



**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
EZEQUIEL ZAMORA
VICE-RECTORADO DE PLANIFICACIÓN
Y DESARROLLO REGIONAL
COORDINACIÓN DE POSTGRADO**

**LA AUTOGESTIÓN, UNA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZACIÓN DE LOS
BENEFICIOS DEL PLAN DE ASISTENCIA MÉDICO – HOSPITALARIO
PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICA UNELLEZ -
APURE**

**Trabajo de Grado para optar Título de Magíster Scientiarum en Ciencias
de La Educación Superior, Mención: Docencia Universitaria**

**Autora: Médico Mirna Garrido
Tutora: MSc. María A. González L.**

San Fernando de Apure, Noviembre de 2008

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

**Ciudadano:
Coordinador y Demás Miembros de la
Comisión de Trabajo de Grado
UNELLEZ**

Su Despacho.

Por medio de la presente me dirijo a usted (es), con el fin de informarle que acepto ser tutora del Trabajo de Grado de Maestría en Ciencias de la Educación Superior mención Docencia Universitaria, titulado: **LA AUTOGESTIÓN, UNA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE ASISTENCIA MÉDICO – HOSPITALARIO PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICA UNELLEZ – APURE**, presentado por la ciudadana: Mirna Garrido, titulado:, y acepto asesorar a la estudiante, durante la etapa del desarrollo de la tesis hasta su presentación y evaluación.

En San Fernando, a los 27 días del mes de Octubre de 2008.

Atentamente;

**MSc. María Auxiliadora González Lamuño
C.I. 8.155.177**

Línea de Investigación: Deportes, Salud y Nutrición

ÍNDICE GENERAL

	pp.
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
LISTA DE CUADROS.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	vi
RESÚMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Justificación.....	10
II MARCO TEORICO	
Antecedentes del Estudio.....	12
Fundamentos Teóricos.....	15
Teoría de Campo.....	15
Teoría del Aprendizaje Significativo.....	16
Teoría de la Complejidad.....	20
La Complejidad Universitaria para la generación de un Estado de bienestar en los Sistemas Sociales.....	20
La Salud Pública en la Posmodernidad.....	26
Funciones de la Salud Pública.....	31
Bases legales.....	34
Operacionalización.....	36
III MARCO METODOLÓGICO	
Diseño de la Investigación.....	37
Tipo de la Investigación.....	37
Población y Muestra.....	38
Población.....	38
Muestra.....	39
Técnicas de Recolección de Información.....	39
Instrumento de Recolección de Datos.....	39
Validez de los Instrumentos.....	40
Confiabilidad.....	41

	pp.
Procedimiento.....	41
Análisis de los Resultados.....	42
IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS	56
A Instrumento aplicado a los Estudiantes.....	57
B Validación.....	60
C Confiabilidad.....	62

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°		pp.
1	¿Cuál de las siguientes enfermedades epidemiológicas ha padecido?	44
2	¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de salud pública?	45
3	¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de control de contaminación?	46
4	¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de educación sanitaria?	47
5	¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de vacunaciones?	48
6	¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de atención primaria?	48
7	¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de atención hospitalaria?	49
8	De la lista siguiente, marque con una equis (x), ¿Cuál de las siguientes dimensiones ha constituido una base para el desarrollo de proceso de aprendizaje?	50

LISTA DE FIGURAS

Figura N°		pp.
1	Redes o mallas: estructura Cognitiva, propuesta por Ausubel (1976). Adaptación de Garrido (2008).	17
2	Proceso de Inclusión de Ausubel (1976). Adaptación de Garrido (2008)	18
3	Organizadores Previos planteados por Ausubel (1976). Adaptación de Garrido (2008).	19



LA UNIVERSIDAD QUE SIEMBRA

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES "EZEQUIEL ZAMORA"
VICERRECTORADO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO
REGIONAL
COORDINACIÓN DE POSTGRADO**

**LA AUTOGESTIÓN, UNA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZACIÓN DE LOS
BENEFICIOS DEL PLAN DE ASISTENCIA MÉDICO – HOSPITALARIO
PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICA UNELLEZ -
APURE**

