



CAPITULO IV

LA SITUACION DE LA SALUD

Johnny Arandia

Mario Murúa



LA SITUACION DE LA SALUD DEL ESTADO MERIDA

En el momento actual es importante considerar a la salud como un proceso social asociado a la transformación productiva con equidad para el logro de un desarrollo humano sostenible, aspecto de gran importancia y objeto de investigación en varios países de América Latina, bajo los auspicios de organismos internacionales como la OPS/OMS. Los resultados de estas investigaciones concluyen que en toda sociedad se conjugan los modos de producción y reproducción social como los determinantes del proceso *salud - enfermedad*. La solución de los problemas de salud de las comunidades, desde otras perspectivas, ha derivado en la reducción de algunas enfermedades, pero que no perduraron a través del tiempo, algunas reemergieron y otras emergieron, con gran intensidad, amenazando extenderse.

En toda sociedad, las poblaciones no se distribuyen ni se desarrollan al azar en las unidades territoriales que las acogen. Por el contrario tienden a conformar conglomerados humanos que comparten características ambientales relativamente similares de carácter cultural, socioeconómico, físico y biológico. La salud del ser humano, por consiguiente, se inserta en cada uno de los momentos de este proceso y esta íntimamente relacionado con el diferente grado de desarrollo de los conglomerados poblacionales.

En el momento actual, los países de América Latina atraviesan una transición epidemiológica heterogénea que ha introducido nuevas capas de complejidad al cuadro de salud. Por un lado existen enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas, algunas reemergentes y otras emergentes, y por otro, se incremento los accidentes y otros hechos violentos, los trastornos mentales y los padecimientos crónico - degenerativas.

Estos cambios, en el perfil epidemiológico, están estrechamente vinculados, a la organización del sector salud, a las variaciones de las condiciones de vida, al tamaño y estructura de la población, a la fecundidad, al proceso de urbanización y ruralización, a los recursos que dispone la sociedad, al nivel de desarrollo alcanzado, a la posibilidad de expresión política de los ciudadanos, y a las respuestas sociales de la demanda y necesidades de los grupos humanos, por lo tanto, la calidad del ambiente y las características del desarrollo son trascendentales para la salud. Cada grupo tiene un perfil propio de necesidades y de problemas derivado de las condiciones mencionadas, que requiere acciones específicas tanto para mantener y ampliar el espacio de la salud, como para conseguir bienestar.

Es fundamental aumentar la salud y la equidad para entrar en el próximo milenio con mejores posibilidades de desarrollo económico y competitividad en el mercado internacional. Los sectores sociales en general, y el de salud en



particular, adquieren una importancia que aun no se ha valorado adecuadamente como factores de formación, mantenimiento y perfeccionamiento del capital humano. El sector salud, como empleador y productor de bienes y servicios, también contribuye a dinamizar la economía en su conjunto, ayudando a alcanzar un desarrollo humano sostenido y a mejorar el bienestar social, al influir positivamente sobre el sistema educativo, la oferta de mano de obra, la productividad laboral y la calidad ambiental.

Para entender mejor el proceso *salud - enfermedad* en el Estado Mérida, en el presente estudio, se evalúan los principales daños que sufre la población en materia de salud y las necesidades que estas demandan, identificando y definiendo las áreas y los grupos de población de mayor riesgo. En lo posible, se intenta identificar los principales factores determinantes que inciden en la reproducción del proceso salud-enfermedad, como las desigualdades existentes. Con la construcción de indicadores de salud se podrá contar con los parámetros básicos para medir el impacto de las medidas a implementarse

En resumen en este diagnóstico, se destaca la importancia de la Salud, la Equidad y la Transformación Productiva del Estado Mérida, dentro de una perspectiva de desarrollo sustentable pensando en la competitividad a mediano y largo plazo y su contribución al desarrollo del País y de América Latina. Con este propósito, se analizan los principales indicadores epidemiológicos, construidos con la información existente, tanto en la Corporación Merideña de Salud (CORPOSALUD), y en particular en la Coordinación Regional de Epidemiología, como en otras instituciones públicas o privadas.

El diagnóstico comprende la problemática de salud de todo el estado Mérida, caracterizada principalmente por la *natalidad; mortalidad; morbilidad; atención médica ambulatoria, especializada, hospitalización y asignación presupuestaria; servicios sanitarios básicos; estado nutricional de la población, organización sanitaria, condiciones de vida y otros aspectos*. Toda esta problemática se desagregó en cinco diferentes Regiones, para detectar las áreas más vulnerables y de mayor riesgo y los problemas de salud según variables como la edad, sexo, lugar de residencia, peso del recién nacido, tipo de asistencia médica, principales causas de mortalidad y morbilidad, recursos y otras más.

ANTECEDENTES

En el ámbito de la salud, el estado Mérida, posee diversos y muy variados recursos que le confieren amplias posibilidades de lograr un desarrollo sustentable competitivo, pero existen manifestaciones o problemas que interfieren el mejoramiento de las condiciones de vida de sus pobladores, entre los cuales se destaca la población con alta dependencia juvenil y sometida a los riesgos propios de la reproducción y de las enfermedades infecto -



contagiosas ; los movimientos migratorios legales e ilegales, con tendencia a la marginalidad social, hacinamiento, promiscuidad ; la estructura familiar con tendencia a debilitarse ; el crecimiento desordenado de centros poblados ; la saturación de los servicios públicos, como agua potable, eliminación de excretas y basuras ; la degradación del ambiente y la economía informal, entre otros.

A nivel nacional ya esta en pleno proceso de ejecución un Plan de Reformas del Sector Salud que tiene entre sus objetivos actualizar las estructuras y estrategias del sector, incorporando a su funcionamiento medidas modernas de intervención tendientes a la redefinición de las competencias de los diferentes niveles de la organización, entre las que se destaca la descentralización de algunas competencias a nivel de estados o municipios, la dotación de autonomía y reorganización de los servicios, asegurando la suficiencia y calidad de la gestión y la introducción de mecanismos de evaluación permanente del proceso

En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Gobernación del estado Mérida, en el marco del proceso de Reforma del Sector Salud y de la Descentralización, han considerado fundamental enfrentar estos problemas aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual se ha comenzado con el fortalecimiento de la red ambulatoria, remodelando y equipando la infraestructura física y capacitando a los trabajadores.

El Gobierno Regional ha hecho el esfuerzo para implementar un Sistema de Salud con características propias vinculadas al desarrollo del Estado Mérida. En este esfuerzo se han incorporado otras instituciones como la Universidad de los Andes, el propio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, las Alcaldías, las Direcciones Regionales, los Grupos Técnicos, las Instituciones Privadas, las Organizaciones Comunitarias, las Fundaciones, las Organizaciones Gremiales, las Organizaciones Científicas, CORPOANDES, los Grupos Religiosos, las FF.AA, los Organismos Internacionales como la OMS/OPS, UNICEF, BID, entre otros. En todos los niveles, se realizaron reuniones de carácter regional, nacional e internacional ; se firmaron acuerdos y declaraciones ; se elaboraron proyectos, planes y programas, algunos se han ejecutado otros están a la espera de nuevos cambios. Todo este esfuerzo de una u otra manera ha contribuido a aclarar la problemática existente en relación a la salud, pero hasta el momento actual no se ha logrado satisfacer plenamente la demanda de la población merideña que frecuentemente eleva su voz de protesta a través de diferentes medios.

A nivel Regional, dentro de la dinámica institucional, y en el marco del proceso de descentralización, la Gobernación del Estado Mérida, adquiere la responsabilidad de promover la creación de las bases para el diseño de un sistema coherente que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población merideña, fortaleciendo las relaciones intersectoriales contemplados en el desarrollo del modelo descentralizado y que se va



consolidando a través del tiempo. Para cumplir con los propósitos señalados, se crea una organización de tipo corporativa denominada “Corporación Merideña de Salud” (CORPOSALUD), estableciendo como la base fundamental, la participación de las comunidades en la gestión de los servicios. Sin embargo en el momento actual la adscripción, dentro el proceso de descentralización, todavía es parcial, dejando muchos vacíos que interfieren su marcha.

Así mismo, el Gobierno Regional, con la finalidad de recibir asesoramiento y recursos de la banca multinacional, firmó un Convenio de Coejecución del Proyecto Salud en el Estado con el Ministerio de Sanidad y el Banco Interamericano de Desarrollo y de este modo se crea la Unidad Ejecutora del Proyecto Salud (UEP).

Hasta la fecha se han cumplido parcialmente con las acciones señaladas en el Plan de Salud del Estado, elaborado por la U.E.P., entre las que se destaca la remodelación de la infraestructura de los establecimientos de salud y su equipamiento, la capacitación del recurso humano en el área gerencial y de desarrollo personal, tanto a nivel medio de la organización como de la base, conformada por los servicios locales.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ESTADO MERIDA

MEDIO AMBIENTE Y FUENTES CONTAMINANTES

Tradicionalmente se ha considerado el “medio ambiente” como un eslabón más de la cadena epidemiológica que participa directa o indirectamente en la transmisión de las enfermedades, principalmente infecciosas. Este modo de interpretar, restringe al “ambiente” a ser considerado como un elemento más de la “cadena biológica” en la reproducción biológica de las enfermedades. Esta es una de las causas por las cuales los éxitos logrados en la reducción de algunas enfermedades, por la aplicación de “medidas de prevención ambientales” no perduraron a través del tiempo, algunas reemergieron y otras emergieron con gran intensidad, amenazando extenderse aun en áreas desarrolladas.

El tipo de desarrollo necesario para promocionar y preservar la salud y el bienestar depende en gran medida del tratamiento que se le de al ambiente, por consiguiente el proyecto de desarrollo que no tome en cuenta el ambiente afectará inevitablemente a la salud de los seres humanos. En la actualidad se considera al ambiente como la dimensión donde se conjugan los modos de producción y reproducción social, que surgen de la interacción entre los seres humanos y su entorno, responsable de generar los determinantes del proceso salud-enfermedad.



Los agentes productores de enfermedades que circulan en el entorno de los seres humanos, en el agua, los alimentos, el aire y el suelo, contribuyen a los daños de la salud e inclusive la muerte, de millones de personas, sobre todo de lactantes y niños. Entre los daños más frecuentes se mencionan las diarreas, malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla, intoxicaciones alimentarias, infestaciones parasitarias, enfermedades respiratorias, riesgos de tipo químico, entre otras.

En este contexto los procesos ecológicos, con los recursos naturales, como el agua, la tierra, el aire, la vegetación e incluso la diversidad genética, adquieren una dimensión vital y dependen de su disponibilidad permanente y de la integridad del ambiente.

La salud depende de la capacidad de comprender y gestionar las mutuas influencias de las actividades humanas y el ambiente físico y biológico. Se dispone de conocimientos necesarios, pero las acciones que se ejecutan, dejan mucho que desear. Hay dos problemas vitales a considerar: el desarrollo que se proponga satisfacer las necesidades de las personas, como la salud; y la conservación ecológica para no agotar los recursos naturales ni dañar o degradar los sistemas naturales.

Al hablar de salud, ambiente y desarrollo, es imprescindible referirse al tamaño de la población y al nivel de consumo, ya que de su combinación dependen en gran medida los efectos de la población humana sobre el ambiente.

A nivel mundial, y patrocinado por organismos internacionales como la O.P.S./O.M.S., se ha generado una corriente ambientalista, que va dirigida a preservar, mejorar y rescatar el medio en el que vivimos, con la intención de controlar todos aquellos factores que en el medio físico del hombre, ejercen o pueden ejercer algún efecto nocivo en su bienestar físico, mental o social, como el agua contaminada, los alimentos contaminados, los vectores transmisores de enfermedades, contaminantes atmosféricos, basura, suelo contaminado, etc.

Se considera "fuentes contaminantes" a todas aquellas sustancias y compuestos químicos ajenos a un ecosistema natural, que afectan al ambiente y por ende al hombre como principal integrante del mismo.

En el estado Mérida, el acelerado crecimiento urbano, agrícola e industrial (en menor escala), ha generado en los últimos años una serie de secuelas negativas al ambiente, que en muchas ocasiones afecta la salud de sus habitantes, minimizando los beneficios sociales y económicos de los proyectos que se están desarrollando en el Estado, probablemente con buena intención.

El impacto del deterioro ambiental se manifestó de manera importante con la epidemia de dengue durante los años 1997 y 1998, que afectó las poblaciones más desarrolladas del Estado, debido a la gran eliminación de desechos sólidos, producto de la negligencia de sus habitantes.



Entre los aspectos ambientales relacionados con el *proceso salud - enfermedad* de la población, a resaltar en el estado Mérida, se destaca esencialmente la diversidad de fuentes contaminantes del aire, del agua, de los alimentos y del suelo . Al respecto, entre otros se pueden reseñar los siguientes hechos que configuran fuentes contaminantes en el estado :

a) Las aguas residuales domésticas de todas las poblaciones del estado se descargan directamente a quebradas y ríos. Particularmente se menciona que 14 de los 22 municipios del Estado, descargan las aguas residuales directamente (sin tratamiento) a las quebradas y ríos afluentes del Chama.

b) En el estado existe una amplia diversidad de industrias que generan grandes cantidades de aguas residuales y desechos sólidos que se descargan al ambiente, prácticamente sin ningún control, como: frigoríficos, , torrefactoras, mataderos, granjas avícolas, tenerías, fabricas de panela, destilerías, elaboradoras de embutidos, granjas porcinas, beneficiadoras de aves, granjas cunículas, procesadores de conservas y despulpadoras de frutas y fabricas de derivados lácteos. Entre los municipios más afectados se mencionan a Libertador, Rivas Dávila, Sucre, Antonio Pinto Salinas, Campo Elías, Tovar, Alberto Adriani, Caracciolo Parra y Olmedo, Andrés Bello, Tulio Febres Cordero, Rangel, Julio Cesar Salas y Santos Marquina.

c) El desarrollo agropecuario generó una gran contaminación ambiental con biocidas y fertilizantes, prácticamente en todos los municipios, en algunos más que en otros, afectando además de una manera importante al agua y los alimentos, generando riesgos laborales para la salud, entre los que se destacan los accidentes, las enfermedades zoonóticas y la exposición a sustancias químicas.

d) En el Estado, se han construido embalses y canales de irrigación y frecuentemente se están explotando nuevas tierras para el cultivo, sin un adecuado control de los vectores de enfermedades, generando un aumento de la incidencia de la malaria, leishmaniasis y parasitosis intestinal.

e) La calidad del aire se alteró de manera importante por las actividades de : constructoras, herrerías, estaciones de servicio, talleres mecánicos, carpinterías, latonerías, cromadoras, explotaciones de arcilla, industrias de cal, trapiches, gas licuado, explotaciones de arena y picadura de piedra, procesadores de asfalto, fundiciones y explotaciones de piedra caliza, la emisión de gases de monóxido de carbono por vehículos automotores y otros relacionados con el transporte aéreo. Los principales municipios afectados son los mencionados anteriormente.

f) Todos los centros poblados del Estado, no cuentan con áreas especializadas en el manejo de desechos sólidos.



g) Así mismo, como otras fuentes contaminantes, se debe señalar la quema y tala indiscriminada de los bosques y el inadecuado manejo de desechos sólidos de los hospitales y otros servicios médicos.

h) Finalmente se debe agregar que los riesgos, existentes a lo largo y ancho del Estado, relacionados con desastres naturales como, terremotos y otros movimientos sísmicos, derrumbes, deslizamientos de tierra y lodo, flujo de materiales de desecho, también configuran fuentes de contaminación. Estos riesgos están relacionados con la falla de Boconó, la conformación de las rocas, pendientes altas de los taludes, aguas subterráneas, crecidas de los ríos y quebradas y la geografía accidentada de la cordillera de los Andes.

