	II.4.i.1, II.4.i.2, II.4.i.3, II.4.i.4
		Violencia y delitos	II.4.j.1, II.4.j.2, II.4.j.3, II.4.j.4
	Determinantes culturales	Valores asignados al adulto mayor	II.5.a.1
		Trato al adulto mayor	II.5.a.2, II.5.a.3
		Roles	II.5.b.1, II.5.b.2, II.5.b.3
		Religión	II.5.c.1, II.5.c.2, II.5.c.3
	Sistema de salud	Problemas de salud	II.2.b, II.2.c, II.2.d, II.2.e,
Atención médica		II.2.g	
Programas de salud		II.2.f	
Percepción de la salud		II.2.a	

Fuente: Villegas Breyda (2014)

Para realizar el estudio sobre los determinantes sociales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro. Estado Falcón se hizo uso del paradigma cuantitativo. Desde el punto de vista ontológico, la concepción de la realidad es externa, objetiva y simplificada. Esto quiere decir que es una ontología realista en donde dicha realidad se concibe externa y opera según leyes y mecanismos naturales. (Reyes, 2012). El objeto del estudio se concibió en un contexto determinado, el Barrio San Nicolás de Coro, a partir del cual se describió aquello que se captó a partir de los sentidos del investigador en

dicha realidad, observando desde lejos el comportamiento y las situaciones que rodean a la población adulta mayor que allí reside.

Desde el punto de vista epistemológico, una epistemología dualista/objetivista a través de la cual el investigador adopta una postura distante, no interactiva, con su “objeto de estudio”. Se supone que los valores y otros factores intervinientes pueden ser controlados de tal modo de no influir en los resultados de un estudio. (Reyes, 2012). En esta relación sujeto objeto de carácter objetivo, la actividad práctica se planifica previamente de acuerdo a las condiciones objetivas donde se desarrolla la acción. Esto quiere decir que el investigador no se involucra con la población adulta mayor, solo toma los datos de interés para luego analizarlos, dejando de lado prejuicios y valores personales para evitar que interfieran en la investigación.

Metodología. El diseño de la investigación está apoyado en el método científico y los criterios para evaluar la investigación están fundamentados en la validez, confiabilidad y objetividad. Dada la naturaleza del problema y los objetivos planteados, el estudio se realizó bajo el esquema de una investigación de tipo descriptiva, puesto que “se basa en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de estudiar su estructura o comportamiento” (Arias, 2006). Además esta se consideró de campo, puesto que “recolecta datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna” (Arias, 2006). En atención a esto, la investigación se realizó a través de visitas al Barrio San Nicolás y al hogar de los adultos mayores que allí residen solo con el fin de obtener información relevante para analizar la influencia de los determinantes sociales en la salud de los adultos y adultas mayores.

La población estuvo conformada por adultos mayores de ambos sexos, que habitan en los cuatro subsectores del Barrio San Nicolás de Coro, los cuales se estiman en (550) según datos aportados por el personal que labora en el ambulatorio de dicha localidad, en agosto de 2013. En estudios sociales una forma de obtener el tamaño de la muestra es a través de las tablas de Harvard para un nivel de confianza del 95%. Por razones de viabilidad del estudio se utilizó una muestra del 15% del total de la población adulta mayor del sector; o sea, 83 adultos mayores.

Se aplicó un muestreo probabilístico de tipo estratificado, mediante el cual se dividió la población del Barrio San Nicolás en cuatro estratos de características comunes (sector 1, sector 2, sector 3 y sector 4), posteriormente se realizó una selección al azar en cada sector hasta completar la muestra de 83 adultos mayores. En el sector 1, 2 y 3, se seleccionaron 21 adultos

mayores, mientras que para el sector 4 se seleccionaron 20. La selección de adultos mayores en cada sector se hizo con la colaboración del equipo de salud del ambulatorio del sector quienes proporcionaron el registro de adultos mayores por cada sector o zona, posteriormente se extrajo por sorteo un papel marcado con el número de la vivienda de cada adulto mayor por sector, luego se verificó la presencia de los mayores y la posterior aplicación del instrumento.

Para obtener la información de la muestra se utilizó como técnica la observación no participante, la cual “es aquella en la que el investigador hace uso de la observación directa sin ocupar función dentro de la comunidad en la cual realiza la investigación”. (Tamayo y Tamayo, 2009, p. 188). En este sentido, la investigadora asistió a la comunidad para evidenciar las formas de vida de los adultos mayores. Se complementa con la observación como método por el cual se establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho social o los actores sociales, de los que se obtienen datos que luego se sintetizan para desarrollar la investigación.