**AUTORA: Mirna Garrido
TUTORA: María Auxiliadora González
FECHA: Noviembre de 2008**

RESUMEN

En el hecho educativo, y más particularmente en la Educación Superior, resalta la problemática de cómo la salud pública, se vincula con el aprendizaje de los estudiantes de una forma correlacionada y sustancial, en cuanto a que las cifras emanadas de los principales organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (2008), así como el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2008), poseen preocupaciones hacia los sectores más deprimidos, ya que gran parte de la población está excepta de recibir los cuidados necesarios que norman la medicina preventiva y la hospitalaria. En este sentido, se proponen unos objetivos como los siguientes: Objetivo General, Determinar la correlación existente entre la salud pública como estrategia para optimización del plan médico – hospitalario en el proceso de aprendizaje de los estudiantes pertenecientes a la UNELLEZ- Apure. Objetivos Específicos: Detectar el estado de salud pública que poseen los estudiantes para el desarrollo de sus actividades de aprendizaje; Precisar el proceso de aprendizaje que realiza el estudiante universitario en atención a su salud pública; y Calcular la correlación existente entre salud pública y aprendizaje. En este sentido, se analizan documentos, para la indagatoria de los principales argumentos teóricos, como las Teorías de Campo; Del Aprendizaje Significativo y la Compleja. Se emplea una metodología con enfoque cuantitativo y parte del estudio de una correlación entre las variables: salud pública y aprendizaje de los estudiantes en Educación Superior, tomándose para ello una población de 4500 personas, que fueron analizadas y presentadas en cuadros de frecuencia relativa, absoluta, media aritmética y desviación típica estándar. En este marco, las principales conclusiones están dadas en que aún cuando el estudiantes universitario, no ha sido víctima de pandemias o efectos de deterioro prolongado a su salud, la recomendación es el incremento de los programas sanitarias y enfocarlos más a las poblaciones más desfavorecidas.

Descriptores: Salud Pública; Aprendizaje; Educación Superior.

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
“EZEQUIEL ZAMORA”
POST-GRADO CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA
NÚCLEO APURE**

**LA AUTOGESTIÓN, UNA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZACIÓN DE
LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE ASISTENCIA MÉDICO – HOSPITALARIO
PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR PÚBLICA UNELLEZ -
APURE**

**Trabajo para optar al Título de Magíster Scientiarum en Ciencias de la
Educación Superior, mención Docencia Universitaria**

**Autora: Mirna Garrido
Tutora: MSC. María A. González**

SAN FERNANDO, NOVIEMBRE DE 2008

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública, de acuerdo con Wikipedia (2008), es una ciencia médica de objeto multidisciplinario y sin lugar a dudas el objeto primordial y pilar central de estudio para la formación actualizada de todo médico, que obtiene, depende y colabora con los conocimientos a partir de todas las ciencias (Sociales, Biológicas y Conductuales), y sus diferentes protocolos de investigación, siendo su actividad eminentemente social, cuyo objetivo es ejercer y mantener la salud de la población, así como de control o erradicación de la enfermedad. En este sentido, es de suma importancia en las sociedades y más particularmente para atender a poblaciones estudiantiles, en el que es vital, contar con la asistencia y desarrollo de programas alternativos de salud, que tienda a generar sustentabilidad y contribuir en la prevención y tratamiento de enfermedades, entre otros.

En el marco, en referencia, se introduce el concepto de salud, específicamente la pública, por cuanto el abordaje de la temática requiere la selección de aspectos claves, que involucre la profundización y el estudio de la misma a través de una metodología científica, como la propiciada por el campo de las ciencias sociales, en la que se incluye la maestría en Ciencias de la Educación Superior, mención docencia universitaria. Por ello la relevancia del trabajo que actualmente se presenta, guarda estrecha relación con el área profesional de la investigadora, como lo es la medicina y alternadamente a ello, está la preocupación creciente en el nivel de educación superior de procurar una mejora en el proceso de enseñanza y aprendizaje, que se amplía a una visión de trabajo compartida por los miembros de la comunidad académica y estudiantil y todos aquellos que de alguna manera, están preocupados por los cambios sociales, políticos, económicos y culturales que experimenta la Universidad como todo organizado.