LOS SERVICIOS SANITARIOS BÁSICOS

Los servicios sanitarios básicos más importantes, relacionados con la salud de los humanos, están representados por:

1. la provisión de agua de beber limpia y adecuada a toda la población,
2. la disposición sanitaria de las heces, eliminación higiénica de la basura y de los desechos sólidos,
3. la higiene personal,
4. la manipulación higiénica de los alimentos y control de vectores y roedores.

La provisión adecuada y oportuna de servicios sanitarios básicos constituyen medidas de salud pública de bajo costo y de gran eficacia, que aplicadas con cobertura suficiente, son muy útiles para evitar enfermedades que ponen en peligro grandes grupos de población.

La falta de cobertura apropiada de estos servicios conlleva a diferentes enfermedades como la diarrea, fiebre tifoidea, parasitosis intestinal, escabiosis, cólera, amibiasis, hepatitis "A" y otras más. Esta situación es bien conocida y resalta de sobremanera su asociación con las bajas condiciones de vida, destacándose como las más importantes, su asociación con un bajo nivel socioeconómico y cultural de la población, prácticas higiénicas inapropiadas por falta de educación, principalmente de los padres, ya que los niños son los más afectados, particularmente por las enfermedades diarreicas.

El estado Mérida, a pesar de haber experimentado algunos cambios positivos de estos servicios, siguen siendo factor de riesgo importante en la producción de enfermedades. Estos servicios se han desarrollado particularmente en las principales ciudades de las diferentes Regiones de Desarrollo del Estado. Una importante proporción de la población merideña, particularmente las que viven en la zona rural, todavía adolece de la falta de un adecuado sistema de suministro de agua potable, de una buena disposición sanitaria de excretas y basuras y de una disponibilidad higiénica de alimentos, aun conociéndose



de las bondades preventivas, baratas y eficaces que estos servicios puede proporcionar. El Abastecimiento de Agua en el estado :

El agua dulce debe considerarse un recurso finito, escaso y valioso, pero con tremendo efecto negativo sobre la salud de las personas, si no se asegura un suministro adecuado e higiénico.

En el siguiente cuadro (IV-1), se presenta la información del porcentaje de la población atendida con agua por sistema de acueductos en las diferentes regiones del estado Mérida.

CUADRO IV - 1
PORCENTAJE DE POBLACIÓN ATENDIDA CON ACUEDUCTOS POR REGIONES DEL ESTADO
MÉRIDA : 1998

REGIONES	AGUAS DE MÉRIDA	MALARIOLOGÍA	MUNICIPIO	COMUNIDAD	PRIVADO	TOTAL
METROPOLITANA	58.2	5.2	19.7	0.6	0.0	83.7
PANAMERICANA	59.6	9.7	1.9	8.2	2.6	82.1
MOCOTÍES	32.3	5.1	27.7	8.8	0.0	73.8
PARAMO	29.9	1.0	0.0	0.0	0.0	30.9
PBLOS. DEL SUR	0.0	1.5	8.2	0.0	0.0	9.7
ESTADO	50.5	5.9	14.0	3.5	0.7	74.6

Fuente : Hidroandes, publicación 1998 ; Malariología, publicación 1998 ; cálculos propios

Nota : Se agregó la población atendida en los Municipios : Aricagua, Guaraque y P. Noguera

Estos sistemas están administrados por : Aguas de Mérida, Malariología, el Municipio, la Comunidad y empresas Privadas.

Se aprecia que el 74.6% de la población del Estado recibe agua a través de red intradomiciliaria de acueductos. Estos porcentajes son altos (más del 80%) en los municipios de las regiones, Metropolitana y Panamericana ; alrededor del 70% en la Zona del Mocotíes, pero muy bajos, por debajo del 40% en las Regiones del Páramo y de los Pueblos del Sur, incluso en esta última apenas llega a un exiguo 10%. Estas dos últimas regiones son las áreas más desprotegidas y de mayor riesgo a sufrir de enfermedades hídricas.

Desde el punto de vista de la calidad, bacteriológica y físico-química, del agua de consumo humano, se puede señalar a la empresa "Aguas de Mérida", a Malariología y a la empresa privada, como las únicas con capacidad técnica y administrativa para cumplir con los requisitos mínimos exigidos, nacional e internacionalmente, para garantizar la potabilidad del agua. Pero estas empresas en conjunto administran solo el 57.1% del agua que consume la población merideña, llegando este porcentaje al 63.4% en la Zona Metropolitana y al 73 % en la Zona Panamericana. En las Regiones del Mocotíes y del Páramo, solo el 35% de la población consume agua potable,



pero en la Zona de los Pueblos del Sur, esta situación es dramática, porque solo el 1.5% de la población consume agua administrada por Malariología.

El 17.5% de la población recibe agua de los acueductos administrados por el Municipio y por la propia comunidad, que no tienen capacidad técnica para garantizar, en forma permanente, la calidad de agua de consumo humano. A este porcentaje se puede agregar el 25.4% de la población que seguramente consume agua directamente de los ríos y quebradas, por consiguiente el 42.9% de la población no recibe agua potable. Este porcentaje sube al 52.4 en Mocotíes, al 70% en el Páramo y adquiere su máxima expresión, en los Pueblos del Sur con el 98.5% .

Según la información disponible, se cuenta en el estado con 226 acueductos. El mayor volumen, como es lógico, se encuentra en las Regiones, Metropolitana y Panamericana, y el menor en el Páramo y los Pueblos del Sur. De todos los acueductos, 94 son administrados por la propia comunidad, 52 por los Municipios, 50 por malariología, 28 por Aguas de Mérida y solo 2 por empresas privadas. Aguas de Mérida, es la única que administra acueductos mayores.

En la Zona Metropolitana, se destacan las fuentes de suministro de agua provenientes de los ríos Mucujún y Albarregas, y de las quebradas : La Fría, La Cuesta, La Muñoz, Carvajal, La Pedregosa, La Mocoa, La Chorera de Las Gonzalez, Caces, El Chorrerón y naciente Hacienda La Toma.

En la zona Panamericana se pueden señalar como las fuentes más importantes, las provenientes de los ríos, Cacique, Caña Brava, Capaz, Tucaní, Limones. y de las quebradas : Guerrero, El Merideño, Agua Azul, Las Palmás, La Blanca, El Quebradón

En la Zona del Mocotíes las fuentes utilizadas son : las quebradas : El Chorrerón, La Vera, La Llorona, Las Talas, Quebrada Seca, Rincón de los Alvarez, Los Churuseos, El Quino, El Caubinal y Cucuchica.

En la Zona del Páramo, las quebradas : Los Cachos, El Cacho, Mucumbás, Agua Regada y El Molino.

El resto de las poblaciones, particularmente las rurales, consumen agua no tratada ya que la mayoría se abastece por acueductos vecinales o sistemas caseros, provenientes de quebradas y ríos que pasan cerca de los centros poblados.

En general en el funcionamiento del sistema existen algunas insuficiencias en relación a : almacenamiento, redes de edad avanzada y en proceso de deterioro, mayor demanda que oferta, deficiente sectorización, mal uso del agua por parte de la población, tomas clandestinas, uso indebido del agua, y además está presente el riesgo de contaminación, aguas arriba, de los diques, por agroquímicos y otros materiales orgánicos.



En algunas regiones rurales se utiliza agua de consumo humano para el sistema de riego e incluso se da el uso de agua de riego para el consumo de la población, lo que entraña un doble peligro por su falta de tratamiento y por la posibilidad de contener agroquímicos que son potencialmente dañinos para la salud de las personas.

Los principales problemas surgen por la insuficiencia del agua, particularmente en temporadas de verano, aunado a un consumo exagerado, probablemente debido a que en muchos centros poblados el suministro del agua es gratuito. Según mediciones realizadas en algunas áreas el consumo del agua llega a 800 litros diarios por persona, cuando lo establecido es de 250 a 300 litros diarios por persona. Este consumo desmedido restringe la posibilidad de cubrir las necesidades de un número mayor de usuarios, lo que conlleva muchas veces a la ejecución de nuevas obras de inversión muchas veces de considerable costo, cuando el problema puede ser resuelto para periodos significativos, mediante un racional consumo.

Respecto a la eliminación de excretas, los informes oficiales relacionados con el tema, señalan que existe, en la Zona Metropolitana, insuficiencia del sistema de la red de cloacas en algunos sectores, particularmente en los de menos recursos económicos, ya sea por deficiencia en su construcción, saturación de la red por incorporación de aguas de drenaje y descarga directa de las aguas servidas y negras a los ríos Chama y Albarregas e incluso a la cuenca del Mucujún, que es la principal abastecedora de agua potable de la ciudad de Mérida. Por otra parte existe un incremento potencial de la demanda de red de aguas servidas y negras por el proceso de expansión poblacional.

En la región Panamericana el problema es aun más grave, particularmente en la ciudad de El Vigía, por presentarse una gran contaminación del Caño Bubuquí, que atraviesa toda la ciudad, con centros poblados construidos en áreas prohibidas en ambas márgenes del caño, que a su vez es el principal sistema de drenaje de aguas servidas y negras, además de presentar dificultades en el drenaje de la red de cloacas por deficiente declive y poca corriente de agua. En el resto de la región Panamericana los problemas son mucho más graves aun, incluso la descarga, de aguas servidas y negras, es directa a potreros, caños, quebradas y ríos ubicados cerca de centros poblados que a su vez son fuentes de abastecimiento de agua de consumo. A esta situación se agrega la dificultad en la construcción de redes de cloacas por la población dispersa, razón por la cual se utilizan sistemas alternos como pozos sépticos, letrinas o descarga a "cielo abierto".

En las Regiones del Mocoíes y del Páramo, la situación es muy similar a la señalada, la descarga es directa al río Mocoíes y al río Chama respectivamente, observándose, además, un incremento importante de la demanda por ser regiones de gran actividad turística.



El problema es aun más dramático, en la Zona de los Pueblos del Sur, por ser eminentemente rural, donde, solamente existen pequeñas redes de cloacas mal administradas, que sirven a los principales centros poblados, representados por las capitales de los Municipios y Parroquias, el resto no tiene sistema de eliminación de excretas y aguas servidas, por consiguiente se realiza a "cielo abierto".

En resumen, a nivel del Estado, el porcentaje de la población servida con sistema regular o bueno, de eliminación de excretas se estima en 40%, y este servicio solo se encuentra en las ciudades de, Mérida, Ejido, El Vigía, Tovar, Mucuchíes y Lagunillas. El mayor porcentaje de la población (60%) tiene un deficiente servicio de eliminación de excretas, incluso en algunos centros poblados se realiza directamente en la superficie de la tierra o en letrinas de dudosa calidad.

Así mismo se aprecian problemas importantes a considerar como la deficiente construcción de las redes, falta de mantenimiento, roturas, filtraciones, saturación, incorporación de aguas de drenaje, descarga directa de las aguas servidas a los ríos y quebradas y consumo y utilización de estas por las poblaciones que viven en sus márgenes.

LA DISPOSICIÓN DE BASURAS Y DESECHOS SÓLIDOS EN EL ESTADO:

A través de la historia de la salud pública, y de los trabajos científicos, se puede observar la relación que existe entre basuras y enfermedades (epidemias). Al analizar con sentido epidemiológico las numerosas epidemias que se han presentado y las causas que las desencadenaron, se puede apreciar que las basuras jugaron un papel importante en la propagación de las enfermedades.

La recolección y disposición de desechos sólidos orgánicos e inorgánicos en las principales ciudades de las cinco Regiones, se realiza por el sistema de aseo domiciliario y eliminación en rellenos sanitarios inadecuados y mal manejados, que generalmente se encuentran cerca de centros poblados y es fuente de trabajo de muchas personas, como el ubicado en el sector el Balcón del municipio Lagunillas, con una vida útil de cinco años, que se venció en el momento actual. En el resto de las poblaciones existen "botaderos de basura" a cielo abierto, eliminación directa a quebradas y ríos o tratamiento domiciliario a barrancos o incineración, convirtiéndose en focos de contaminación con los consiguientes riesgos potenciales a la salud pública, degradación de los suelos y contaminación de aguas.

La ciudad de Mérida, en el momento actual, presenta una situación epidemiológica especial, debido a dos factores de riesgo importantes; por un lado el crecimiento poblacional acelerado y por otro el movimiento poblacional intenso como efecto de su condición estudiantil y del turismo, principalmente en temporadas altas como son las fiestas de carnaval (Feria



del Sol), Semana Santa y fiestas decembrinas. Por esta razón, la recolección y eliminación de las basuras domésticas, desechos sólidos, residuos comerciales e industriales, se está convirtiendo en un problema muy complejo e incontrolable, que puede tener graves consecuencias para la salud de los merideños y de los que nos visitan, si no se toman las medidas para su disposición final adecuada.

En la ciudad de Mérida, la acumulación de la basura en las calles puede favorecer la circulación de algunos agentes patógenos que actualmente están presentes entre nosotros como el virus del dengue, el virus de la hepatitis "A", las bacterias causantes de intoxicaciones alimentarias, las amibas, microorganismos causantes de diarreas, los parásitos intestinales y los hongos. Otros agentes se encuentran en territorios vecinos como el vibrio cólera, la leptospira, el bacilo de la fiebre tifoidea y otras salmonelas y el virus de la rabia. Un tercer grupo puede emerger en cualquier momento, entre estas tenemos al bacilo del botulismo, el bacilo de la peste bubónica y el virus hanta.

En general, en el sistema de eliminación de desechos sólidos existen grandes problemas que inciden en la salud de los habitantes y en el deterioro del ambiente, por no existir planes y programas para asegurar el funcionamiento de las unidades de recolección, cumplimiento de la frecuencia de recolección y una adecuada operación del sitio de disposición final. El problema se agrava aun más en las ciudades de Mérida y El Vigía, por el crecimiento demográfico y el acelerado desarrollo industrial que genera la eliminación de una variada gama de desechos sólidos, desde textiles, vidrios, metales, cauchos, maderas, hasta desechos orgánicos de viviendas y de hospitales o centros de atención médica.

No se conoce con exactitud la situación real del problema de la eliminación de desechos sólidos y su vinculación con los daños a la salud.

En la región Metropolitana, se estima una producción de 100.000 toneladas de desechos sólidos y orgánicos anualmente y solo el 85% se recolecta y elimina. En El Vigía se produce alrededor de 60.000 toneladas de desechos sólidos y solo el 75% se elimina en un vertedero a cielo abierto. En la región del Mocotíes se recoge alrededor de 25.000 toneladas y el 80% se elimina en condiciones más o menos adecuadas. En la región del Páramo se recolecta aproximadamente 15.000 toneladas y en los Pueblos del Sur no se dispone de información.