Por otro lado se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista estructurada para recoger datos socio demográficos, así como la información relacionada con las variables de estudio. Se llevó a cabo una conversación cara a cara con cada uno de los adultos y adultas mayores sobre su salud, edad, sexo, nivel educativo, recursos económicos, vivienda, enfermedad, y determinantes sociales de la salud. Para la recogida de datos se usó el cuestionario ya que constituye una forma concreta de la técnica de recolección de información, logrando que el investigador fije su atención en ciertos aspectos y se sujeten a determinadas condiciones. El cuestionario contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales, permite aislar ciertos problemas que nos interesan, reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio. El cuestionario constó de las siguientes partes: a) Enunciado y nombre del instrumento, breve introducción del entrevistador y el estudio, N° de entrevista, Fecha de la entrevista, Hora de la entrevista: inicio: culminación. b) Parte I. Datos de identificación del entrevistado: Nombre del entrevistado, Dirección, SUBSECTOR, N° de manzanas. N° de vivienda. Familia. Sexo. Edad. Estado civil. c) Parte II. Determinantes de la salud: Determinantes hereditarios. Determinantes sociales y económicos. Circunstancias materiales y conductas. Determinantes culturales. Sistema de salud. El instrumento final fue diseñado por la investigadora a partir de la validación y sugerencias de los expertos.

La validación del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos, un metodólogo, un gerontólogo y un especialista en el área de Gestión de Investigación y Desarrollo. Con respecto

a la confiabilidad del instrumento de recolección de datos se aplicó una prueba piloto a un total de 12 unidades muestrales con similares características de la muestra definitiva, pero que no pertenecen a ella. El cálculo del coeficiente fue realizado con el modelo Alfa de Crombach, que se aplica para determinar la consistencia interna en instrumentos cuyos ítems o apartes tienen más de dos alternativas de respuestas (policotómicas). Con la aplicación del programa estadístico computarizado IBM S.P.S.S versión 21, se obtuvo un valor Alfa de 0,8325. Este resultado indica que el instrumento posee una confiabilidad "Muy buena" de acuerdo a los parámetros establecidos para la interpretación de éste tipo de coeficiente.

Para efectos de la investigación, los resultados que se obtuvieron a través de las técnicas e instrumentos, permitieron expresar objetivamente el análisis cuantitativo, que se presentó por medio de tablas y gráficos. La técnica utilizada para el análisis de los datos fue la estadística descriptiva univariada. Asimismo, los resultados se trataron siguiendo determinados procesos, estos son: a) Registro: En este paso, se procedió a realizar el registro de todas las encuestas y cuestionarios aplicados a la población en estudio. b) Clasificación: Es esta etapa, los datos fueron organizados y clasificados de acuerdo al aspecto que evalúan y el objetivo referente al mismo. c) Tabulación: Luego de clasificados, los datos fueron ordenados y representados en forma de tablas y gráficos en forma univariada para mejor apreciación de los resultados obtenidos, permitiendo así el posterior análisis, interpretación, resultados y conclusiones de los mismos. d) Elaboración del informe final.

Discusión y resultados

Según los estadísticos para la variable edad, la edad mínima de los entrevistados fue de 60 años, mientras que la edad máxima fue de 90 años y la edad media se estimó en 71 años. Es importante agregar que un 25% de los gerontes se encuentran en edades que oscilan entre los 78 y 90 años, clasificando para el concepto de anciano frágil en relación al factor edad. La edad es un factor que condiciona la fisiología de las personas y determina en buena medida la probabilidad de ocurrencia de un gran número de enfermedades. (Del Llano, 2006). Además la edad también se relaciona con la pérdida de capacidades que conllevan consecuentemente a cercenar la autonomía e independencia. En la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro se observa una tendencia hacia un mayor declive en la salud a partir de los 75 años, cuando la presencia de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo y los niveles de dependencia comienzan a aumentar significativamente.

Según el INE de Venezuela la población empadronada en el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda para el 2011, indican las proyecciones que el venezolano tiene una esperanza de vida promedio de 74,30 para el 2011, siendo 71,40 para el hombre y de 77,37 para la mujer. En este caso, de la población adulta mayor entrevistada, aproximadamente el 25% supera la esperanza de vida promedio respectivamente. El interés de esto radica en proporcionar datos que afecten la disposición y manejo de los programas de salud pública para maximizar el aumento de la esperanza de vida, sobre todo en comunidades con recursos limitados.

Por otro lado, estadísticamente en cuanto a las diferencias entre hombre y mujer en la población estudiada es mínima; es cierto que existe en el Barrio San Nicolás un contexto de amplias desigualdades sociales e incluso escasa protección institucional que hace más vulnerable a la población envejecida, sobre todo a las mujeres que no han tenido la oportunidad de trabajar ni acceder a los ingresos que les permitan mejores condiciones de vida.

En los resultados referidos al estado civil se evidenció que el 48,2% de los adultos mayores está casado, 34,9 solteros, por su parte los viudos abarcan un 12,0% y los divorciados el 4,8%. Es importante destacar que para medir el apoyo social del individuo tiene preponderancia el estado civil. Algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad del individuo. Sin embargo, también se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores. (OMS, 2004).