En la perspectiva expuesta, y complementando, la idea de selección de la temática, se vincula entonces el aprendizaje universitario, como proceso psicológico, social y cultural, que es fundamental para lograr el desarrollo pleno como ser humano y alcanzar las competencias necesarias para constituirse en ciudadano del mundo, a la vez consustanciado con los valores democráticos para la equidad, justicia y preservación de los deberes y derechos, que hacen posible dimensionar un crecimiento sostenido, gracias al impacto generado por la educación superior, en todas las fuerzas vivas de la sociedad. En este contexto, se sitúa a las universidades como organizaciones que otorgan valor y reconocimiento a las personas, al desarrollar un proceso de enseñanza y aprendizaje multitransdisciplinario, a la vez se constituye en un escenario donde es posible la investigación de una realidad emergente, como por ejemplo la determinación de la correlación existente entre la salud pública y el aprendizaje universitario, como variables que se complementan y son claves para el éxito de la toda emprendida.

En atención a lo precedente, se estructura un trabajo en cinco capítulos: El primero, el problema, enfatiza en la realidad mundial, nacional y local a través del análisis de documentos y proyecciones de situaciones comunes en el nivel de educación superior, en la cual la simbiosis salud y educación marchan al unísono, luego está la justificación del estudio, en el que se destaca la relevancia y principales aportes a la educación. El segundo, se refiere al marco teórico, en el que se puntualiza, las investigaciones afines y las teorías como del aprendizaje significativo de Ausubel y la de la complejidad de Lukmann. El Tercero engloba el marco metodológico, el tipo de investigación es correlacional, y la población está formada por cuatro mil quinientos estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad Bicentenario de Aragua y la Universidad Rómulo Gallegos. El Capítulo IV, consiste en la presentación y análisis de los resultados. El Capítulo V, conclusiones y recomendaciones. Por último están las referencias y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

De acuerdo con un Informe emitido por Malo (2008), Presidente de la Organización Panamericana de la Salud en Venezuela, las Organizaciones e instituciones gubernamentales ligadas al diseño de las políticas públicas para los pueblos y comunidades indígenas fueron convocadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el fin de establecer un espacio de diálogo e intercambio sobre la aplicación de los determinantes sociales en los pueblos indígenas, recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2008).

La producción del informe de la OMS de determinantes sociales de la salud es un llamado a los países para trabajar por la equidad social, puesto que la salud está estrechamente relacionada con los problemas de pobreza y desigualdad en América Latina. Estas desigualdades son más profundas en la población indígena, por eso es importante que los líderes y grupos indígenas se enteren y discutan sobre estos determinantes sociales en función de fortalecer las políticas públicas.

La cita en referencia, pone de manifiesto, una problemática que se presenta en América Latina, en el que se destaca que la salud está afectada por determinantes de tipo sociales, en el que se destaca la pobreza, la desigualdad y está la necesidad de fortalecer las políticas públicas en este sentido de tal manera que se minimicen al máximo las dificultades y se provea de medidas que ayuden a la población en todos los estratos sociales.

También la Directora de Salud Indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2008), Doctora Noly Fernández, explicó que las condiciones sociales, políticas y económicas tienen una fuerte influencia sobre la salud y son llamados determinantes sociales de la Salud de los pueblos más vulnerables, entre los que se destacan: la pobreza extrema, los bajos salarios, el desempleo, la migración, deterioro y abandono de los hábitos alimenticios tradicionales, índices altos de analfabetismo, difícil acceso a los servicios, y pocos programas de formación y capacitación culturales adecuados.