En conclusión, la recolección de residuos sólidos constituye un problema de gran magnitud en el Estado, e incide de un modo negativo en la salud de las personas y en el deterioro del ambiente, se señala como causas del problema, la inexistencia de planes y programas sólidos para efectuar un servicio de buena calidad, con una disposición final que garantice la salud de los habitantes y, la falta de una educación apropiada por parte de la ciudadanía en el manejo de desechos sólidos.



Las Condiciones de vida en el Estado: La Situación de Salud de la población del estado Mérida es heterogénea, por ser el producto de la interacción de un complejo conjunto de factores determinantes y condicionantes, entre los que se puede destacar, las condiciones de vida de sus habitantes. Estas, actúan con una intensidad diferente en los diversos grupos que conforman la sociedad merideña y están íntimamente relacionados con los diferentes grados de desarrollo existentes. Las investigaciones que se han realizado al respecto, en términos generales, han concluido que las poblaciones tienden a agruparse compartiendo características ambientales relativamente similares, de carácter cultural, socioeconómico, físico y biológico, que inciden en la salud de las personas.

Juzgar esta situación con los indicadores que se utilizan para medir condiciones de vida de las poblaciones no es tarea fácil, por lo que se intenta describir este aspecto a través del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y se deja establecido algunas bases importantes para explicar las diferencias epidemiológicas existentes en las diferente regiones de desarrollo del estado .

En el cuadro (IV-1) se presentan las estimaciones producidas por la Encuesta Socioeconómica levantada por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la ULA, en el mes de Febrero pasado. Allí se aprecia que la región del Mococties, presenta el porcentaje mas bajo (38.3%) de hogares de la población en situación fuera de la pobreza, es decir, que el 38,3 % de los hogares no tiene NBI, por consiguiente sería la que presente las mejores condiciones de vida. En orden ascendente siguen, la región Metropolitana (40.1%), la región del Páramo (49.6%), la región Panamericana (55.8%), y la región de los Pueblos del Sur (65.4%). Esta última es la que presenta las peores condiciones de vida, de acuerdo con este indicador.

En el cuadro siguiente (IV-2), se observa que la evolución de las condiciones de vida en el estado y sus regiones ha experimentado comportamientos variados durante la presente década (1990-1999). En efecto,

CUADRO IV - 2
NIVELES DE POBREZA EN HOGARES DEL ESTADO MERIDA SEGÚN NECESIDADES BASICAS
INSATISFECHAS % RESPECTO DEL TOTAL, FEBRERO 1999.

REGIONES	NIVELES DE POBREZA SEGÚN NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS		
	HOGARES EN EXTREMA POBREZA	HOGARES EN POBREZA	HOGARES FUERA DE LA POBREZA
Panamericana	26,3	35,5	38,3
Mococties	9,5	32,2	58,4
Metropolitana	8,5	31,0	60,5
Páramo	22,7	37,8	39,5



Pueblos del Sur	23,3	39,1	37,6
Estado Mérida	14,8	33,1	52,1

Fuente: Encuesta Socioeconómica. Estado Mérida. Feb. 1999, IIES – Convenio ULA – PDVSA. Cálculos propios.

En el cuadro siguiente (IV-3), se observa que la evolución de las condiciones de vida en el estado y sus regiones ha experimentado comportamientos variados durante la presente década (1990-1999). En efecto, la situación en términos globales, es decir en todo el estado, ha habido un balance positivo, ya que las condiciones de vida han mejorado, aunque moderadamente. Esto se desprende del hecho de que actualmente ha disminuido en un 5,7% el número de hogares que tenían necesidades básicas insatisfechas en 1990 en el estado. Sin embargo este comportamiento no es homogéneo en todas las regiones. Se aprecia que, en términos relativos, la situación más desmejorada es la región del Páramo, pues actualmente se presenta un 22 % más, de hogares con NBI, que en 1990. Así también se observan situaciones de desmejoramiento de las condiciones de vida en las regiones Panamericana y Mocoíes, (10,7% y 8,8%). La región Metropolitana ha mejorado sus condiciones de vida en un 3,7%, como también así se refleja para la región de los Pueblos del Sur. Estos resultados indican la necesidad de profundizar en el estudio de las causas explicativas de la situación de las condiciones de vida en el estado.

CUADRO IV.- 3
HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI) POR REGIONES
(VARIACION ENTRE 1990 Y 1999 (% RESPECTO DEL TOTAL))

REGIONES	HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS		
	1990 (*)	1999(**)	SITUACION
Panamericana	55,8	61,8	AUMENTÓ 10,7 %
Mocoíes	38,3	41,7	AUMENTO 8,8 %
Metropolitana	41,0	39,5	DISMINUYO 3,7 %
Páramo	49,6	60,5	AUMENTÓ 22 %
Pueblos del Sur	65,4	62,4	DISMINUYO 4,4 %
Estado Mérida	50,8	47,9	DISMINUYO 5,7 %

fuentes: (*) CENSO 1990, OCEI, Publicación Proyecto Salud, Mérida 1996

(**) Encuesta Socioeconómica. Estado Mérida. Feb. 1999, IIES – Convenio ULA – PDVSA. Cálculos propios.



La información que se acaba de analizar, desagregada hasta nivel de municipio, es muy útil para construir una visión más clara de la heterogeneidad epidemiológica asociadas con las diferentes condiciones de vida.

NATALIDAD Y FECUNDIDAD

La natalidad es un fenómeno importante que se refiere al efecto de los nacimientos sobre los cambios del tamaño, composición y distribución de la población, al afectar su velocidad de crecimiento y mostrar diferentes patrones según el grado de desarrollo integral del área al cual corresponde. Sin embargo es necesario analizar sus principales características desde la perspectiva epidemiológica dentro el contexto de la Salud Pública, específicamente, de los efectos de este fenómeno sobre la salud y la demanda de atención que ocasiona, por parte de la población de madres y niños. Se estima que el descenso de la fecundidad, al disminuir el número promedio de hijos por mujer y al termino de un período reproductivo, repercute en el ritmo de la demanda en los servicios de atención médica.

En América Latina se está observando una tendencia al descenso de la fecundidad y es uno de los acontecimientos sociodemográficos más significativos de los últimos años, tanto por sus implicaciones a corto y mediano plazo como por los cambios irreversibles que se producen en la estructura por edades de las poblaciones de la región.

En las Regiones del estado Mérida, la población del área materno-infantil, adquiere una dimensión especial por constituir un volumen importante. El grupo de menores de 20 años, representa el 46.7% de la población y el de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) el 24.8%, entre ambos llegan a constituir el 72.4% de la población del estado. La población joven es, particularmente, vulnerables a los riesgos propios de la reproducción, de las enfermedades infecciosas, de los hechos violentos, y además, es el grupo que esta siendo más afectado por la crisis social y económica que atraviesa todo el País, en especial los que viven en áreas más postergadas y de esta situación no se escapa la población del estado.

En el siguiente cuadro se puede encontrar información relacionada con la natalidad y fecundidad, expresadas en tasas, de algunos países de América Latina y Canadá (se incluye al estado Mérida con fines comparativos).

La natalidad en Venezuela y en el estado Mérida es alta. Sus tasas, se encuentran en el mismo nivel (alrededor de 24.5 por 1000 habitantes), y son las más altas del grupo de países seleccionados ; no difieren mucho de las tasas de México, Costa Rica y Colombia, pero son francamente superiores a las tasas de Chile, Cuba y Canadá.

La situación es aun más notoria, al comparar las tasas globales de fecundidad, que expresan el número promedio de hijos vivos que tendría, hipotéticamente,



una mujer en su vida reproductiva. La fecundidad de Venezuela (con 3.0 hijos por mujer) casi se encuentra en el mismo nivel que Costa Rica, México y Colombia, pero es francamente superior a la fecundidad de Cuba y Canadá.

La tasa de fecundidad del estado Mérida supera a todas las tasas del grupo seleccionado, llegando a ser de 3.3 hijos por mujer. La situación señalada para el estado Mérida, además de requerir un estudio más profundo, debe ser motivo de preocupación por parte de las autoridades sanitarias que deben tener en consideración, en sus Políticas de Salud, la expansión y fortalecimiento de la atención materno-infantil, porque esta situación implica el aumento en el número absoluto de nacimientos anuales por muchos años más y los estudios que se han realizado al respecto señalan que la natalidad y fecundidad esta asociada con menor grado desarrollo socioeconómico, particularmente, en aquellas regiones donde todavía predominan estructuras sociales y económicas tradicionales, con menor educación de los padres, ocupación agrícola predominante, mayor número de hijos, menor atención prenatal y profesional del parto, por consiguiente mayor pobreza.



CUADRO IV - 4
INDICADORES DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD DE ALGUNOS PAISES Y ESTADO
MÉRIDA (ULTIMA INFORMACIÓN DISPONIBLE EN EL QUINQUENIO 94-98)

Países y Estado Mérida	Natalidad (por 1.000 hab.)	Fecundidad global (por mujer)
Venezuela	24.7	3.0
Estado Mérida	24.2	3.3
México	24.4	2.7
Costa Rica	23.8	2.9
Colombia	23.2	2.7
Chile	19.7	2.4
Cuba	13.0	1.6
Canadá	11.9	1.6

Fuente : Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos OPS/OMS - 1998 y Epidemiología de CORPOSALUD

La natalidad del Estado Mérida es alta, (24.0 por 1000 habitantes en 1998), esta situación se aprecia en el siguiente cuadro, a pesar de ser el producto de un descenso regular, lento y progresivo de la natalidad desde 1990 (30.0 por 1000 habitantes), lo que significa que en los últimos nueve años descendió la tasa en un 20.3%. En cifras absolutas en 1990 los nacimientos fueron de 18.344 y en 1998 de 17.228 nacimientos vivos.

La natalidad en la Regiones del Estado, presenta marcadas diferencias. Es baja (20.1 por 1000) en la Zona Metropolitana, ligeramente mayor (22.1) en la Zona del Mocoitís, más alta (26.4) en la Zona de Los Pueblos del Sur y francamente alta en las Regiones, del Páramo (28.2) y Panamericana (30.5 por 1000 habitantes). Esta situación esta asociada con las diferentes condiciones de vida existentes en las Regiones .

En todas las Regiones se aprecia el descenso de la natalidad, pero a un ritmo diferente. La Zona Metropolitana presenta el mayor porcentaje de descenso en los últimos nueve años (22.4%), en las Regiones del Mocoitís y el Páramo el descenso fue ligeramente inferior (cerca al 20%), pero en la Panamericana y particularmente en Los Pueblos del Sur, los porcentajes de descenso son los más bajos (16% y 15% respectivamente). El resultado de este análisis refuerza las consideraciones que se hicieron anteriormente, en relación a su asociación con las diferentes condiciones de vida de las Regiones del Estado.

Estudios realizados al respecto refieren una fecundidad baja, en áreas más urbanizadas y que presentan un mayor nivel de desarrollo, donde, además, la cobertura de atención de salud es relativamente amplia, sin embargo es importante identificar los grupos postergados que siempre existen en estas áreas para prestarles una mayor atención. En las Regiones que presentan



fecundidad alta, se debe expandir aun más la atención materno infantil, garantizando una total cobertura de calidad de la atención prenatal y del parto, considerando que en estas áreas, particularmente en la rurales, no es fácil conseguir profesionales de la salud que residan, para prestar una atención permanente.

CUADRO IV - 5
NATALIDAD GENERAL EN REGIONES DE DESARROLLO ESTADO MÉRIDA : 1990-1998
(TASAS POR 1.000 HAB.)

AÑOS	ESTADO MÉRIDA	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTIES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR
1990	30.0	25.9	36.3	27.4	35.1	30.9
1991	29.8	24.6	37.5	28.9	34.2	30.2
1992	29.4	24.2	36.8	28.6	33.8	30.1
1993	28.6	22.6	39.1	26.2	32.2	28.5
1994	29.0	22.3	40.5	27.4	31.7	28.5
1995	27.3	21.1	36.9	25.6	31.1	29.5
1996	25.5	21.0	32.8	23.8	29.7	28.1
1997	24.2	20.4	30.6	22.5	28.7	26.6
1998 (*)	23.9	20.1	30.5	22.1	28.2	26.4
%Descenso 90-98	20.3	22.4	16.0	19.3	19.7	14.6

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1990 - 98.

(*) Tasa estimada por no disponerse la información de todo el año

En el siguiente cuadro se presentan las tasas de natalidad y fecundidad del Estado, desagregadas por Regiones y se corrobora lo señalado anteriormente de que la natalidad del estado es alta y esta influenciada particularmente por la natalidad en las Regiones Panamericana (30.6 por 1000), Páramo (28.7) y Pueblos del Sur (26.6). Por el contrario en la Regiones, Metropolitana (20.4) y Mocoitíes (22.5), la natalidad si bien es baja en el Estado, es alta en relación a otros países de la región que presentan tasas por debajo de 20.0 por 1.000 habitantes.

En el cuadro, también se observan las tasas de fecundidad global por mujer y se aprecia que el estado tiene una tasa de 3.3 hijos por mujer, considerada como alta. Esta tasa es ampliamente superada por las tasas de las Regiones Panamericana (4.2), Páramo (3.9) y Pueblos del Sur (3.7 hijos por mujer). Llama la atención las tasas de fecundidad global altas en las Regiones Metropolitana y Mocoitíes (3.0), contrastando con las tasas crudas de natalidad.



Probablemente las altas tasas de fecundidad global por mujer, estén fuertemente influenciadas por la edad precoz del inicio de la reproducción. Este aspecto se analizará más adelante.

Como se ha visto, la fecundidad no tuvo la misma intensidad en las diferentes Regiones, pero también se debe recordar, según estudios realizados, que los sectores más pobres, más desprotegidos, con menor educación y más marginados desde el punto de vista de la atención de salud, son los que presentan los niveles más elevados de fecundidad.

CUADRO IV - 6
INDICADORES DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD POR REGIONES DEL ESTADO
MÉRIDA, 1997

REGIONES	Natalidad por 1000	Fecundidad global por mujer
METROPOLITANA	20.4	2.9
PANAMERICANA	30.6	4.2
MOCOTIES	22.5	3.1
PÁRAMO	28.7	3.9
PUEBLOS DEL SUR	26.6	3.7
ESTADO MÉRIDA	24.2	3.3

FUENTE : CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1997 y cálculos propios.

NATALIDAD POR EDAD DE LA MADRE

La edad de la mujer se constituye en otro factor de riesgo muy importante para la salud reproductiva, particularmente cuando estas son muy jóvenes (menores de 20) o cuando sobrepasan los 40.

En los dos siguientes cuadros se presenta para su análisis, tanto las tasas específicas de fecundidad como los porcentajes de nacimiento, por grupo de edad de la madre, correspondientes a las Regiones del Estado, las primeras referidas al año 1997 y las segundas a los últimos cuatro años (1995-1998).