Uno de los determinantes que incide sobre la salud de los individuos está relacionado con la morbilidad padecida por la población, la cual evidencia la eficiencia del sistema y la calidad de vida de la población. Se observó la prevalencia de la hipertensión arterial como la patología con mayor rango que en el caso de los adultos mayores entrevistados fue de 40,4%, seguida de 13,8% correspondiente al ítem "ninguna enfermedad padecida" y en tercer lugar la diabetes con 12,8%. Por otra parte el asma 3,7%; cardiopatía isquémica crónica 2,8%; arritmias 1,8%; infección respiratoria aguda 1,8%; osteoporosis 1,8%; gastritis 1,8%; várices 1,8%; vesícula 1,8%; rinitis 9%; parálisis facial 9%; infección urinaria 9%; cáncer 9%; inflamación nervio ciático 9%; insuficiencia cardíaca 9%; accidente cerebro vascular 9%; tiroides 9%; renal 9%; próstata 9%; hernia discal 9%; demencia senil 9%.

Es importante destacar que se manifestó durante las entrevistas la concomitancia de varias enfermedades en el adulto mayor es decir la polipatología. Por otro lado, al preguntar

cómo le ha afectado en su vida esta enfermedad, el 34,9% manifestó que no le afecta, mientras que el 18,1% expresó que “no puede hacer las tareas del hogar y personales, el 15,7% “no puede hacer las compras y diligencias fuera de la casa” y el 7,2% “no puede participar en grupos comunitarios”.

En relación a la concordancia entre la enfermedad de los padres y la padecida por el adulto mayor se encontró que en el 32,3% de los casos no hay concordancia, mientras que en el 23,2% de los casos se evidenció concordancia entre la misma enfermedad padecida por padres e hijos, como es en el caso de la hipertensión arterial. Para la diabetes fue de 4,1%, 3,3% ninguna enfermedad fue padecida ni por padres ni por hijos. Asma 1,6% y 0,83% respectivamente para HTA y arritmias; rinitis, cáncer, insuficiencia cardiaca, así como para cardiopatía isquémica crónica. Esto quiere decir que existen factores predisponentes hereditarios para el padecimiento de ciertas enfermedades, en virtud de ello los individuos deben ser orientados y educados sobre los factores de riesgo y cuidados para evitar las consecuencias de dichas enfermedades.

La deficiencia con mayor prevalencia es la “visual” con un 41,0% seguida de la auditiva y musculo esquelética con 9,6% y 4,8% respectivamente. A pesar de ello, es importante acotar que el 37,3% no está afectado por “ninguna” deficiencia, condición o discapacidad. Mientras que dentro de las limitaciones padecidas por los adultos mayores entrevistados se tienen: la movilidad 19,3%; movilidad y autocuidado 3,6% y autocuidado 2,4%. En caso contrario el 74,7% no tiene ninguna limitación actualmente.

En relación a donde acudió el adulto mayor para recibir la atención médica, el 47,0% indicó que la recibió en el ambulatorio más cercano a su hogar, es decir el que está ubicado en el Barrio San Nicolás. 24,0% acudió a clínicas cuando necesitó atención médica. La opción “otros” incluye a aquellos que acudieron al IPAS, CDI así como aquellos que mencionaron no acudir a ningún establecimiento por no necesitar atención médica. Por otro lado, 8,4% acudió al hospital y 8,4% al IVSS.

Así mismo, los adultos mayores entrevistados (72,3%) mencionaron no recibir la atención del equipo de salud en su comunidad de forma planificada y voluntaria, por su parte, el porcentaje restante manifestó recibirla semanal, mensual o anualmente. Además al preguntar a los adultos mayores sobre cual Programa de Salud recibe en su comunidad proveniente de los Sistemas Locales de Salud, el 91,6% respondió que “ninguno”. Mientras que expresaron pertenecer al programa de adulto mayor 6,0% y al programa de salud cardiovascular 2,4%. De

los resultados anteriores se desprende que el sistema de salud presenta fallas en relación a la atención de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, lo cual tiene serias repercusiones sobre la salud pública. Los programas dirigidos a la población provenientes de los sistemas locales de salud dependen de las políticas de salud nacional, en este sentido se presenta la carencia de políticas, programas, personal capacitado y evaluación del sistema para garantizar la salud de los mayores.

Otra consideración importante es la de Hernández (2010), ya que sus resultados concuerdan con lo evidenciado en el sector estudiado; su investigación se centró en revisar desde la perspectiva de la ciudadanía, del sistema de salud y de la acción sectorial e intersectorial, los avances y desafíos en las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. Este trabajo evidencia que las acciones no están centradas en las necesidades de la población, además señala la importancia de la formación profesional que permita la atención dirigida a la formulación de políticas y programas sobre situaciones y sectores específicos de la población. También de prioridad, es lo asumido por Frenz y colaboradores (2009), quienes aseguran que el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales. Además es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de la vida de las personas y un aumento en la discapacidad y dependencia.