Por otra parte en Venezuela, el Ministro del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2008), Mantilla, informó que han ampliado su radio de acción en la disminución de enfermedades epidemiológicas, como por ejemplo el dengue, disminuyéndolo así a 10 mil y la malaria en 9 mil. En este aspecto, se destaca los esfuerzos del Estado venezolano para combatir epidemias y pandemias que son abordados en la salud pública, para contrarrestar efectos nocivos en los pacientes atendidos. Al efecto, se destaca, informaciones aportadas por el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez (2008), en el que el sistema de salud pública cuenta con 6.571 módulos populares de Barrio Adentro 1; 986 instalaciones de salud (CDI, SRI y CAT); 1.650 puntos de atención odontológica y 459 ópticas distribuidas en todo el territorio nacional. Ello es fundamental para contribuir con el bienestar de todas las personas, en especial el de las comunidades estudiantiles, donde están las del Nivel de Educación Superior.

El sector salud a nivel mundial contempla estrategias de atención primaria, tal como lo declara la Asamblea Mundial de la Salud en mayo 1998; donde se aprobó la política de salud para todos en el siglo XXI, allí se reafirmó el principio enunciado en la Constitución de la OMS: “El goce máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Así pues, se hace énfasis en mejorar la salud y el

bienestar de las personas, constituyendo el objetivo fundamental del desarrollo social y económico; su importancia radica en reducir las desigualdades sociales y económicas y prestar la máxima atención a los más necesitados y a quienes poseen un deterioro de su salud.

En consecuencia, la OMS propone metas muy específicas como es, promover poblaciones y comunidades sanas y combatir el deterioro de la salud, a través de cuatro orientaciones estratégicas que proporcionan la direccionalidad de la labor técnica de la OMS, las cuales están íntimamente interrelacionadas: reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en las poblaciones pobres y marginadas, promover modos de vida sana y reducir los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, social y comportamental; desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios y configurar una política propicia que permita crear un entorno institucional para el sector salud y promover una dimensión sanitaria eficaz para la política social, económica, ambiental y de desarrollo.

En este orden de ideas, la salud según Cordiplan (1995) “es un proceso determinado por las condiciones de vida y trabajo de la población y por el acceso y la calidad de los servicios que se ofrecen” (p.145). Así pues, que en Venezuela como en cualquier otro país, el estado es garante del derecho a la salud de la población, por lo que tiene la responsabilidad de superar las deficiencias presentes en el sistema de prestación del servicio; tal como lo establece el Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen el derecho a la protección

de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa,... (p.62)

En función de esto, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2008), es el órgano rector que tiene a su cargo la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas delineadas por el Estado Venezolano y le corresponderá desarrollar estrategias que permitan mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de Servicio de Salud, con carácter preventivo y correctivo en el marco de las variables sociales, económicas, culturales, psicológicas y de saneamiento ambiental que determinan la salud. Por ello debería adoptarse como estrategia fundamental el fortalecimiento de la atención primaria en salud, con énfasis en la participación de los ciudadanos y la sociedad civil.

Por ello se hace necesario combatir las desigualdades sociales, en relación a enfermedad, salud y muerte, de manera de garantizar el derecho constitucional a la salud de los ciudadanos, especialmente de los sectores de menores recursos. Es necesario considerar el principio de eficacia en la prestación de los servicios a través de recursos necesarios, propiciando la utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos apropiados para cada nivel y produciendo un nuevo estilo de relación con gremios y sindicatos, el cual permita reorganizar el trabajo en beneficio de la población usuaria.

Así mismo, el principio de solidaridad en la política de salud del estado, lo orienta a garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios y es necesario desarrollar nuevos modelos de gestión y financiamiento, que rompan el marcado centralismo existente y que permitan a las instituciones la generación y manejo de recursos destinados a la prestación de servicios de salud que abrirán la posibilidad de recuperación de costos, que según Piñero (2000) podría lograrse a través de la captación de ingresos provenientes del sector privado, del estado y del propio usuario, garantizando el libre acceso a la población que no dispone de recursos.

En función de esto, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2008), en su nueva estructura contempla la promoción de la salud y el desarrollo social como línea estratégica que permitirá operacionalizar y ejecutar modelo de atención integral en el ámbito de los servicios locales de salud, apoyándose en la descentralización, desconcentración y la participación social, la cual es considerada como un proceso dinámico donde las organizaciones sociales participan activamente en la identificación, análisis, diseño y puesta en marcha de soluciones, donde gobierno y sociedad mantengan vínculos de corresponsabilidad en el marco de la autonomía, el consenso y la equidad.