Se parte del principio de que la fecundidad en el Estado y en las Regiones es alta, pero, la intensidad del riesgo no es igual, ni en las Regiones, ni en los grupos de edad. Se observa claramente, que en el Estado, la mayor fecundidad se presenta en el grupo de 20 a 29 años (146.2 por 1000 mujeres del mismo grupo), impulsada por las altas tasas de las Regiones Panamericana, Páramo y Pueblos del Sur, sigue en importancia descendente la fecundidad de los grupos de 15 a 19 (101.8) y el de 30 a 44 años (89.6), siendo los principales responsables las mismas Regiones señaladas. Las tasas más bajas están asociadas con los extremos de la vida reproductiva, por el extremo inferior, el grupo de 10 a 14 años (2.6 por 1000), con la tasa más alta en la Panamericana



(4.9) y del Páramo (2.9), y por el otro extremo, el grupo de 45 a 49 (3.5 por 1000), con las tasas más altas en los Pueblos del Sur (6.9 y Mocotíes (5.7).

La situación descrita, también se observa en todas las Regiones , excepto en la Metropolitana donde la tasa del grupo de 30 a 44 años(80.8) es más alta que la del grupo de 15 a 19 (74.1) y las tasas en los grupos extremos (10-14 y 45-49) son las más bajas del Estado. Esta característica es propia de las áreas desarrolladas y de mejores condiciones de vida, porque la mujer por incorporarse al mercado de trabajo posterga la edad de su reproducción.

Llama la atención que las tasas del grupo de 45 a 49 son francamente superiores a las de 10 a 14, en Los Pueblos del Sur, en El Páramo, en Mocotíes y en la Metropolitana, por el contrario la tasa de 10-14 es más alta que la de 45-49 en la Panamericana.

CUADRO IV - 7
TASAS DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA POR GRUPO DE EDAD DE LA MADRE EN LAS REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA, 1997(POR 1000 MUJERES DEL GRUPO RESPECTIVO)

REGIONES	GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRES				
	10-14a.	15-19a.	20-29a.	30-44a.	45-49 a.
METROPOLITANA	1.5	74.1	126.9	80.8	2.1
PANAMERICANA	4.9	139.2	183.0	105.7	4.3
MOCOTIES	2.5	107.3	128.8	81.5	5.7
PÁRAMO	2.9	142.8	168.5	95.1	4.7
PUEBLOS DEL SUR	2.8	121.5	154.0	98.7	6.9
ESTADO MÉRIDA	2.6	101.8	146.2	89.6	3.5

FUENTE : CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1997 y cálculos propios.

En los siguientes tres cuadros se presentan los porcentajes de nacimientos por grupo de edad de la madre (10-19 ; 20-44 y 45-49) a través de un periodo de cuatro años (1995-1998) para apreciar la tendencia de cada grupo.

El primer cuadro contiene información del grupo de 10 a 19 años, por Regiones . En el se observa claramente que el porcentaje de nacimientos en mujeres de este grupo es bastante alto, entre 22 y 26%, en las Regiones Páramo(25.9%), Panamericana (25.7%), Pueblos del Sur (25.6%) y Mocotíes (24.2%), por el contrario en la Zona Metropolitana es baja de 19%. Como parámetro de comparación se puede señalar que en Venezuela es de 18.6% y en Argentina, Chile, Uruguay, Colombia, Costa Rica y México, oscilan entre 11 y 15%.

El porcentaje del Estado aumentó entre 1995 y 1996 (de 20.3%a 22.6) y se mantuvo en este nivel hasta 1998. Comportamiento similar se observa en las Regiones, Metropolitana y Panamericana. Con tendencia al aumento en el Páramo y los Pueblos del Sur y al descenso en la Zona del Mocotíes.



Las investigaciones señalan, a las madres jóvenes por debajo de los 17 años, como el grupo de riesgo donde se presentan más casos de hipertensión, anemias por deficiencias de hierro, problemas de desproporción cefalopélvica, mayor proporción de nacimientos prematuros y de bajo peso, incremento de la morbilidad y mortalidad infantil, aumento del riesgo de mortalidad materna, aumento de los embarazos no deseados y mayor incidencia de los abortos. El embarazo en adolescentes tiene grandes y graves repercusiones sociales por su impacto negativo en la educación de las madres e interrupción del desarrollo adecuado de la mujer y no permitir mejorar sus condiciones de trabajo, constituir hogares con jefatura femenina, aumentar la pobreza en sus hogares de origen. En los sectores más pobres el impacto es mucho más dramático.

CUADRO IV - 8
PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN MADRES DE 10 A 19 AÑOS POR REGIONES DEL ESTADO
MÉRIDA, 1995 A 1998

REGIONES	1995	1996	1997	1998
METROPOLITANA	18.7	19.6	19.1	19.0
PANAMERICANA	22.6	25.0	24.4	25.7
MOCOTIES	19.9	26.1	25.2	24.2
PÁRAMO	21.5	25.6	26.2	25.9
PUEBLOS DEL SUR	17.9	20.0	24.1	25.6
ESTADO MÉRIDA	20.3	22.6	22.3	22.5

FUENTE : CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1990 - 98.

En el siguiente cuadro se presentan los porcentajes de nacimientos en madres de 20 a 44 años (grupo si se quiere óptimo para el embarazo) por Regiones, de 1995 a 1998. En el Estado se aprecia que el porcentaje descendió de 79.5 en 1995 a 77.1 en 1996 y se mantuvo en este nivel hasta 1998. Este mismo comportamiento se aprecia en las Regiones, Metropolitana, Panamericana y Páramo, no así en Mocotíes por presentar tendencia al ascenso y en los Pueblos del Sur, por el contrario tendencia al descenso.

Los porcentajes de nacimientos, en este grupo de edad, oscilan entre 73 y 81%, siendo los más altos los correspondientes a las Regiones Metropolitana y Pueblos del Sur.

CUADRO IV - 9
PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN MADRES DE 20 A 44 AÑOS POR REGIONES DEL
ESTADO MÉRIDA 1995 A 1998

REGIONES	1995	1996	1997	1998
METROPOLITANA	81.2	80.2	80.6	80.9



PANAMERICANA	77.3	74.7	75.3	74.1
MOCOTIES	79.9	73.7	74.2	75.8
PÁRAMO	77.9	74.4	73.4	74.0
PUEBLOS DEL SUR	81.5	79.2	75.3	73.8
ESTADO MÉRIDA	79.5	77.1	77.4	77.3

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1995 - 98.

En el siguiente cuadro se presentan los porcentajes de nacimientos en madres de 45 a 49 años por Regiones . Se aprecia que estos porcentajes son bastante bajos en el Estado (0.2%). Los porcentajes más altos, en 1998, se presentó en los Pueblos del Sur (0.7%), Panamericana (0.2%) y Páramo (0.1%), en la Metropolitana y en Mocotíes no se registraron nacimientos en este grupo de edad. De un modo general se aprecia una tendencia estacionaria en el período estudiado.

Los embarazos en este grupo de edad también se consideran de alto riesgo, más aun cuando los embarazos son numerosos y menos espaciados y no se consigue atención médica adecuada a las exigencias y accesible.



CUADRO IV - 10

PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN MADRES DE 45 A 49 AÑOS POR REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA 1995 A 1998

REGIONES	1995	1996	1997	1998
METROPOLITANA	0.2	0.1	0.2	0.0
PANAMERICANA	0.1	0.4	0.3	0.2
MOCOTÍES	0.3	0.2	0.6	0.0
PÁRAMO	0.6	0.0	0.4	0.1
PUEBLOS DEL SUR	0.6	0.8	0.6	0.7
ESTADO MÉRIDA	0.2	0.2	0.3	0.1

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1995 - 98.

NATALIDAD SEGÚN SEXO DEL RECIÉN NACIDO

Otro aspecto importante a ser analizado en el fenómeno natalidad es el relacionado con el sexo al nacer. En el siguiente cuadro se presentan los Índices de masculinidad en las Regiones del Estado, de 1995 a 1998. En el se ve claramente que los nacimientos del sexo masculino sobrepasan a los del sexo femenino, a nivel del Estado, con una relación aproximada de 104 varones por cada 100 hembras. El índice de masculinidad en la Zona Metropolitana es muy similar a la del Estado, pero es más alta en Mocotíes y en la Panamericana ya que los índices llegan a 110 y 112. Por el contrario en los Pueblos del Sur y en el Páramo, los índices de masculinidad son inferiores al resto de las Regiones, incluso, en estas Regiones, se aprecia un predominio del sexo femenino sobre el masculino ya que se observan índices de 90 a 95 varones por cada 100 hembras.

Analizando la tendencia en los últimos cinco años, se pudiera señalar que a pesar de las variaciones interanuales observadas, se mantuvo una tendencia estacionaria en las Regiones Metropolitana, Mocotíes y Páramo, pero en la Zona Panamericana se aprecia una ligera tendencia al ascenso y por el contrario, en los Pueblos del Sur la tendencia es al descenso. Estos aspectos deberían investigarse con más profundidad, desde el punto de vista demográfico, por que a través del tiempo afectará la estructura por edad y sexo de la población y de la capacidad reproductiva de la población.



CUADRO IV - 11
INDICE DE MÁSCULINIDAD AL NACIMIENTO POR REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA, 1995 A 1998

REGIONES	1995	1996	1997	1998
METROPOLITANA	104.9	101.3	105.3	101.6
PANAMERICANA	105.3	105.4	111.3	110.0
MOCOTÍES	112.8	110.0	109.7	112.6
PÁRAMO	93.8	97.8	115.7	95.0
PUEBLOS DEL SUR	100.0	105.6	98.0	90.4
ESTADO MÉRIDA	104.9	103.6	108.1	104.3

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1995 - 98.

NATALIDAD SEGÚN ASISTENCIA MÉDICA

La asistencia médica del recién nacido en el momento del parto es un aspecto de gran importancia que amerita ser analizado. En este sentido se resume en el siguiente cuadro la información correspondiente a las Regiones desde 1995 a 1998. En el cuadro se aprecia que el porcentaje más alto a nivel del Estado correspondió a 1998 con el 95.9% de nacimientos atendidos por profesional médico, lo cual es muy positivo. Estos porcentajes son más altos, incluso llegan al 99%, en las Regiones, Mocotíes, Páramo y Metropolitana, pero en la Zona Panamericana es bajo (94.4%) y más bajo aún la Zona de los Pueblos del Sur ya que llega apenas al 70.3% en 1998. Analizando esta característica a través del tiempo, se aprecia en general, una tendencia mínima al ascenso en todas las Regiones, pero es preocupante la falta de atención médica, de por lo menos el 30% , en la Zona de los Pueblos del Sur.

CUADRO IV - 12
PORCENTAJE DE NACIMIENTOS CON ASISTENCIA MÉDICA
POR REGIONES DE DESARROLLO DEL ESTADO MÉRIDA, 1995 A 1998

REGIONES	1995	1996	1997	1998
METROPOLITANA	92.9	97.6	97.4	97.8
PANAMERICANA	96.0	92.0	93.2	94.4
MOCOTÍES	97.9	98.5	99.0	99.4
PÁRAMO	97.6	97.2	97.6	98.8
PUEBLOS DEL SUR	60.3	66.4	80.5	70.3
ESTADO MÉRIDA	94.1	94.4	95.4	95.9

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1995 - 98.



PESO DEL RECIÉN NACIDO

Finalmente, otra característica importante es el peso del recién nacido. A continuación se presenta el cuadro con los porcentajes de nacimientos con peso inferior a 2500 gramos (se considera 2.500 y más gramos el peso normal del recién nacido, valor asociado a un buen estado nutricional de la madre).

En el cuadro se aprecia que a nivel del Estado el 9.6% de los nacimientos presentaron peso menor a 2500 gramos en 1998. Llama la atención que este porcentaje a venido incrementándose de una manera progresiva desde 5.8% en 1995. En todas las Regiones se observa este comportamiento aunque con diferente intensidad.

Llama la atención los porcentajes altos (por encima del promedio del Estado), en todos los años en el Páramo, en tres de cuatro en la Zona Metropolitana y en los dos últimos años en los Pueblos del Sur. En esta Zona, el incremento fue de 3.1% en 1995 a 10.1% en 1998, es decir tres veces más. Los porcentajes de la Panamericana y Mocotíes, si bien son más bajos que el promedio del Estado, no han dejado de incrementarse en los últimos cuatro años.

El incremento del porcentaje de nacimientos con peso menor a 2500 gramos, debe ser motivo de preocupación, por estar asociada, de un modo indirecto con las condiciones nutricionales de la madre y en general con las condiciones de vida de la población. Más adelante, en el capítulo del estado de nutrición se tocará nuevamente este aspecto.

Por lo señalado se puede concluir que la crisis social en general y de salud en particular son los responsables del incremento de los nacimientos con menos de 2500 gramos ya que se viene presentando en los últimos años, sin embargo se debe descartar el embarazo en las adolescentes.

CUADRO IV - 13
PORCENTAJE DE NACIMIENTOS CON PESO MENOR A 2500 GRAMOS POR ESTADO MÉRIDA,
1995 A 1998

REGIONES	1995	1996	1997	1998
METROPOLITANA	8.4	5.6	9.6	11.1
PANAMERICANA	5.1	4.7	6.9	7.6
MOCOTÍES	4.4	6.5	7.4	6.2
PÁRAMO	8.6	12.4	10.3	10.1
PUEBLOS DEL SUR	3.1	5.0	8.9	10.1
ESTADO MÉRIDA	5.8	5.9	8.5	9.6

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1995 - 98.



LA MORTALIDAD

La mortalidad es otro fenómeno demográfico importante que repercute en sentido contrario a la natalidad. Contribuye a generar cambios importantes en el tamaño y composición de la población y esta íntimamente relacionada con su desarrollo integral. El análisis de la mortalidad es también de gran utilidad en la Salud Pública, de hecho es uno de los datos fundamentales en el Análisis de la Situación de Salud, en la Vigilancia Epidemiológica, en la Investigación Social y en la evaluación del control de un gran número de enfermedades y daños. Es un instrumento importante de seguimiento de la atención de salud, tanto de la cobertura, calidad y capacidad de resolución de los servicios, como del impacto de las acciones de salud en la comunidad.

A pesar de contarse en la actualidad con un volumen importante y diverso de información en salud, utilizada para realizar un análisis más amplio de la situación de salud, de las condiciones de vida y sus tendencias, las estadísticas de mortalidad siguen siendo indispensables. Entre otras razones, merece destacarse el hecho de que la cobertura de la información de mortalidad tiende a ser universal y la calidad del dato se ha ido incrementando paulatinamente, tal como ha sucedido en el estado Mérida.

Este análisis permitirá orientar las acciones para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Se aspira a que estas acciones estén fundamentadas sobre Políticas Sociales coherentes y que reflejen la realidad local y regional de la situación de salud de la población del Estado, que determine las inversiones prioritarias, la organización de los servicios y la ejecución de programas de promoción, prevención y restauración de la salud, que logren impacto positivo en la población. Conociéndose cuándo, dónde, cómo y de que mueren los individuos, es posible deducir, en forma bastante aproximada, cuánto y cómo viven los mismos y, a partir de ahí, cual es su situación de salud. Reducir la mortalidad precoz y evitable, quizá es uno de los principales objetivos.