Por otra parte, se confirmó que el 84,3% de los adultos mayores entrevistados no trabaja actualmente y las razones por las que no trabaja se deben a que: el 30% se dedicó a las actividades del hogar, 27,7% se incapacitó, 15,7% se jubiló y el 10,8% no trabajan por: enfermedad (demencia senil, problemas neurológicos), robo de transporte con el que trabajaba, edad avanzada, retirado del trabajo por la edad. Solo 2,4% expresó sentirse afectado por el horario de trabajo ya que realizan labores por guardias como vigilantes privados. Mientras que el 2,4% de los adultos mayores manifestó algún signo de maltrato en el trabajo como: “se siente indefenso ante el trato injusto de sus superiores”.

Un elemento a destacar es que el mayor porcentaje de adultos mayores tiene más de un año sin trabajar (53,0%), 1,2% menos de un mes; mientras que (30,1%) nunca trabajó, esto limita los ingresos económicos necesarios para cubrir las necesidades básicas e implica mayores condiciones de pobreza y menos recursos para atender las necesidades básicas así como la salud.

En relación a los determinantes de ingresos y situación económica se afirmó que el 83,1% de los adultos mayores entrevistados posee actualmente ingresos económicos, los mismos proceden de: pensión 43,4%; trabajo 13,3%; jubilación 10,8%; otros (familiares) 9,6%, hijos 4,8%; trabajo y pensión 1,2%. De forma contraria se expresa que el 16,9% no posee recursos económicos. Así mismo, los adultos mayores que poseen actualmente ingresos manifiestan (34,9%) que no es suficiente el ingreso que reciben para cubrir sus necesidades básicas y la de las personas que dependen de ellos.

En cuanto a los determinantes educativos se confirmó que la diferencia entre los niveles educativos alcanzados por los adultos mayores, se evidencia al observar que el 55,4% se mantienen sin estudios, 21,7% alcanzó estudios básicos de primaria, y 10,8% alcanzó estudios secundarios o bachillerato. En contraparte, 3,6% terminó el nivel de técnico medio (ítem "otro"); 4,8% culminó estudios universitarios de Licenciatura y 3,6% finalizó estudios de postgrado. Al respecto, (Frenz y colaboradores, 2009, p.67) destaca además las diferencias significativas en mortalidad infantil, expectativa de vida y discapacidad relacionadas con niveles de instrucción, ingreso y ocupación, que son producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación que abarca muchas esferas de la vida de las personas.

Además se evidenció que al relacionar las circunstancias familiares de niñez y adultez, se observa una variación entre ambas etapas, por ejemplo, la consideración sobre la niñez fue valorada como "excelente" en un 24,1% de los adultos mayores, sin embargo la adultez se consideró "excelente" para el 10,8% de los mismos. En relación a la categoría de "buena" 60,2% corresponde a la niñez mientras que 65,1% a la adultez. En forma consiguiente la valoración de la niñez obedece a la abundancia de alimentos y bienes materiales que la familia podía obtener, situación que cambia relativamente en forma negativa hacia la adultez. Ahora bien, dentro de la concepción de los determinantes sociales de la salud y su comprensión, se considera necesario el entendimiento de los procesos sociales que afectan a la salud, además, se considera a las inequidades en salud como producto de exposiciones y vulnerabilidades diferenciales que surgen a partir de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, generando interacciones socio-psico-biológicas. Destaca la importancia de los primeros años de vida y la conexión entre lo social y lo biológico, explorando las vías causales que van desde la estructura socioeconómica hasta los cambios fisiopatológicos que producen un impacto en la salud. (OMS, 2005).

En función de las circunstancias materiales y conductas se observó que el 85,5% de los adultos mayores entrevistados no consume alcohol, el 91,6% no consume cigarro o tabaco y el 91,6% no consume otras sustancias nocivas para la salud. La prevalencia del estrés en los adultos mayores fue del 47,0%. En estos el estrés influye en formas diversas sobre la salud como por ejemplo: fatiga 12,0%; dolores de distinto tipo 8,4%; ansiedad 7,2%; depresión 4,8%; insomnio 4,8%; ira 3,6%; impaciencia 2,4%; indecisión 1,2%. En forma contraria el 53,0% no se siente con estrés. Por otro lado, en relación a la depresión solo se mostró en el 32,5% de la muestra. Para estos, la razón de la depresión obedece a las enfermedades que padecen así como a la pérdida de autonomía. El 7,2% se deprime por muerte de familiares; el 3,6% por viudez y en porcentajes más bajos problemas con hijos y familiares 1,2%; pérdida de un miembro corporal (pierna) 1,2%; pérdida del trabajo 1,2%; falta de capacidad de adaptación a los cambios 1,2%.