Dentro de esta perspectiva, la participación es fundamental en la construcción del nuevo orden social, donde el Estado tiene como centro de acción al individuo y se orienta a la sociedad hacia un desarrollo social y humano sostenible, con un ejercicio democrático amplio y profundo y una sociedad civil organizada y participativa. Para ser efectiva la promoción de la salud, se requiere integrarla a los componentes de atención en este marco conceptual y metodológico definido también por las políticas establecidas por los Ministerios del Poder Popular para la Educación Superior y el Ministerio del Poder Popular para la Salud, y asegurar una estructura operativa que contempla, entre otros elementos, la formación del capital humano, coordinación intrasectorial e intergubernamental, así como la definición de indicadores de proceso, de resultados e impacto que permitan monitorear y evaluar la gestión.

Montilva (2000), afirma que el sector de salud en Venezuela actualmente se encuentra inmerso en un proceso de reforma en sus dimensiones organizativa-institucionales, financieras, legales y éticas, a fin de convertirlo en un sector moderno, eficiente y solidario. Todo esto surge a consecuencia de la crisis que atraviesan las Instituciones Públicas del Estado, caracterizado fundamentalmente por los siguientes factores: Desarticulación institucional y programática: está determinada principalmente

por la ausencia de coordinación entre los diferentes entes prestadores de servicios de salud; Un inadecuado modelo de atención de salud: la prestación de los servicios se basa todavía en formas organizativas implantadas en la década de los 50, cuando tuvo su fase de consolidación el nacimiento de éste organismo de salud.

Posteriormente ocurre lo mismo con el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, entes fundamentales en la atención de salud pública. Estos estilos de atención no alcanzaron los cambios necesarios en base a las modificaciones espacio-territorial, demográficas, epidemiológicas, políticas y económicas que han caracterizado al país en las dos últimas décadas; Inadecuado sistema gerencial: el cual básicamente se distingue por su excesiva centralización, verticalidad y escasa participación institucional y social en el proceso de toma de decisiones; déficit en el modelo de financiamiento y gestión financiera; que se evidencia en una crisis fiscal del sector, en una irracional composición del gasto, una formulación presupuestaria histórica desvinculada del volumen, de la calidad de los servicios y del impacto en salud, así mismo, una anarquía en la generación de fuentes alternativas de financiamiento sin una claridad sobre su posible equidad o inequidad.

Evidentemente, que la Reforma Político Institucional está basada en dos estrategias, la descentralización y la reestructuración. Con la descentralización se pensó que afianzar y desarrollar el proceso de transferencia de competencia, servicios y recursos humanos hacia las Gobernaciones de los estados e impulsar la municipalización y/o parroquialización de la prestación de los servicios, asumiéndose la participación de la comunidad como elemento central para la democratización de la estructura sanitaria y surgimiento de mecanismos sociales de evaluación y control.

De acuerdo con lo anteriormente señalado, se analiza como la salud está afectada en diversos sectores y las poblaciones más desfavorecidas

adolecen de gravedad en su bienestar físico, psicológico, social e intelectual. En estos últimos es importante recalcar el proceso de aprendizaje que ha de desarrollar un estudiante y está condicionado por diversos factores, y la salud no escapa de ello.

En éste punto, se hace notorio que entre salud y educación existe una correlación directa y los elementos de análisis están enfocados directamente en el estudio de la salud pública y el aprendizaje del estudiante universitario, realidad ésta que se sitúa en todos los escenarios, y en el municipio San Fernando, del estado Apure, en donde está la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora, funcionan con una matrícula aproximada de 4500 estudiantes, cuyas condiciones de salud inciden directamente en el aprendizaje del mismo, para la cual se identifica aquí una metodología sustentada en la investigación de tipo correlacional, para generar a través del cálculo matemático, una objetividad e cuanto a sesgos establecidos y propicia una mejor interpretación de la problemática en estudio.