MORTALIDAD GENERAL

En el siguiente cuadro se presentan las tasas de mortalidad general (ajustadas) de algunos países y del estado Mérida. En el se aprecia que la tasa de Colombia (7.6 por 1000 habitantes), es ligeramente más alta que la de México y Venezuela (7.0 por 1000). La del estado Mérida (6.1 por 1000 habitantes) es inferior a la de Venezuela y a la de los otros países señalados anteriormente, pero además, es ligeramente inferior a la de Chile y Cuba, pero más alta que la de Costa Rica y Canadá.

Las diferencias en las tasas, es posible que se expliquen fundamentalmente por las variadas condiciones de vida existentes en Estado y en los países de comparación. Tomando como punto de referencia las tasas bajas de algunos países, como Costa Rica, que presenta algunas características similares a las de Venezuela, se pueden identificar mejor los determinantes de la diferencia y



de este modo, en el futuro, implementar acciones para mejorar la situación de salud de Venezuela en general y del estado Mérida en particular.

CUADRO IV - 14
MORTALIDAD GENERAL DE ALGUNOS PAISES Y ESTADO MÉRIDA(ULTIMA INFORMACIÓN EN EL QUINQUENIO 94-98)

Países y Estado Mérida	Tasas ajustadas por 1.000 habitantes
Colombia	7.6
México	7.0
Venezuela	7.0
Mérida	6.1
Costa Rica	5.4
Chile	6.3
Cuba	6.3
Canadá	4.9

Fuente : Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos OPS/OMS - 1998 y Epidemiología Regional, 1998

La mortalidad general del Estado Mérida y de las Regiones , juzgada por las tasas crudas, permite apreciar que el riesgo de morir en las diferentes Regiones varía muy poco. Tomando como punto de referencia la tasa de mortalidad del Estado (4.8 por 1000 habitantes), de 1998, se aprecia que el riesgo de morir es ligeramente superior en las Regiones Mocoítes (5.6), Pueblos del Sur (5.4), Páramo (5.3) y Panamericana (5.0 por 1000); el riesgo es menor en la Zona Metropolitana (4.4 por 1000 habitantes). La tendencia en los últimos cinco años varió muy poco en casi todas las Regiones, no así en el Páramo, donde se aprecia un descenso significativo de la mortalidad (de 6.6 en 1994 a 5.3 en 1998).

En el siguiente cuadro (IV-15), se aprecia el comportamiento de la mortalidad general en las diferentes regiones del estado Mérida.



CUADRO IV - 15
MORTALIDAD GENERAL EN REGIONES ESTADO MÉRIDA : 1994-1998(TASAS POR 1.000 HAB.)

AÑOS	ESTADO	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR
1994	5.1	4.5	5.1	5.8	6.6	5.7
1995	4.9	4.3	5.1	4.9	6.4	6.2
1996	5.0	4.5	5.4	5.3	5.7	5.4
1997	4.9	4.5	5.0	5.6	5.5	4.5
1998	4.8	4.4	5.0	5.6	5.3	5.4

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1994 - 98.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

En el cuadro IV-16 se aprecia claramente un mosaico heterogéneo de causas de muerte, representado por enfermedades crónicas, degenerativas, metabólicas, malformaciones congénitas, afecciones perinatales, enfermedades infecciosas transmisible o no, accidentes y hechos violentos. Estas causas están estrechamente vinculadas a las condiciones de vida, a la calidad de la atención médica, a la organización sanitaria, a la estructura por edad y sexo de la población, a la fecundidad y a los procesos de urbanización que se están operando desde hace mucho tiempo en el Estado. Estas variables actúan de una manera diferente en las Regiones , por consiguiente su intensidad no es igual. Tomando como punto de referencia la mortalidad proporcional por causas del Estado, se seleccionaron las principales causas de cada Zona.



CUADRO IV - 16
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL POR REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA, 1997
(CIFRAS PORCENTUALES)

CAUSA DE MUERTE	ESTADO	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	P. DEL SUR
1. Enf. del Corazón	20.6	20.0	18.8	27.6	14.5	22.4
1.1. Infarto al miocardio	51.6	49.8	58.5	50.3	46.5	50.0
2. Tumor maligno	16.7	18.8	13.9	18.2	11.8	17.3
2.1 Del estómago	23.8	14.0	22.6	40.6	48.6	27.8
3. Accidentes todo tipo	10.1	7.6	13.5	9.5	8.8	14.1
3.1 De transporte	53.3	46.6	61.3	76.5	34.6	54.5
3.2 Obstr. vía respirat.	10.6	9.7	9.7	15.7	(*)	(*)
4. Enf. cerebrovasculares	6.3	6.9	5.1	7.4	6.1	5.1
5. Diabetes mellitus	4.9	5.8	3.3	4.7	5.7	4.8
5. Afección perinatal	4.9	4.3	5.5	4.5	8.8	2.6
6. Neumonía	4.0	3.9	4.5	3.7	3.7	3.8
7. Suicidio y homicidio	3.5	2.9	5.1	2.4	4.0	2.2
7.1 Suicidio	49.6	52.5	27.5	69.2	58.3	57.1
7.2 Homicidio	50.4	47.5	59.6	30.8	27.8	42.9
8. Enfermedad diarreica	2.7	1.5	5.7	0.6	4.4	1.3
9. Enf. pulm. obstr. crónica	2.4	2.6	1.9	1.9	3.0	3.2
10. Malformación congénita	2.0	2.0	1.5	1.5	4.0	1.9
11. Bronq. crónica y asma	1.5	1.9	1.3	0.7	1.7	1.9
11. Cirrosis hepática	1.5	1.8	1.4	0.9	2.4	0.6
12. Insuficiencia renal	1.3	1.2	0.8	1.3	2.4	1.9
13. Enfermedad hipertensiva	1.0	1.0	0.7	1.1	0.3	1.9
14. Desnutrición	0.9	0.4	1.6	0.2	2.4	0.3
15. Trast. mental por psicoac.	0.8	0.9	0.2	0.4	4.0	(*)
PRINCIPALES CAUSAS	85.9	83.5	85.2	86.6	88.0	85.3
Mal definidas (R00-R99)	1.6	1.1	1.2	3.2	2.0	1.9
T. MUERTES (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
T. MUERTES (cifras absolutas)	3435	1589	916	481	297	152

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1997

(*) no se encuentra entre las quince

En la Zona Metropolitana se destacan los muertes por tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes, neumonías, homicidios, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, malformaciones congénitas y bronquitis crónica enfisema y asma.

En la Zona de la Panamericana, accidentes, afecciones perinatales, neumonías, homicidios, enfermedades diarreicas y desnutrición.

En la Zona del Mocotíes, enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, suicidios y enfermedades hipertensivas.

En la Zona del Páramo, diabetes, afecciones perinatales, suicidios, enfermedades diarreicas, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, malformaciones congénitas, cirrosis hepática, insuficiencia renal, desnutrición y trastornos mentales por sustancia psicoactivas.

En la Zona de los Pueblos del Sur enfermedades del corazón, accidentes, bronquitis enfisema y asma, insuficiencia renal y enfermedades hipertensivas.

MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

La mortalidad por causas, analizada anteriormente, esta francamente asociada con la mortalidad por grupos de edad y ambas están fuertemente influenciadas por la estructura de la población. A distintas edades se asocian distintos riesgos de muerte, que a su vez tienen otros determinantes ya que no son solamente biológicos.

En el siguiente cuadro se presenta la mortalidad proporcional por grupos de edad, calculadas sobre el total de muertes de cada Zona .

CUADRO IV - 17
PORCENTAJE DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA
PROMEDIO TRIENAL 1996-1998

GRUPO DE EDAD	ESTADO	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR
< 1a.	12.1	9.5	15.4	8.9	18.1	15.4
1-4a.	2.6	1.3	4.7	1.7	3.6	3.7
5-14 a.	2.0	1.3	3.4	1.4	2.6	2.9
15-24 a.	4.7	4.1	5.7	3.9	5.3	5.2
25-44 a	9.3	8.2	10.6	8.5	11.5	10.0
45-64a.	18.2	19.5	17.9	18.7	13.8	13.7
65 y más	49.3	53.8	41.0	55.5	41.7	48.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1996 - 98.



En la Regiones, Metropolitana y Mocoitíes, los porcentajes de mortalidad son más altos en los grupos de 45 y más años, este grupo es particularmente vulnerable a las enfermedades crónicas y degenerativas. Por el contrario en la Regiones, Panamericana, Páramo y Pueblos del Sur, los porcentajes de los menores de 15 años son más altos, particularmente los correspondientes a los menores de cinco años. Este grupo es más vulnerable a las enfermedades infecciosas. Estas diferencias tienen mucho que ver con la estructura demográfica de la población y con los determinantes sociales.

Otro aspecto a destacar en el análisis, es el porcentaje de los grupos de 45 y más años que supera ampliamente al de menores de 15. En la Zona del Mocoitíes es de 74.2% y 11.9% respectivamente, en la Zona del Páramo de 55.5% y 24.2% respectivamente. En las otras Regiones, estos porcentajes se encuentran en posiciones intermedias.

Para interpretar los porcentajes en estos grupos de edad es necesario considerar que en los países de mayor desarrollo la mortalidad de menores de 15 años representa menos del 10%, mientras que en los mayores de 45 es más del 70%. En cambio, en los países con menor desarrollo, la mortalidad de menores de 15 años representa generalmente más de la mitad y en los de 45 y más, menos del 40%.

El análisis de la mortalidad por grupos de edad, explicaría en parte la transición demográfica y epidemiología que se comienza a ver en algunas Regiones, particularmente en la Metropolitana y en Mocoitíes y que se debe a un conjunto de procesos sociales y económicos que inciden en la estructura poblacional, por consiguiente en la mortalidad por causa y grupos de edad. Esta conclusión es muy útil para definir las Políticas de Salud del Estado.

MORTALIDAD POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

La variable sexo en el estudio de la mortalidad es otra característica fuertemente asociada con la edad y con la causa de muerte y por ende con la estructura poblacional.

En el siguiente cuadro se presenta la razón de sobremortalidad masculina por grupos de edad. Se aprecia de un modo general que la mortalidad en el sexo masculino es mayor que la del sexo femenino, esto se aprecia en todos los grupos de edad.



CUADRO IV - 18
RAZON DE SOBREMORTALIDAD MÁSCULINA POR GRUPOS DE EDAD EN REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA PROMEDIO TRIENAL 1996-1998

GRUPO DE EDAD	ESTADO	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR
< 1a.	1.3	1.2	1.4	1.6	1.4	0.9
1-4a.	1.0	0.5	1.1	2.6	0.9	1.4
5-14 a.	1.7	1.8	1.9	2.8	1.5	1.8
15-24 a.	2.1	2.2	2.1	2.7	3.6	1.0
25-44 a	2.3	2.2	2.3	2.7	3.2	2.3
45-64a.	1.7	1.8	1.9	1.7	1.3	2.2
65 y más	1.1	1.1	1.3	1.0	1.0	1.1
TOTAL	1.4	1.3	1.6	1.3	1.3	1.3

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1996 - 98.

El promedio del estado señala que mueren 1.4 varones por cada hembra, subiendo esta relación a casi el doble en los grupos de 15 a 24 y 25 a 44 años.

Analizando las razones por Regiones, se aprecia en la Panamericana 1.6 muertes de varones por mujer. En esta Zona, prácticamente en todos los grupos de edad se observa el predominio masculino. En la Zona del Mocotíes este predominio se aprecia más en los grupos menores a 45 años. En el Páramo en los grupos de 15 a 44 años y en los Pueblos del Sur en los de 1 a 4 y en los de 45 a 64 años. La Zona metropolitana presenta las razones de sobremortalidad masculina más bajas.

El predominio de la mortalidad en el sexo masculino sobre el femenino, determinará una expectativa de vida mayor en la mujeres que en los hombres. Las mujeres tienen una vida media mayor que la de los hombres, por que en estos, la mortalidad en las edades intermedias es mayor, principalmente por causas externas (accidentes y hechos violentos).

MORTALIDAD INFANTIL

En casi todos los países del mundo se observa una tendencia descendente de la mortalidad infantil, especialmente en las últimas décadas, pero esta reducción rápida refleja generalmente la eficacia y la cobertura de acciones específicas del sector salud, más que una mejoría de las condiciones de vida de la población. Ejemplo, la terapia de rehidratación oral, el tratamiento de infecciones respiratorias agudas, la vacunación, la lactancia materna, el



saneamiento básico, el propio proceso de urbanización, aún con cinturones de miseria, facilita el acceso de grandes grupos de población a los servicios. De cualquier manera, con ello se prolonga cuantitativamente la vida, lo cual, si bien no entraña en sí mismo calidad, constituye una premisa básica para la misma calidad.

Los estudios han revelado una correspondencia sistemática de mayores niveles de mortalidad infantil con población rural, menor nivel de educación de los padres, bajos estratos ocupacionales, deficiente calidad de las viviendas y en general con grupos de población con necesidades básicas insatisfechas.

En el siguiente cuadro se presenta las tasas de mortalidad infantil de algunos países y del Estado Mérida. Se aprecia claramente una franca asociación de las tasas de mortalidad infantil y la condición de desarrollo de los países. En Haití, Bolivia y Ecuador se observan las tasas más altas de la Región. En Costa Rica, Chile, Cuba y Canadá, la más bajas. Venezuela y Mérida se encuentran con tasa intermedias de 22 muertes menores de una año por 1000 nacidos vivos. Llama la atención que países como Costa Rica, Chile y Cuba, con ingresos económicos menores que los de Venezuela, tienen tasas menores. Esto demuestra que el crecimiento económico, si bien es una condición necesaria, no es el único factor requerido para lograr mejoras en el campo de la salud.

CUADRO IV - 19
MORTALIDAD INFANTIL EN ALGUNOS PAISES Y ESTADO MÉRIDA

Países y Estado Mérida	Tasa por 1.000nacidos vivos
Haití	74.0
Bolivia	59.0
Ecuador	39.4
Colombia	24.0
México	23.4
Venezuela	22.0
Mérida	22.4
Costa Rica	11.8
Chile	13.0
Cuba	7.9
Canadá	5.6

Fuente : Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos OPS/OMS - 1998 y Epidemiología Regional, 1998

La mortalidad infantil en el Estado (22.4 por 1000 nacidos vivos) , todavía sigue siendo alta, en comparación con otros estados de Venezuela y con otros países, a pesar de haberse registrado un descenso del 19.5% en los últimos siete



años. Los cambios bruscos de un año a otro se debe principalmente a problemas en el registro, particularmente de los nacimientos vivos.

En las Regiones del estado también se aprecian descensos importantes de la mortalidad infantil, pero siguen siendo muy alta en las Regiones del Páramo (37.2 por 1000) y Pueblos del Sur (34.4 por 1000), en 1998. Las tasas de las Regiones Metropolitana y Mococties son las más bajas, en relación al promedio del Estado. Las correspondientes a la Zona Panamericana (24.4) se ubican en una posición intermedia.