Es importante destacar que la depresión influye en la salud del adulto mayor de diversas formas por ejemplo, el 24,1% esta depresivo la mayor parte del día; el 3,6% experimenta sentimientos de inutilidad excesivos; el 2,4% manifiesta disminución de interés en casi todas las actividades y el 1,2% pérdida de peso. Ahora bien, según la OMS (2004) como indicadores de estrés social se utilizan dos variables; la primera se relaciona con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y la otra está relacionada con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo. Existe una relación entre la auto-percepción de salud y el nivel de estrés económico que percibe la persona mayor. También se considera que el duelo o el estrés relacionado a pérdidas sociales son factores, que combinados con otros factores demográficos, tienen una relación importante con la salud física y mental.

Haciendo referencia a la alimentación se detectó que sólo el 12,0% de los adultos mayores entrevistados consume una dieta completa, es decir, el consumo de alimentos en forma variada y completa, variada, porque contiene todos los grupos de alimentos, y completa porque al consumir todos los grupos de alimentos se reciben todos los nutrientes que el cuerpo humano necesita. Además equilibrada: los nutrientes deben guardar las proporciones adecuadas entre sí. Y por supuesto debe ser suficiente y acorde a los requerimientos del consumidor.

Aunado a esto, los entrevistados mencionan que su alimentación depende de: la enfermedad que padecen 32,5%; dinero disponible 31,3%; voluntad de comer 18,1% y preparación del familiar 18,1%. Todos estos elementos influyen sobre la conformación de la

salud y la aparición de enfermedades y deficiencias. La alimentación es una necesidad básica de todo ser humano y si no es cubierta el individuo se mantiene en constante lucha para obtenerla, y esto no permite la evolución del individuo hacia el cumplimiento de necesidades superiores. Un individuo bien alimentado puede desempeñar las funciones esenciales para la subsistencia de lo contrario, esto influye social psicológica y fisiológicamente a generar una mala salud y por tanto condiciones de vida paupérrima.

Otro determinante de la salud considerado por Lalonde (1974) es el medio ambiente físico, en el que se cuenta el macro ambiente: Agua y alimentos, contaminación del aire, transportes, etc. Así como también el microambiente: barrio, casa, escuela, trabajo, etc. (Hernández y Sanchón, 2011). En este caso, se evidenció que el 78,3% de los adultos mayores opina que si existen problemas ambientales en su comunidad. Al indagar sobre cuales problemas ambientales les aquejan, estos respondieron; contaminación del suelo 56,6%; contaminación acústica 18,1%; la molestia es el exceso de ruido en las calles, esto obedece a que estas personas viven en calles principales de acceso al transporte publico donde se observó un flujo permanente de vehículos.

En este sentido, se detectó que los problemas ambientales siguen sin resolverse, las acciones que se realizan no están acordes con los problemas descritos y contribuyen en general a crear un clima inadecuado para la convivencia. Otra consideración necesaria dentro del macro ambiente son los delitos y violencia en la comunidad, por ello se indagó sobre estos hechos y el 26,5% de adultos mayores mencionan que "si" han ocurrido en su comunidad actos de violencia y delitos. Es por ello que el 28,9% no se siente seguro en su ambiente.

Otro elemento importante a considerar dentro del macro ambiente son las Organizaciones comunitarias, las cuales intervienen para mejorar las condiciones de vida de la población, gestión de recursos y solución de problemas que los aquejan. Sobre la participación de los adultos mayores en las organizaciones de su comunidad, 81,9% "no" participa. Sin embargo, el 85,5% de adultos mayores mencionó que "si" existen organizaciones comunitarias en su comunidad. Estos aseguran que el tipo de organizaciones comunitarias que existentes son: el Consejo comunal 81,9% y Grupo de adultos mayores 3,6%. Al indagar sobre cuáles son los beneficios que las organizaciones comunitarias ofrecen a la comunidad, las respuestas fueron: jornadas médico asistenciales 45,8%; jornadas de limpieza 10,8%; ningún beneficio 28,9%. En este caso de estudio, por una parte no se reconoce ni evidencia las acciones de las organizaciones comunitarias para el beneficio del sector y por otra parte existe el

desconocimiento de las mismas, esto tiene que ver con la escasa participación del adulto mayor en la comunidad y con las limitadas intervenciones de las organizaciones existentes que pudieran bien contribuir a mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

Los determinantes culturales forman parte del conjunto de factores que determinan la salud de los individuos. Entre estos se consideran la opinión y trato que los habitantes de la comunidad tienen sobre el adulto mayor, patrones de discriminación hacia los mismos, los roles que ejerce el geronte en la comunidad y el hogar así como las prácticas religiosas. En cuanto a la percepción sobre la opinión que tienen los habitantes de la comunidad sobre el adulto mayor se dice que son personas respetables 73,5%; no tiene derechos 4,8%; jefe del hogar 18,1%; no sabe 1,2%; sabiduría 1,2%; no sirve para nada 1,2%. Sin embargo aseguran que el trato al adulto mayor en su comunidad es cortés 95,2% e irrespetuoso 4,8%. Al preguntar si alguna vez se ha sentido discriminado en su comunidad, los adultos mayores respondieron: al buscar trabajo 38,6%; nunca 56,6%; rasgos físicos y color de piel 1,2%; por sus vecinos 1,2%; por parte del gobierno y sus instituciones 2,4.