De allí que se formulan las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el estado de salud pública que poseen los estudiantes para el desarrollo de sus actividades de aprendizaje?; ¿Qué proceso de aprendizaje realiza el estudiante universitario en atención a su salud pública?; ¿Qué correlación existe entre salud pública y aprendizaje?.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

-Determinar la correlación existente entre la salud pública como estrategia para optimización de los beneficios del plan médico-hospitalario en el proceso de aprendizaje de los estudiantes pertenecientes a la UNELLEZ - Apure.

Objetivos Específicos

-Detectar el estado de salud pública que poseen los estudiantes para el desarrollo de sus actividades de aprendizaje.

-Precisar el proceso de aprendizaje que realiza el estudiante universitario en atención a su salud pública.

-Calcular la correlación existente entre salud pública y aprendizaje.

Justificación

El sector salud en Venezuela actualmente se encuentra inmersa en un proceso de reforma en sus dimensiones organizativas, institucionales, financieras, legal y éticas, a fin de convertirlo en un sector moderno, eficiente y solidario que a largo plazo permitirá elevar la calidad de vida del venezolano, donde se encuentra inmersa la población estudiantil universitaria, conformada por adolescentes, que en su inmensa mayoría pertenecen a un hogar de escasos recursos económicos y por su condición de adolescentes, aquellos cuyas edades oscilan entre 15 y 17 años, están amparados por la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente en su Artículo 41 "Derecho a la salud y a servicios de salud" y aquellos mayores de 18 años también los ampara el Decreto Presidencial N° 531.

En consecuencia, el Estado a través de la Fundación de Asistencia Médico-Hospitalaria para Estudiantes de Educación Superior Pública, facilita a esta población estudiantil el acceso al servicio de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud, lo cual es vinculante a la calidad de vida como mecanismo del disfrute de los derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Artículo 83 y el 41 de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente. En este punto, se inserta la gran importancia que reviste la salud pública para la población, y la necesidad creciente de seguir incorporando programas sociales, sanitarios, educacionales para beneficio de la población. En este marco de referencia, también se destaca el aprendizaje como proceso social,

psicológico, biológico que complementa en el individuo, su integralidad y la relevancia que se plantea en el estudio es determinar la correlación existente entre salud pública y aprendizaje, de tal manera que se aporten datos para el análisis y el desarrollo de acciones estratégicas enfocadas en el nivel de educación superior, cuyos principales beneficiados son los estudiantes, los profesores y la comunidad en general. También el trabajo es relevante, por lo siguiente:

- Profundiza la realidad emergente de las comunidades estudiantiles al correlacionar variables como la salud y la educación a un entorno complejo.
- Genera constructos derivados de la práctica sustentada en la participación, pluralismo, equidad, justicia social y la homogeneidad de políticas que tienden hacia el bienestar colectivo.
- Interpreta y analiza una realidad del nivel de Educación Superior, especialmente en las universidades que están ubicadas en el municipio Biruaca y que puede ser extensivo a otras poblaciones.
- Promueve la reflexión, la toma de conciencia hacia asuntos públicos que convergen en problemáticas del nivel de educación superior, al introducirse elementos de suma importancia como son la salud y la educación que son elementos de plural importancia.

En el marco precedente, está la necesidad de índole social/sanitaria/intelectual para indagar los hechos que son notorios en la realidad apureña, específicamente en la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora. Estado Apure, para estudiar la influencia desde el punto de vista matemático, estableciendo una correlación entre variables alternativas y de esta forma aplicar un rigor metodológico en atención a los hallazgos más significativos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

La Fundación de Asistencia Médica Hospitalaria para Estudiantes de Educación Superior Pública (FAMES) para la organización y funcionamiento de las Comisiones de Salud, requiere de recursos humanos y financieros con la finalidad de optimizar la calidad del servicio médico prestado a los usuarios; en virtud de ello, la presente investigación se orientará a la implementación de mecanismos de autogestión como estrategia administrativa para la búsqueda de los recursos necesarios a fin de garantizar un mejor servicio médico asistencial. En tal sentido, se hará referencia a estudios afines realizados por investigadores con el propósito de destacar elementos válidos que apoyarán la presente investigación.