Se concluye que el nivel de las tasas de mortalidad infantil en las Regiones se corresponde con las condiciones de vida de sus poblaciones ya que se apreció anteriormente que el Páramo y los Pueblos del Sur, tienen los porcentajes más altos de NBI.

CUADRO IV - 20
MORTALIDAD INFANTIL (MENOR DE UN AÑO) EN REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA : 1991-1998
(TASAS POR 1.000 NACIDOS VIVOS.)

AÑOS	ESTADO METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR	
1991	27.4	26.7	22.4	24.0	47.6	34.9
1992	30.3	27.9	29.8	21.0	61.3	26.7
1993	30.3	32.7	27.4	22.3	39.1	34.6
1994	26.5	24.1	26.1	24.6	36.9	31.0
1995	27.7	23.7	28.7	21.2	43.4	32.8
1996	25.0	22.8	26.5	22.9	28.7	32.5
1997	22.4	18.7	24.9	18.1	37.8	30.0
1998	24.4	20.7	24.4	23.3	37.2	34.4

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta 1991 - 98.

MORTALIDAD NEONATAL (0 A 27 DÍAS DESPUÉS DE NACER)

Es necesario analizar los dos componentes básicos de la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal, que abarca las muertes ocurridas durante los primeros 27 días de vida y la mortalidad postneonatal que comprende las muertes ocurridas entre los 28 días hasta los 364 días. Esta clasificación es importante desde el punto de vista epidemiológico, por que cada uno presenta diferentes riesgos de morir. En los siguientes dos cuadros se presenta la mortalidad neonatal y postneonatal expresadas en tasas por 1000 nacidos vivos registrados.

CUADRO IV - 21



MORTALIDAD NEONATAL (0 A 27 DÍAS) EN REGIONES DEN DESARROLLO DEL ESTADO MÉRIDA: 1990-1998(TASAS POR 1.000 NACIDOS VIVOS.)

AÑOS	ESTADO	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR
1991	19.0	18.4	12.4	12.6	22.8	18.0
1992	17.4	19.2	15.2	12.5	24.0	19.6
1993	19.7	23.9	17.8	12.4	21.1	19.4
1994	15.7	16.4	13.4	16.6	20.4	16.7
1995	15.7	15.3	15.8	13.6	18.6	17.0
1996	15.5	15.1	15.1	15.4	16.6	19.5
1997	12.6	12.7	11.1	12.9	19.5	7.8
1998	16.5	13.8	16.7	15.9	19.7	19.0

FUENTE : CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1991 - 98.

Las tasas de mortalidad neonatal del estado Mérida fueron descendiendo paulatinamente desde 19.0 por 1000 nacidos vivos en 1991 hasta 16.5 en 1998. Esta mortalidad es más alta en las Regiones del Páramo (19.7) y de los Pueblos del Sur (19.0), más baja en las Regiones Metropolitana (13.9) y Mocotíes (15.9) e intermedia en la Zona Panamericana (16.7 por 1000 nacidos vivos)

El descenso registrado en las tasas del Estado, está influenciado por los descensos ocurridos en las Regiones Metropolitana y Páramo. En las otras Regiones no se aprecia descenso de la tasa de mortalidad neonatal en el período analizado.

En la mortalidad neonatal predominan las causas endógenas como las originadas en el periodo perinatal, las enfermedades congénitas, las vinculadas con la gestación, el parto y factores relacionados con la salud de la madre y con problemas genéticos.

Se afirma que la mortalidad neonatal es más difícil reducir, porque depende mucho de las condiciones de la población y de la calidad de los servicios, además de disponer de tecnología apropiada. Sin embargo las altas tasas de mortalidad neonatal en el Páramo y en los Pueblos del Sur, no corresponden, precisamente, con buenas condiciones de desarrollo, pero sí dependen en gran medida de la falta de una adecuada capacidad resolutoria de los servicios de salud, particularmente relacionadas con la atención prenatal, del parto y del recién nacido en los primeros seis días.



MORTALIDAD POSTNEONATAL (DE 28 A 364 DÍAS)

En la mortalidad postneonatal, es otro componente importante de la mortalidad infantil y abarca el periodo de edad entre de 28 y 364 días. En el siguiente cuadro se resume la información relacionada con esta mortalidad, ocurrida entre los años 1991 y 1998.

CUADRO IV - 22
MORTALIDAD POSTNEONATAL (28 A 364 DÍAS) EN REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA :
1990-1998(TASAS POR 1.000 NACIDOS VIVOS.)

AÑOS	ESTADO	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR
1991	11.4	8.4	10.0	11.4	24.7	16.8
1992	12.9	8.7	14.7	8.5	37.3	7.1
1993	10.6	8.8	9.6	9.9	18.0	15.2
1994	10.8	7.8	12.7	8.1	15.5	14.3
1995	12.0	8.4	12.9	7.6	24.8	15.8
1996	9.6	7.7	11.4	7.5	12.1	13.0
1997	9.9	6.0	13.8	5.2	18.2	12.3
1998	7.9	6.9	7.7	7.4	17.5	15.3

FUENTE : CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1991 - 98.

Tomando como punto de referencia la tasa del Estado en 1998 (7.9 por 1000 nacidos vivos) se aprecia que fue ampliamente superada por la tasa de las Regiones, del Páramo (17.5) y de los Pueblos del Sur (15.3), por el contrario las tasas de las Regiones Metropolitana (6.9 por 1000), Mocotíes (7.4) y Panamericana (7.7) son más bajas que el promedio del Estado.

La mortalidad postneonatal del Estado bajó de 12.9 en 1992 a 7.9, que representa un descenso del 38.8%. Este descenso estuvo particularmente influenciado por las tasas de la Zona del Páramo (de 37.3 en 1992 bajó a 15.3 en 1998), pero sigue siendo la más alta del Estado. En las otras Regiones, el descenso o fue de poca intensidad, como ocurrió en la Metropolitana y en Mocotíes, o se mantuvo en el mismo nivel como en la Panamericana y en los Pueblos del Sur.

En la mortalidad postneonatal predominan las causas relacionadas con el ambiente físico y social, como las enfermedades infecciosas y los problemas nutricionales. Considerando estos factores de riesgo, se concluye que el descenso fue debido al mejoramiento del saneamiento básico (agua, excretas, basuras, vectores e higiene de los alimentos), pero todavía queda



mucho por hacer, particularmente en las áreas con inadecuadas condiciones de vida, como son las Regiones de los Pueblos del Sur, Páramo y Panamericana.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

Las causas de la mortalidad infantil en el Estado son bastante heterogéneas y están íntimamente relacionadas con el nivel de desarrollo de las Regiones.

En la Metropolitana y en el Mocotíes, las principales causas son las afecciones perinatales, particularmente la hipoxia, asfixia, y las infecciones específicas, del recién nacido; y las malformaciones congénitas, estas causas están más relacionadas con factores de riesgo endógenos. Entre las causas de mortalidad de las otras tres Regiones, sin dejar de tener importancia las señaladas, se destacan las causas exógenas como las enfermedades diarreicas, accidentes por obstrucción de las vías respiratorias (tetero), neumonías, meningitis, desnutrición y septicemias. El control de estas causas, con intervenciones dirigidas a la atención médica preventiva, son más fáciles de lograr.



En el siguiente cuadro se presenta la información estadística relacionada con el análisis que se acaba de realizar.

CUADRO IV - 23
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL (MENOR DE UN AÑO) POR REGIONES DE DESARROLLO DEL ESTADO MÉRIDA : 1997(CIFRAS PORCENTUALES)

CAUSA DE MUERTE	ESTADO	METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	P. DEL SUR
1. Afección perinatal	41.9	47.5	32.6	51.1	44.8	36.4
1.1. Hipoxia y asfixia	60.9	55.4	62.8	79.2	46.2	50.0
1.2. Infección específica	19.3	16.1	20.9	16.7	19.2	25.0
2. Enfermedad diarreica	14.1	5.9	27.3	6.4	10.3	4.5
3. Malformación congénita	11.7	19.5	3.0	10.6	12.1	18.2
4. Accidente todo tipo	7.6	6.8	6.8	10.6	6.9	13.6
4.1 Obst. vía respiratoria	86.2	50.0	66.7	100.0	100.0	100.0
5. Neumonía	5.7	3.4	7.6	8.5	6.9	(*)
6. Meningitis	2.1	0.8	3.8	2.1	1.7	(*)
7. Desnutrición	1.8	(*)	2.3	(*)	6.9	(*)
8. Enfermedad del corazón	1.6	3.4	0.8	2.1	(*)	(*)
9. Obst. intestinal y hernia	0.5	0.8	0.8	(*)	(*)	(*)
10. Tumor maligno	0.5	0.8	0.8	(*)	(*)	(*)
10. Septicémia	0.5	(*)	0.8	(*)	(*)	4.5
TOTAL PRINCIPALES	88.0	88.9	86.6	91.4	89.5	77.2
Mal definidas	2.1	4.2	0.8	0.0	3.4	0.0
T. MUERTES (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
T. MUERTES (c.absolutas)	384	134	139	35	58	18
Mal definidas (R00-R99)	1.6	1.1	1.2	3.2	2.0	1.9

FUENTE: CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1997

(*) no se encuentra entre las quince

MORTALIDAD MATERNA

La tasa de mortalidad materna expresada por 100.000 nacidos vivos, se considera como un excelente indicador de la situación de salud, que refleja claramente la cobertura y calidad de los servicios de atención a la salud y el nivel de las condiciones de vida de los pueblos. Todos los estudios señalan que la mortalidad materna esta asociada a mayores riesgos de la maternidad en ambientes físicos y sociales desfavorables.



En el siguiente cuadro se presentan las estadísticas de mortalidad materna de varios países y del estado Mérida. Considerando la tasa más alta la de Colombia (87.0 por 100.000 nacidos vivos), las correspondientes, a Mérida (64.3 por 100.000 y Venezuela (56.0), se sitúan en niveles altos, según la clasificación de la OPS/OMS. Otros países de la región como México, Cuba, Costa Rica y Chile, tienen tasas en nivel medio y Canadá (de otra región) en nivel bajo. En este contexto es preocupante la alta tasa de mortalidad materna del estado Mérida.

CUADRO IV - 24
MORTALIDAD MATERNA DE ALGUNOS PAISES Y ESTADO MÉRIDA(QUINQUENIO 94-98)

Países y Estado Mérida	Tasa por 100.000 nacidos vivos
Colombia	87.0
Mérida	64.3
Venezuela	56.0
México	48.0
Cuba	33.0
Costa Rica	29.0
Chile	25.0
Canadá	5.0

Fuente : Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos OPS/OMS - 1998 y Epidemiología regional, 1997

En el siguiente cuadro se presentan las tasas de mortalidad materna correspondientes a los últimos ocho años, por Regiones del estado Mérida, expresadas por 100.000 nacidos vivos.

A pesar del comportamiento irregular, muy propio en cifras de pequeñas (máximo de 19 muertes en 1996), se observa que la mortalidad materna del Estado, en el periodo señalado, a fluctuado entre 13-44 por 100.000 calificado como nivel medio según la OPS/OMS (43.0 en 1991, 26.7 en 1993 y 37.7 en 1995), nivel alto entre 45-99 (58.5 en 1992, 56.9 en 1994 y 64.3 en 1998) y muy alto por encima de 100 y más (107.7 en 1996). Incluso se pudiera señalar una tendencia a mantenerse en nivel alto.

Tomando en cuenta estos parámetros, se puede señalar que la mortalidad materna en las Regiones Panamericana y Metropolitana se encuentra en un nivel alto, con tendencia ascendente. En la primera asociada a condiciones de vida y a problemas en la atención de salud, pero en la Zona Metropolitana,



por ser la de mejor desarrollo estaría más asociada a problemas relacionados con la atención por parte de los servicios de salud.

Es importante señalar en este punto, la posición secundaria que casi siempre se presta a los programas de salud relacionadas con el componente "salud reproductiva", en casi todos los países Latino Americanos más aun cuando se sabe por estudios realizados, como en Venezuela, que las pocas acciones que se implementan en el área reproductiva, no van dirigidas a los grupos con mayor riesgo, como las regiones de mayor pobreza, sectores rurales, regiones marginales y con menor educación. En el momento actual se considera a las muertes maternas como evitables en un cien por ciento.

CUADRO IV-- 25
MORTALIDAD MATERNA EN REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA : 1991-1998
(TASAS POR 100.000 NACIDOS VIVOS)

AÑOS	ESTADO METROPOLITANA	PANAMERICANA	MOCOTÍES	PÁRAMO	PUEBLOS DEL SUR	
1991	43.0	0.0	32.2	40.7	63.4	240.5
1992	58.5	59.0	79.8	0.0	0.0	118.6
1993	26.7	0.0	30.1	0.0	0.0	182.0
1994	56.9	61.1	28.6	40.4	123.8	119.3
1995	37.7	47.4	30.7	42.4	0.0	56.5
1996	107.6	27.7	186.9	149.1	127.7	108.2
1997	64.3	69.8	71.6	0.0	65.1	0.0
1998	46.4	55.6	70.6	0.0	0.0	0.0

FUENTE : CORPOSALUD de Mérida, Epidemiología Regional, Memoria y Cuenta, 1991 - 98.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

En primer lugar se destacan las causas relacionadas con la hipertensión durante el embarazo, entre las que se encuentran la eclampsia y la preeclampsia, particularmente en la Zona Metropolitana. En segundo lugar el aborto, ya sea por causa no especificada o por aborto médico, como ocurrió en la Zona Metropolitana y en la Panamericana. En tercer lugar, complicaciones del parto, como hemorragia, intervenciones quirúrgicas y trauma obstétrico, como sucedió en la Panamericana, Mocotíes y el Páramo. Todas estas causas de mortalidad materna corresponden a patologías que se pudieron evitar o controlar con una buen atención materna.



LA MORBILIDAD

Si bien los indicadores de mortalidad se usan más frecuentemente para realizar el análisis de la situación de salud, no hay duda de que es necesario complementar con los datos de morbilidad (enfermedades) recolectados en la demanda de las consulta de los servicios de salud.

CORPOSALUD del estado Mérida, cuenta con un Sistema de Información Epidemiológica, aceptable, sin embargo es necesario señalar que las estadísticas de morbilidad en general tienen muchas limitaciones, principalmente porque la decisión de estar enfermo o no depende mucho de la persona y la calidad diagnóstica depende no solo de la capacidad profesional si no también del apoyo diagnóstico con el que se cuenta. Además una persona puede consultar varias veces por diferentes enfermedades en el periodo de un año y tener o no facilidades en el acceso a los servicios de salud. A pesar de estas limitaciones ayudan a comprender más el proceso salud enfermedad de una determinada área .

Así mismo, es necesario señalar que se dispone de la información de morbilidad consolidada por Distrito Sanitarios y no por las Regiones de este estudio, pero como estas dos desagregaciones difieren muy poco, el análisis por Distritos refleja hasta cierto punto, la morbilidad de las Regiones .