De las anteriores consideraciones se desprende una valoración positiva general hacia el adulto mayor. Es importante destacar que dicha valoración es cónsona con los valores de poblados rurales donde la estima hacia el adulto mayor se conserva hasta edades avanzadas. Cabe destacar que la mayoría de las familias que habitan en el Barrio San Nicolás proceden de poblados aledaños a la ciudad de Coro, como por ejemplo "Mitare", incluso de la Sierra falconiana. Sin embargo la búsqueda de mejores condiciones de vida y los requerimientos de la ciudad ha transformado los roles de los mismos dentro del grupo familiar.

El tipo de labores que los adultos mayores realizan en su comunidad es mínima, en esta, se expone que: 75,9% ninguna labor; asiste a las actividades del grupo de adultos mayores 13,3%; miembro del consejo comunal o asiste a las actividades 6,0%; miembro o participa en actividades religiosas 4,8%. Por otro lado, los adultos mayores mencionaron que el tipo de labores que realiza en su hogar son: el cuidado de los nietos 14,5%; actividades básicas de la vida diaria. "ABVD" (aseo personal, uso del retrete, alimentación, movilidad, higiene y vestido) 44,6%; actividades instrumentales de la vida diaria. "AIVD" (ir de compras, pago de servicios, movilidad en la comunidad, cuidado de los otros, preparación de alimentos, cuidado del hogar, entre otros) 4,8%; otras (atiende la bodega de su casa) 1,2%; ABVD y AIVD 27,7%; Ninguna 7,2%.

Las anteriores consideraciones resaltan la importancia que tiene para el individuo poder realizar actividades instrumentales sin ayuda alguna, pues esto le brinda un nivel de autonomía al adulto mayor. Es significativo mencionar que se demuestra que los adultos mayores varones normalmente realizan actividades que tradicionalmente han sido atribuidas al sexo femenino por razones socio-culturales, refiriéndose a que estos dentro de su núcleo familiar, preparan comida, hacen compras y cuidan de su casa cuando es necesario. En forma consecuente los adultos mayores valoran en forma positiva las actividades que realizan en el hogar al contrario de las actividades comunitarias que son consideradas menos importantes.

Cabe destacar que la falta de espacios de participación es una condición negativa para la participación e integración del adulto mayor en la comunidad que influye sobre los mecanismos de adaptación y apoyo para superar las condiciones de vida de los mismos. Como medida de integración social se entiende a los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc. Estudios en varias partes del mundo, destacan que hay una fuerte correlación en mortalidad, así como en otros indicadores de salud. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud. (OMS, 2004).

Los determinantes posibles de modificar son los estilos de vida individuales. Además los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales entre las que se cuenta la práctica de alguna religión, la cual en el caso del estudio al que hacemos alusión se considera como un mecanismo de afrontamiento ante las dificultades y permite hacer frente a las dificultades que se presentan al adulto mayor, permitiendo así una consideración positiva de las circunstancias de vida y la salud.

En cuanto a los resultados que pueden abrir nuevas líneas de investigación se consideran los referidos a la salud de la población, edad, ambiente, cultura y género.

Conclusiones

Una vez realizado el análisis de los resultados y de acuerdo a los objetivos del estudio, se exponen a continuación las conclusiones en torno a los determinantes sociales de la salud

de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro. Para responder al objetivo general se concluye que los determinantes sociales de mayor influencia en la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, generan inequidades en salud. Ya que el ingreso, la educación, el género y otros determinantes producen inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. De esta forma se minimizan las oportunidades de acceso a la salud y se presentan mayores condiciones de vulnerabilidad. En relación al primer objetivo: identificar los determinantes hereditarios, socioeconómicos, culturales, de sistema de salud, conductuales y materiales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, estado Falcón, se concluye que están conformados por las condiciones de: morbilidad, situación laboral, ingresos y situación económica, circunstancias familiares, educación, hábitos, estrés, depresión, ejercicio físico, alimentación, contactos sociales, medio ambiente, vivienda, organizaciones comunitarias, violencia y delitos, valores asignados al adulto mayor, trato al adulto mayor, roles del adulto mayor, religión, problemas de salud, atención médica, programas de salud y percepción de la salud.

Para responder al segundo objetivo: Describir a los determinantes hereditarios, socioeconómicos, culturales, de Sistema de salud, conductuales y materiales que influyen en la salud de la población adulta mayor, se tiene que: La vulnerabilidad de la población adulta mayor estudiada se hace indudable luego de evidenciar las características de los determinantes sociales de la salud, por lo cual se asegura que el 25% de los gerontes clasifican para el concepto de anciano frágil en relación al factor edad. Además, se observa una tendencia hacia un mayor declive en la salud a partir de los 75 años, cuando la presencia de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo y los niveles de dependencia comienzan a aumentar significativamente. La polipatología es otra característica padecida, es decir la concomitancia de varias enfermedades en el adulto mayor, estas afectan la vida del adulto mayor en el 65,1% de los casos. Se encontró concordancia entre la enfermedad de los padres y la padecida por el adulto mayor en el 67,7%, además se muestra la falta de orientación y educación sobre los factores de riesgo y cuidados para evitar las consecuencias de dichas enfermedades. Por otro lado, solo el 25% supera la esperanza de vida promedio del venezolano, dato necesario para mejorar la disposición y manejo de los programas de salud pública con el fin de maximizar el aumento de la esperanza de vida, sobre todo en comunidades con recursos limitados. En los resultados referidos al estado civil se evidenció que el 51,8% no realiza una vida en pareja constituyendo esto un mínimo apoyo social referido a dicho factor protector de la salud.

El 47,0% de los adultos mayores recibió en algún momento la atención médica en el ambulatorio más cercano a su hogar, es decir el que está ubicado en el Barrio San Nicolás. Así mismo, el 72,3% mencionaron no recibir la atención del equipo de salud en su comunidad de forma planificada y voluntaria. Además al preguntar a los adultos mayores sobre cual Programa de Salud recibe en su comunidad proveniente de los Sistemas Locales de Salud, el 91,6% respondió que "ninguno". De las anteriores consideraciones se infiere que el sistema de salud presenta fallas en relación a la atención de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro, lo cual tiene serias repercusiones sobre la salud pública. Los programas dirigidos a la población provenientes de los sistemas locales de salud dependen de las políticas de salud nacional, en este sentido se observa la carencia de políticas, programas, personal capacitado y evaluación del sistema para garantizar la salud de los mayores.

Los ingresos económicos necesarios para cubrir las necesidades básicas de la población adulta mayor se encuentran limitados o nulos, lo que implica mayores condiciones de pobreza y menos recursos para atender las necesidades básicas propias, así como la salud. También, Los bajos niveles educativos presentes constituyen un factor limitante para alcanzar mejores ingresos, trabajo, ocupación y salud, en su lugar generan exclusión en la vida de los mismos. Además se evidenció que al relacionar las circunstancias familiares de niñez y adultez, se observa una variación entre ambas etapas, la valoración positiva de la niñez obedece a la abundancia de alimentos y bienes materiales que la familia podía obtener, situación que cambia relativamente en forma negativa hacia la adultez. Quiere decir que el adulto mayor experimenta pérdidas relacionadas con los recursos económicos, roles sociales, muerte de familiares y amigos, lo que genera estrés y frustración conllevando a la minimización de la calidad de vida y por lo tanto de la salud.

Otro determinante de la salud es el medio ambiente físico, en el que se cuenta el macro ambiente, en este sentido, se detectó que los problemas ambientales siguen sin resolverse, las acciones que se realizan no están acordes con los problemas descritos y contribuyen en general a crear un clima inadecuado para la convivencia en el Barrio San Nicolás de Coro. Por otra parte, no se reconoce ni evidencia las acciones de las organizaciones comunitarias para el beneficio del sector y por otra parte existe el desconocimiento de las mismas, esto tiene que ver con la escasa participación del adulto mayor en la comunidad y con las limitadas intervenciones de las organizaciones existentes que pudieran bien contribuir a mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

Cabe destacar que la falta de espacios de participación es una condición negativa para la participación e integración del adulto mayor en la comunidad que influye sobre los mecanismos de adaptación y apoyo para superar las condiciones de vida de los mismos. Como medida de integración social se entiende a los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc.

Los determinantes posibles de modificar son los estilos de vida individuales. Además los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales entre las que se cuenta la práctica de alguna religión, la cual en el caso del estudio al que hacemos alusión se considera como un mecanismo de afrontamiento ante las dificultades y permite hacer frente a las dificultades que se presentan al adulto mayor.

Se destaca que las características de los determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro evidencian la deficiencia del sistema de salud, la debilidad de políticas sociales dirigidas a la población adulta mayor, una población desasistida en los aspectos sociales y de salud lo que conlleva a acentuar la vulnerabilidad de las personas mayores, las inequidades en el acceso a la salud, condiciones de vida paupérrimas y deterioro de la calidad de vida.

Finalmente en atención al tercer objetivo: se concluye que la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro está determinada por las circunstancias socioeconómicas, de vida y trabajo desde el momento del nacimiento y a lo largo de toda la vida, lo cual ha generado vulnerabilidades e inequidades en el acceso a la salud, conllevando esto a unas mínimas condiciones de salud, lo cual implica que la población adulta mayor no es sostenible ni próspera ya que no tiene la capacidad de mantenerse económicamente.