En el siguiente cuadro se presentan los veinticinco primeros motivos de consulta por Distrito Sanitarios en 1997, expresadas en proporciones, por ser un indicador que refleja más el comportamiento local. Las tasas dependen principalmente de la facilidad de acceso a los servicios, del nivel de educación de los consultantes y de la población a riesgo, que no siempre se conoce correctamente.



CUADRO IV - 26
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN EL ESTADO MERIDA - 1997
(PORCENTAJES)

ENFERMEDADES	ESTADO	METROPOLITANA (Dist. MERIDA)	PANAMERICANA (Dist. EL VIGIA)	MOCOTÍES (Dist. TOVAR)	PÁRAMO (Dist. Mucuchíes)	P. del SUR (Dist. Lagunillas)
1. Faringoam. aguda	5,5	5,2	5,1	5,8	9,1	5,3
Amigdalitis aguda	4,1	4,0	3,4	5,5	4,5	4,7
Bronquitis aguda	4,1	3,5	4,1	4,5	3,8	4,5
Rinofaringitis aguda:	3,8	3,9	3,5	2,2	5,6	4,0
2. Diarreas:	3,7	3,3	4,5	3,9	4,3	3,6
3. Asma	3,4	3,8	3,2	3,8	1,4	2,7
4. Infección urinaria	3,4	2,8	3,8	4,4	3,3	4,4
5. Otitis:	3,3	3,4	3,0	3,0	3,1	4,0
6. Heridas	3,2	2,4	4,6	3,9	3,1	3,1
7. Helmintiasis	3,0	2,3	4,0	3,2	2,7	4,3
8. Cefalea	2,5	2,3	2,6	3,2	2,1	2,7
9. Derm., piodermis	2,4	2,2	2,7	2,1	2,7	2,8
10. Otros traumatismos	2,3	2,7	1,9	2,6	1,2	1,4
11. Dolor abdominal	2,1	2,1	2,6	2,3	1,5	1,2
12. Mialgias y neuritis	2,1	2,2	1,5	2,9	4,0	3,4
13. Esofago,estom,intest.	1,9	2,2	1,2	1,7	2,3	1,2
14. Embar,parto,puerp,	1,5	2,2	0,8	0,6	0,5	0,4
15. Abscesos	1,4	1,2	1,7	1,6	1,4	1,5
16. Hipertensión arterial	1,4	1,5	1,3	1,3	1,1	1,3
17. Caries dental	1,4	1,6	0,9	0,5	1,9	1,9
18. Anemias	1,3	1,1	1,9	1,1	0,6	2,0
19. Síndrome viral	1,3	1,4	1,4	0,9	0,2	1,4
20. Conjuntivitis	1,1	1,1	1,1	1,0	1,6	1,2
21. Micosis superficial	1,1	1,0	1,3	0,8	1,4	1,1
22. Leucorrea	1,0	1,1	1,0	0,6	0,9	1,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Informe mensual EPI-15, Epidemiología Regional de Mérida

Las veinticinco primeras patologías por las que consultan en el Estado representa el 62% del total de consultas y se aprecia que catorce son por enfermedades infecciosas, la mayoría transmisibles, dos tienen relación con accidentes o hechos violentos y el resto son enfermedades no infecciosas y síntomas no especificados,

Tomando como referencia los porcentajes del Estado, se observa que en el Distrito Sanitario Mérida (Zona Metropolitana con el municipio Aricagua y sin Sucre) los porcentajes más altos están representados por : asma, otitis, otros



traumatismos, enfermedades del esófago, estómago e intestino, enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, hipertensión arterial, síndrome viral y leucorrea,

En el Distrito El Vigía (igual a la Zona Panamericana), se consulta principalmente por : Diarreas, heridas, helmintiasis, dermatitis, dolor abdominal, enfermedades del embarazo parto y puerperio, abscesos, hipertensión arterial, anemias, síndrome viral y leucorrea,

En el Distrito Sanitario Tovar (Zona del Mococties con el municipio Guaraque), los principales motivos de consulta son : faringoamigdalitis aguda, amigdalitis aguda, bronquitis aguda, asma, infección urinaria, heridas, cefalea, otros traumatismos, dolor abdominal y abscesos,

En el Distrito Mucuchies (igual a la Zona del Páramo) por : faringoamigdalitis aguda, rinofaringitis aguda, diarreas, dermatitis, mialgias y neuritis, enfermedades del esófago, estómago e intestino, caries dental, conjuntivitis y micosis superficial,

En el Distrito Lagunillas (Zona de los Pueblos del Sur sin los municipios Guaraque y Aricagua) : amigdalitis aguda, bronquitis aguda, rinofaringitis aguda, infección urinaria, otitis, helmintiasis, cefaleas, dermatitis, mialgias y neuritis, caries dental, anemias y conjuntivitis,

El comportamiento epidemiológico de las enfermedades en cada uno de los Distritos Sanitarios, esta revelando que tiene asociación con características ambientales, estilos de vida de las personas, ocupación, nivel de desarrollo socio económico y en general condiciones de vida, Además el 65% de las consultas corresponde a población menor de quince años, por lo que se aprecia en algunos Distritos, particularmente los menos desarrollados, como El Vigía, Mucuchies y Lagunillas, un predominio de enfermedades infecciosas,

SITUACIÓN NUTRICIONAL

Con la finalidad de caracterizar el perfil epidemiológico de la “desnutrición” de la población que habita en las diferentes Zona del Estado, se analizaran algunos indicadores, directos e indirectos, para los cuales se cuenta con información estadística actualizada,

CONDICIONES DE VIDA

No hay duda de que la desnutrición esta íntimamente asociada con las poblaciones que tienen bajas condiciones de vida, Anteriormente se describió con mayor profundidad este tema, En esta parte solo se identificarán las áreas menos protegidas y que presentan las condiciones apropiadas para que la desnutrición encuentre los determinantes necesarios para afectar la población de un área y pasar a ser considerado como un problema de salud pública,



Según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas, la Zona de los Pueblos del Sur, presenta el porcentaje más alto de NBI del Estado (65,4%), En Los municipios Guaraque, Aricagua y Arzobispo Chacón, que corresponden a esta Zona, los porcentajes sobrepasan el 60%, por consiguiente la población de estos municipios es más vulnerable a la desnutrición, Estudios realizados al respecto, señalan que en condición de pobreza y subdesarrollo, la desnutrición afecta fundamentalmente a los niños durante los primeros años de vida,

Con porcentajes que oscilan entre 40,0 y 59,9%, se encuentran las Regiones Panamericana (55,8%), Páramo (49,6%) y Metropolitana (40,1%), En lo interno, en estas Regiones, algunos municipios tienen porcentajes de NBI, por encima del 60%,

La Zona del Mococtés, con el 38,3% de la población con NBI, sería el área con las mejores condiciones de vida del Estado,

Se puede apreciar claramente, por los diferentes porcentajes de NBI, las desigualdades e inequidades existentes entre las diferentes Regiones del Estado, más aun cuando se juzga esta situación a nivel de municipios y parroquias, Este es un aspecto que debe considerarse en las decisiones Políticas, para lograr un desarrollo más armónico,

MORTALIDAD MENOR DE CINCO AÑOS

Los estudios han revelado una correspondencia sistemática de mayores niveles de mortalidad en menores de cinco años, en la población rural, en los de menor nivel de educación de los padres, en la comunidades con bajos estratos ocupacionales, en las poblaciones con deficiente calidad de las vivienda y en general en grupos de población con necesidades básicas insatisfechas,

En las Regiones del Páramo y Pueblos del Sur, las tasas de mortalidad infantil son las más altas del Estado, llegando a 37,2 y 34,4 por mil nacidos vivos, respectivamente, Las tasas de las Regiones Metropolitana y Mococtés son las más bajas, en relación al promedio del Estado, Las correspondientes a la Zona Panamericana se ubican en una posición intermedia,

Se concluye que el nivel de las tasas de mortalidad infantil en las Regiones estudiadas son inversamente proporcionales al grado de desarrollo, Las tasa más altas se presentan en las Regiones menos desarrolladas, tal como ocurre en el Páramo y los Pueblos del Sur,

Las causas de la mortalidad infantil en el Estado son bastante heterogéneas y están íntimamente relacionadas con el nivel de desarrollo, En las Regiones, Metropolitana y Mococtés, las principales causas de muerte son de tipo endógeno, Por el contrario en los Pueblos del Sur, Páramo y Panamericana, las causas son de tipo exógeno, representadas por las enfermedades diarreicas, accidentes por obstrucción de las vías respiratorias (tetero), neumonías, meningitis, desnutrición y septicemia,



El grupo de 1 a 4 años es particularmente vulnerable a los factores de riesgo ambientales y a la desnutrición y generalmente es el primero en descender cuando se implementan medidas preventivas relacionadas con el saneamiento ambiental, Las tasas más altas se presentan en las Regiones, Panamericana, Páramo y Pueblos del Sur,

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Desde hace más de 30 años, se han realizado estudios, algunos clásicos y otros contemporáneos, que concluyen de modo sistemático, de que existe un sinergismo de la desnutrición con la infección, particularmente en los menores de cinco años, Las enfermedades infecciosas tienen una evolución más prolongada y un curso más grave cuanto mayor es el grado de desnutrición (Freytez O'Callaghan, 1994),

El comportamiento epidemiológico de las enfermedades en cada uno de los Distritos Sanitarios del estado Mérida, revela que hay un cierto grado de asociación con las características ambientales, estilos de vida de las personas, ocupación, nivel de desarrollo socio económico y en general condiciones de vida, El 65% de las consultas corresponden a población menor de quince años, por lo que se aprecia en algunos Distritos, particularmente los menos desarrollados, como El Vigía, Mucuchíes y Lagunillas, un predominio de enfermedades infecciosas en la morbilidad general,

BAJO PESO AL NACER

Desde hace varias décadas, se ha recomendado al peso del recién nacido como un indicador del estado nutricional del recién nacido y de la madre (Freytez O'Callaghan 1994),

Además el peso del recién nacido es considerado como el indicador más significativo de riesgo para la supervivencia del mismo, pero lo es también para su crecimiento y desarrollo saludables y es un excelente índice de las condiciones sociales asociadas al desarrollo infantil (Freytez O'Callaghan 1994),

En el estado Mérida el 9,6% de los nacimientos presentaron un peso menor a 2500 gramos en 1998, Llama la atención que este porcentaje se incrementó de una manera progresiva, desde 5,8% en 1995, Los porcentajes más altos y su incremento en los últimos años se observa particularmente en las Regiones del Páramo y de los Pueblos del Sur, En esta última se incrementó de 3,1% en 1995 a 10,1% en 1998, es decir tres veces más, En las otras Regiones, también se observa el incremento de este porcentaje, pero en menor proporción, Es necesario realizar estudios más profundos para determinar la influencia de la desnutrición en el incremento de los nacimientos con bajo peso,



SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (SISVAN)

El Instituto Nacional de Nutrición, tiene implementado a nivel nacional el programa denominado, Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), que se define como El SISVAN, esta constituido por nueve componentes, uno de ellos es el menor de 15 años, que tiene como objetivo general obtener información en forma continua de datos antropométricos de la población que acude a los servicios de salud, desagregado por edad (menor de 2, de 2a 6 y de 7 a 14 años), sexo y localidad,

Según el indicador peso talla, en el conglomerado de menores de 15 años, el estado Mérida, presenta el nivel de desnutrición más bajo del país (8,2% en 1996), por debajo del promedio nacional que fue de 11,9% y del valor esperado según referencia internacional para el indicador de peso talla que es de 10%, En el siguiente cuadro se observa la última información, correspondiente a 1996, disponible en el INN - Mérida,



CUADRO IV - 27
PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE QUINCE AÑOS, SEGÚN INDICADOR PESO TALLA POR ENTIDADES FEDERALES, VENEZUELA, AÑO 1996

ENTIDADES FEDERALES	PORCENTAJE
Mérida	8,2
Distrito Federal	8,4
Táchira	8,5
Trujillo	8,6
Nueva Esparta	9,4
Carabobo	10,3
Monagas	10,7
Amazonas	11,2
Aragua	11,3
Lara	11,3
Falcón	11,7
Bolívar	12,1
Yaracuy	12,3
Guárico	13,4
Cojedes	13,8
Anzoátegui	13,9
Miranda	14,2
Sucre	15,1
Barinas	15,6
Delta Amacuro	15,6
Zulia	16,3
Apure	16,4
Portuguesa	19,9
VENEZUELA	11,9

Fuente: Instituto Nacional de Nutrición (SISVAN), 1996



Al evaluar la desnutrición en el estado Mérida, por el porcentaje de desnutrición en el conglomerado de menores de 15 años, según el indicador peso talla, se observa que este descendió desde 12,6% en 1990 hasta 8,2% en 1996, Las variaciones interanuales aparentemente se deben a problemas de registro o de cantidad de personas examinadas, Pero llama la atención que a partir de 1997 aumente el porcentaje a 9,1% y en 1998 a 9,4 (primer semestre) por lo que es indispensable estar atento a los resultados de la evolución de este indicador ya que esta revelando el efecto de factores determinantes de tipo socio - económico,

CUADRO IV - 28
PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE QUINCE AÑOS, SEGÚN INDICADOR PESO TALLA ESTADO MÉRIDA 1990-1997

Años	Porcentaje
1990	12,6
1991	10,3
1992	9,4
1993	9,9
1994	9,3
1995	8,7
1996	8,2
1997	9,1
1998 (1er, semestre)	9,4

Fuente: Instituto Nacional de Nutrición (SISVAN), 1996

La desnutrición en las Regiones del Estado, tiene una diferente magnitud, En los tres años analizados, las Regiones Panamericana , Páramo y Pueblos del Sur, presentan los porcentajes más altos de desnutrición en el conglomerado de menores de 15 años, según el indicador peso talla, Estos porcentajes son más altos que los promedio del Estado en los tres años analizados, e iguales o ligeramente superiores al valor esperado de referencia internacional de 10%, Los porcentajes más bajos se aprecia en las Regiones Metropolitana y Mocotíes, En esta última Zona, se observa un aumento importante en 1997, responsable del incremento del porcentaje del Estado, Sin embargo las variaciones interanuales, aparentemente no reflejan cambios reales de la desnutrición en las Regiones , en todo caso se pudiera señalar que la desnutrición, en los últimos tres años, no presentó cambios importantes en el conglomerado de menores de 15 años, Pero el aumento en la Zona del Mocotíes en 1997, debe mantenerse bajo vigilancia estricta,



CUADRO IV - 29
PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN EL INDICADOR PESO TALLA POR REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA, 1995-1997

REGIONES	1995	1996	1997
METROPOLITANA	8,4	8,2	8,5
PANAMERICANA	18,7	21,6	9,4
MOCOTÍES	9,7	8,9	12,1
PÁRAMO	7,4	10,5	8,6
PUEBLOS DEL SUR	10,0	7,8	10,5
ESTADO MÉRIDA	8,7	8,2	9,1
VENEZUELA		11,9	