Los hallazgos mostrados pueden ser utilizados por otros investigadores y responsables de los programas y políticas de salud, primero centrándose en la indagación de ciertas áreas como por ejemplo el ambiente y cultura que envuelve al adulto mayor, para la implementación de proyectos de intervención que mejoren la calidad de vida de los mismos. Sin embargo las áreas de interés de implicaciones en la salud de la población adulta mayor se centran

en las condiciones de género, población, ambiente y cultura. Se considera que una línea de investigación a proponer se refiere a: "Determinantes sociales de la salud", debido a las repercusiones que estas tienen sobre la salud de la población.

Recomendaciones

Políticamente es fundamental la atención de los determinantes sociales de la salud de la población, ya que el éxito de una sociedad puede juzgarse por la calidad y distribución justa de la salud en su población. Así que se exhorta a los organismos nacionales y locales a realizar la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades así como de las condiciones socioeconómicas que afectan a la población de adultos mayores en el Barrio San Nicolás de Coro.

Organizar y disponer consejos asesores intersectoriales y representativos de la sociedad civil, adultos mayores y el Ministerio del Poder Popular para la Salud de manera que se puedan gestionar los recursos, propuesta de necesidades, políticas de salud pública que revisen el balance entre lo asistencial y aquellas actividades de promoción y prevención de la salud. Por otro lado, promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud de las personas mayores. Esto significa mejorar el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según la necesidad sanitaria del sector.

El sistema de salud local debe fomentar, desarrollar y mantener la investigación adecuada, monitoreo y evaluación de los determinantes que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de Coro. Así como también establecer alianzas estratégicas con los organismos gubernamentales y no gubernamentales que atienden a la población anciana, y propiciar la transferencia científica y tecnológica, para que los estudios, diagnósticos y propuestas que se realizan en el área gerontológica, sirvan de base para el diseño e implementación de las políticas y programas para el adulto mayor.

Promover la participación de la comunidad educativa (profesores y estudiantes) en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante la realización de actividades de extensión universitaria en el área gerontológica: pasantías profesionales, actividades recreativas, sociales, culturales, deportivas y de educación gerontológica continua. Finalmente, retomar el compromiso que el Estado tiene con las personas mayores, mediante la creación de mecanismos y estrategias que garanticen el bienestar integral de la población anciana del país.

Referencias Bibliográficas

- Arias F (2006). El proyecto de investigación. 5° edición. Editorial Episteme. Caracas Venezuela.
- Bárzaga M; Castañeda I; Corral A; y Santana M (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Sep 11]; 36(1): 66-77. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08644662010000100008&lng=es.
- Brehil J, (2008). El problema de la determinación social de la salud , "Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud". Ponencias presentadas en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Recuperado de: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2009/04/28/taller-de-determinantes-sociales/>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - (2003). División de Población a través de sus estimaciones sobre el envejecimiento de la población de 1950-2050, en un boletín demográfico. Recuperado de: <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/13371/LCG2211.pdf>.
- Del Llano, J (2006). XVII EDICIÓN Escuela de Verano de Salud Pública. Encuentro: 'Los determinantes extra extra-sanitarios de la salud y su impacto sobre el bienestar'. Mesa redonda: Los determinantes de la salud y los sistemas de información en España. Fundación Gaspar Casal. Recuperado de: http://www.fgcasal.org/fgcasal/database/eventos4/Juan_del_Llano.PDF
- Frenz y colaboradores (2009). Doce lecciones para el desarrollo de indicadores locales de determinantes sociales de la salud. RevChil Salud Pública 2009; Vol 13 (3): 155-162. Recuperado de: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/530/440>
- Hernández T (2010). Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela. Revista Cubana de Salud Pública; 2010 36(4)366-371. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu13410.htm

- Hernández C. y Sanchón M (2011). Salud Pública y Atención Primaria de Salud. Factores determinantes de la salud. Universidad de Cantabria. 18 págs. Recuperado de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/materiales-de-clase>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2012) Primeros resultados censo 2011. consultado el 28 - 05- 2012. Recuperado de: <http://www.ine.gov.ve/>
- Lambertini A. (2010). Universidad Central de Venezuela. Dirección de extensión universitaria. División de Educación Continua. Diplomados sobre Determinantes Sociales de la Salud. Caracas, Venezuela.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). Libro electrónico sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Por: Luciana.Moura. Editado por Erik Blas y SivasankarKurup 'Equity, social determinants and publichealthprogrammes'. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). La Comisión de determinantes sociales de la salud. Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/en/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. Ginebra. Publicación Científica. Recuperado de: envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.rtf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Nota de la secretaria. (EB115/35). Ginebra. Publicación Científica. Recuperado de: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. Ginebra. Publicación Internacional. Recuperado de: www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html

- Reyes S (2012). Paradigmas de investigación. (Inédito). Diplomado de investigación. UNEFA; Coro, Falcón.
- Salgado N, y Wong R (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Artículo Especial. Salud pública de México / vol.49, suplemento 4. Cuernavaca enero de 2007. Recuperado de:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342007001000011&script=sci_arttext.
- Tamayo y Tamayo (2009). El proceso de la investigación científica. 5ª edición, Limusa, México.