Fuente: Instituto Nacional de Nutrición (SISVAN), 1995-1997

La desnutrición en el grupo de 2 a 14 años (23,8%), según combinación de indicadores, debe considerarse alta en el estado Mérida, a pesar de tener el porcentaje inferior al promedio nacional (27,1% en 1996), Así mismo en todas las Regiones la desnutrición en este grupo de edad es alto, llegando al 27,6% en la Panamericana, que supera ampliamente el promedio del Estado, Esta afirmación se fundamenta al comparar los porcentajes observados con el valor esperado de referencia internacional, para la combinación de indicadores, que es del 13%,

Llama la atención que los porcentajes del Páramo y de los Pueblos del Sur, en los años 1995 y 1996, son más bajos que los correspondientes a las Regiones Metropolitana y Mocotíes, En 1997, el porcentaje más alto de desnutrición en el grupo de 2 a 14 años, se registro en la Zona Panamericana (27,6%), a pesar de haber descendido en relación a los años anteriores, En el resto de las Regiones, los porcentajes aumentaron bruscamente de una año a otro (1996 a 1997), incluso el porcentaje de la desnutrición de 2 a 14 años de los Pueblos del Sur llegó a 22,6% en 1997 de 14,3% en 1996, sobrepasando a los porcentajes de las Regiones Metropolitana y Mocotíes, Los altos porcentajes registrados en 1997, debe ser motivo de preocupación, por estar relacionado con un grupo de edad tan sensible a los cambios socioeconómicos, como es el de los preescolares y los escolares,



CUADRO IV - 30
PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS SEGÚN COMBINACIÓN DE
INDICADORES POR REGIONES DEL ESTADO MÉRIDA, 1995-1997

REGIONES	1995	1996	1997
METROPOLITANA	21,8	18,3	22,4
PANAMERICANA	36,1	29,9	27,6
MOCOTÍES	20,0	14,8	20,9
PÁRAMO	17,6	15,2	17,3
PUEBLOS DEL SUR	17,3	14,3	22,6
ESTADO MÉRIDA	21,8	22,4	23,8
VENEZUELA		27,1	

Fuente: Instituto Nacional de Nutrición (SISVAN), 1995-1997

ATENCIÓN DE LA SALUD

Se estima que el 70% de la población del Estado, es atendida por la red de servicios asistenciales de CORPOSALUD, lo que significa que de 719,795 habitantes en 1998, 497,852 fueron beneficiarias de CORPOSALUD,

La proporción no es la misma en cada uno de los Distritos: El 60% de la población del Distrito Mérida es atendida por CORPOSALUD; el 65% en el Distrito El Vigía, el 70% en el Distrito Tovar y el 100% en cada uno de los Distritos, Mucuchíes y Lagunillas,

En 1998, en el Estado se atendieron 1,177,282 consultas médicas, de las cuales el 25% correspondió a consultas preventivas, el 60% a consultas médicas generales (curativa) y el 15,% a consultas médicas especializadas, Al sumar estas dos consultas, que representan la atención del daño a la salud, se llega al 75,2%,

En todos los Distritos Sanitarios se aprecia un predominio de la consulta curativa, En algunos supera ampliamente a la consulta preventiva, como es el caso del Distrito Mérida, que es casi 2,5 veces mas, Esa situación revela que la atención médica en el estado Mérida, están fuertemente dirigidos a la atención del daño, Este tipo de atención es muy costosa y requiere de un elevado presupuesto, casi imposible de cubrir en el momento actual, por lo que se restringe la atención a grupos reducidos de personas con posibilidades económicas,

Desde el punto de vista epidemiológico, la atención al daño, también, representa un mayor riesgo, no solo en la atención del paciente enfermo, sino



también de la comunidad, porque obliga a tomar medidas en cortos periodos de tiempo, que generalmente son episódicas y de corta duración,

En el estado Mérida, se estimó una demanda de 497,852 personas para ser atendidas en la consulta preventiva de los servicios de CORPOSALUD, pero solo logró cubrir al 58,8%, La mayor cobertura de atención preventiva logró el Distrito Tovar y la menor el Distrito Mérida, Las actividades de atención preventiva, en los Distritos, con mayores porcentajes de NBI, debería ser de mayor cobertura,

En general, se debe considerar en la atención médica preventiva, los objetivos de los programas, la organización de los servicios, la actitud del personal, la supervisión y la evaluación,

La relación de la demanda y la oferta, señala que existe un déficit de oferta de recursos para atender 59,202 consultas médicas preventivas mas, Este déficit es aparente porque existe una sobreoferta de recursos para la consulta médica curativa, En los Distritos Sanitarios el déficit es de diferente magnitud,

En el estado Mérida, se estimó una demanda de 746,778 consultas de medicina general (curativa), para ser atendidos por los servicios de CORPOSALUD, y se cubrió el 94,4% de esta demanda,

La mayor cobertura se logró en el Distrito Sanitario Mérida, llegando al 125,9%, fuertemente influenciada por la atención en las emergencias hospitalarias, El porcentaje de cobertura mas bajo se registró en el Distrito Sanitario Lagunillas con el 57,3%,

La tasa de atención médica curativa fue de 97 por 100 habitantes en 1998, En el Distrito Mérida llega a 100 por cada 100 habitantes, en los otros Distritos esta alrededor de 87, Llama la atención el descenso registrado en los Distritos El Vigía y Lagunillas entre los dos últimos años (1997 y 1998),

Este análisis, entre otras cosas, permite afirmar que la población merideña acude, en un volumen importante, a solicitar atención médica curativa en los establecimientos de salud de CORPOSALUD, Esta demanda representa la mayor tasa de consulta del país,

La relación de la oferta y demanda de la consulta curativa, determina una sobreoferta del recurso disponible actualmente, ya que se pueden atender 268,722 consultas curativas más que la demanda estimada, La mayor sobreoferta se aprecia en el Distrito El Vigía y la menor en Mucuchíes,

Al sumar la oferta optimizada al 100% de los recursos existentes para la atención médica preventiva y curativa, se aprecia que todavía existe una sobreoferta, que en el Estado llega al 16,8% mas que la demanda total estimada, En el Distrito Sanitario El Vigía, esta sobreoferta llega al 31,9%,

Esto quiere decir que es necesario hacer un estudio mas profundo, que contemple la realidad interna de cada Distrito Sanitario, para decidir sobre la



redistribución de los recursos (oferta) existentes, fortaleciendo particularmente la consulta preventiva de las áreas más desprotegidas,

En el Estado se atendieron 179,790 consultas médicas de especialización, durante 1998, El 91,1% correspondió a los Distritos Sanitarios Mérida, El Vigía y Tovar,

Se dispone, en el Estado, de una oferta para atender 304,150 consultas en un año y en 1998 se realizaron 179,790 consultas, lo que equivale a señalar que solo se utilizó el 59,1% de la capacidad disponible, La especialidad que utilizó en mayor proporción la capacidad disponible fue pediatría, que llegó al 79,6%,

En relación a la consulta hospitalaria se puede señalar que las 35,781 personas que egresaron de los hospitales del Estado, demandaron 201,942 días de hospitalización, es decir, cada paciente estuvo hospitalizado 5,6 días en promedio, Así mismo se puede señalar que se realizaron 11,313 intervenciones quirúrgicas y se atendieron 12,669 partos, Se realizaron 1,029,542 exámenes de laboratorio y 75,912 radiografías,

La atención hospitalaria esta en relación directa con el nivel de desarrollo del establecimiento hospitalario, desde este punto de vista la cantidad más importante se atendió en el Distrito Sanitario Mérida, que cuenta con el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, que es el de mayor complejidad, Siguen en importancia la atención hospitalaria realizada en los Distritos Sanitarios El Vigía y Tovar, que cuentan, cada uno, con un hospital tipo II,

ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

Las fuentes de financiamiento de CORPOSALUD, provienen principalmente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (M,S,A,S,) y de la Gobernación del Estado,

En 1998 el monto total global de la asignación presupuestaria de CORPOSALUD, fue de 18,495,544,267,2 Bs, El M,S,A,S aportó el 72,3% (por asignación presupuestaria y por crédito adicional) y la Gobernación del Estado el 27,7%,

El monto global de la asignación comprende dos rubros importantes, 1) el correspondiente a gastos de personal (partida 4,01) que representa el 83,4% del monto global, de los cuales el M,S,A,S, aportó el 73,1% y la Gobernación el 26,9%, y 2) otros gastos que comprende materiales y suministros (partida 4,02), servicios no personales (partida 4,03) y activos reales (partida 4,04) que representa el 16,6% del monto total, correspondiendo al aporte del MSAS el 67,8% y a la Gobernación el 32,2%,

Según el análisis histórico del gasto en salud de CORPOSALUD, realizado por el Proyecto Salud de Mérida, en 1995 el MSAS aportó 3,783,293,207,68 Bs, y la



Gobernación 2,534,215,832,00 Bs, lo que da un total de 6,317,509,039,6, en términos de U.S,\$ fue de 13,161,477,17, (a 480 Bs, por dólar), En 1998 el monto global fue de 18,495,544,267,2 Bs, (a 587,75 Bs, por dólar) representa U.S,\$ 31,575,833,1 es decir 18,414,355,93 dólares mas que el presupuesto de 1995 incremento que representa el 139,9% mas en tres años,

Por las limitaciones del presente diagnóstico, en materia presupuestaria, no se contempla el análisis de las partidas relacionadas con la recuperación de costos, ni de las asignaciones presupuestarias que reciben, directamente de la Gobernación y/o del Ejecutivo Central, otras instituciones del sector salud, como la Dirección de Malariología, Unidad Ejecutora del Proyecto Salud, Fundaciones y otras del sector público,

El análisis exhaustivo del aspecto financiero en el área de la salud, es un aspecto de gran importancia para profundizar el procesos de descentralización, ya que uno de los nudos críticos en el momento actual es precisamente el relacionado con el presupuesto, para lograr la transferencia total y definitiva del sector salud a la Gobernación del Estado,

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Sobre la base de las disposiciones legales vigentes, en Venezuela se esta implementando la descentralización progresivamente en los estados del país, De este modo en el Estado Mérida, la Gobernación adquiere la responsabilidad y el compromiso de promover la creación de un sistema coherente que permita el mejoramiento de la atención de la salud y la calidad de vida de la población merideña, sobre la base del fortalecimiento de las intervenciones intersectoriales, El Gobierno del Estado Mérida, asume la responsabilidad única de la administración de los servicios de salud, que comienza a operativizar a partir de 1995,

En el estado Mérida y se crea una organización de tipo corporativa denominada "Corporación Merideña de Salud" (CORPOSALUD) y el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), estableciéndose como base la participación de las comunidades y de otras instituciones de salud en la prestación de servicios,

Se crea la Unidad Ejecutora del Proyecto Salud, sobre la base de un convenio de coejecución entre el MSAS, la Gobernación del Estado y el Banco Interamericano de Desarrollo, para el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios, su equipamiento y el fortalecimiento institucional, contribuyendo al proceso de descentralización,

CORPOSALUD, al asumir la responsabilidad de ser el proveedor directo de los servicios de salud en el Estado y en su intención de modernizar el Sistema de Salud, comienza a desarrollar una serie de procesos para mejorar la gestión de los servicios y optimizar su oferta con los recursos existentes e inicia sus acciones



definiendo, de una manera compartida, su Misión y su Visión, como puntos de referencia en la direccionalidad del proceso, a mediano y largo plazo, En el momento actual, el nudo crítico mas importante, es el incompleto procesos de transferencia y descentralización parcial del sector salud, Por este motivo CORPOSALUD, como Instituto Autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio, responsable del Sistema Estatal de Salud, no tiene capacidad de resolver los problemas presentes, porque su capacidad de gestión esta limitada por la falta de transferencia total, tanto del personal como de los bienes inmuebles,

El modelo asistencial que Mérida requiere todavía no está claramente definido y se caracteriza en la actualidad por diferentes esquemas, entre las que se destacan las Fundaciones y la descentralización de algunos servicios hacia los municipios, sin embargo predomina ampliamente la participación del Gobierno Regional sobre otras instituciones,

La Corporación Merideña de Salud (CORPOSALUD) adscrita a la Gobernación del Estado, tiene amplias funciones que la facultan para ejercer el rol rector de la salud en el Estado, Para operativizar los programas de salud, cuenta con cinco Subsistemas : 1) Integrado de Atención Médica, 2) Asistencia Social, 3) Saneamiento Sanitario Ambiental, 4) Contraloría Sanitaria y 5) Asesoría Técnica y Científica,

En el cuarto nivel jerárquico se cuenta con los establecimientos de salud, conformado por Hospitales tipo IV, II y I, Ambulatorios Urbanos III, y I y Ambulatorios Rurales II y I, Las estructuras directivas y organizativas, en los establecimientos de salud, son muy dispares principalmente a nivel de los hospitales y ambulatorios urbanos,

Los principales problemas se refieren al déficit financiero y de personal, falta de experiencia del personal directivo en el área de gestión, ausencia de capacitación y actualización, excesiva intromisión sindical, falta de criterios homogéneos en la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud, inmovilidad de cargos que no permite la reubicación según necesidades y equipos obsoletos, entre otros,

La red asistencial del Estado cuenta con 298 establecimientos de salud, de los cuales 236 son de la Corporación de Salud, para atender el 70% de la población, 20 son de otras instituciones del sector público para cubrir el 13% y 42 del sector privado (Clínicas) para prestar servicio al 17% restante, estas instituciones trabajan de una manera incordinada, El 58% de los establecimientos se encuentran en los Distritos Sanitarios, Mérida y El Vigía,

En el Estado, se cuenta con 1,217 camas hospitalarias, de las cuales el 78,6% pertenecen a CORPOSALUD, Del total de camas existentes en el Estado el 78,9% están ubicadas en los Distritos Sanitarios Mérida y El Vigía, En relación a la población, se aprecia que el Estado tiene 1,8 camas por 1000 habitantes, por debajo de lo señalado para el País, que es de 2,3, La mayor concentración se



encuentra en el Distrito Mérida, seguida de el Distrito Tovar, y las mas baja en el Distrito Lagunillas,

CORPOSALUD, cuenta con 7,365 trabajadores, de los cuales el 60,8% son empleados y el 39,2% obreros, El personal de empleados es mas alto en los Distritos Mérida, El Vigía y Lagunillas y el de obreros en Mucuchíes y Tovar, La mayor concentración del recurso humano esta en los Distrito Sanitarios Mérida y El Vigía,

El estado cuenta con 2,2 médicos por cada 1000 habitantes, prácticamente igual al promedio nacional que es de 2,4, pero este recurso esta fuertemente concentrado en el Distrito Sanitario Mérida, llegando a 3,2 médicos por cada 1000 habitantes, seguido del Distrito El Vigía con 1,6, el resto tiene 1 médico por cada 1000 habitantes,

El recurso odontólogo, a nivel del Estado y de los Distritos, no llega a 0,5 odontólogos por cada 1000 habitantes,

El recurso enfermera es otro profesional que esta altamente concentrado en el Distrito Mérida, donde llega a 2,7 enfermeras por cada 1000 habitantes, en el resto de los Distritos esta por debajo de 1,0,

Otro personal técnico como bioanalistas, registros médicos y trabajadores sociales, no llegan a requerimientos mínimos en todo los distritos sanitarios,