En los antecedentes de investigación, se presenta a Román (2008), con su trabajo titulado: *Estrategias de aprendizaje para el desarrollo de la práctica comunicativa en los estudiantes de la Cohorte XII de la Carrera Educación Inicial de la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez, Núcleo Apure*, trabajo de maestría en Ciencias de la Educación Superior, mención Docencia Universitaria, presentado a la Universidad de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora. El propósito fundamental, consistió en proponer estrategias de aprendizaje para el desarrollo de la práctica comunicativa, ya que el sistema educativo venezolano está orientado hacia metas y objetivos que emergen en la construcción de un nuevo hombre republicano, consustanciado con la sociedad y las limitaciones comunicativas. Los objetivos que se plantearon fueron tres, uno general: Proponer las estrategias de aprendizaje; y tres específicos: Identificar la práctica comunicativa de los estudiantes; Indagar las estrategias de

aprendizaje que son desarrolladas por la institución para la práctica comunicativa y elaborar una propuesta de estrategias para el desarrollo de la práctica comunicativa. Los enfoques empleados fueron dos: El psicológico y el sociológico. Metodológicamente la investigación se apoyó en una investigación de campo y la modalidad Proyecto Factible. La autora aplicó una entrevista abierta compuesta por 18 ítems. El mapa de variables se ubicó con dos categorías: Práctica comunicativa y estrategias de aprendizaje. Los hallazgos encontrados arrojaron deficiencias en la práctica comunicativa. En este sentido se elaboró la guía de estrategias para que a través de ésta, el estudiante mejore su práctica comunicativa.

La relación del trabajo en referencia con la presente investigación, es que permite desarrollar una visión amplia, acerca de cómo el aprendizaje en el ser humano permite la integralidad y la interconexión con otros, otorgando, sentido y significado a su protagonismo y a la vez se propicia en el contexto social roles para introducirse en situaciones del convivir diario y favorecer un contacto más estrecho con otros seres humanos.

Por otra parte, se presenta el estudio de Cardozo (2007), titulado: *Educación Superior y Desarrollo Sostenible. Hacia una Estructura Teórica en el Contexto de las Relaciones entre Individuo, medio ambiente y sociedad*. Tesis Doctoral de la Universidad Bicentenario de Aragua. Posee los siguientes objetivos: Analizar desde una perspectiva crítica los fundamentos teóricos del desarrollo sostenible en el contexto de la Educación Superior para dar cuenta de las complejas relaciones entre individuo, medio ambiente y sociedad; Indagar la concepción de desarrollo sostenible que maneja la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales "Ezequiel Zamora", Apure a través de su diseño curricular; Describir las dimensiones sustantivas que definen el modelo actual de relaciones existentes entre la Universidad Nacional Experimental Ezequiel Zamora y el medio ambiente y Estructurar los fundamentos ontológicos y axiológicos de una teoría acerca de las conexiones

entre Educación Superior y Desarrollo Sostenible, en el marco de las complejas relaciones existentes entre individuo, medio ambiente y sociedad.

Sus teorías bases consistieron en la complejidad para la sustentabilidad de los sistemas sociales, Teoría del desarrollo sostenible teoría de la ética ecológica y ambiental. Se apoyó en un enfoque epistemológico cualitativo, con énfasis en el método fenomenológico - hermenéutico. Sus principales conclusiones están que en el contexto de la educación superior, el hombre requiere de un proceso de desarrollo sostenible para avanzar en la búsqueda de la excelencia organizacional como todo organizado.

La relación que se establece entre la investigación afín con el actual estudio está, que la Universidad es un marco para la sustentabilidad. En el desarrollo y la innovación se encuentra afianzada al proceso de evolución del individuo para alcanzar una cosmovisión que emerge hacia un campo educativo de amplias implicaciones y las tecnologías de la información y la comunicación representan una base para que el individuo alcance el autodesarrollo y el éxito en toda las etapas de su proceso de enseñanza y aprendizaje.

Otra investigación es la realizada por Maldonado, (2003), titulada: *Propuesta de Estrategias sustentada en una cultura democrática para la formación del ciudadano participativo*. Es una tesis de Maestría de la Universidad Simón Rodríguez, Los Teques. Su fundamento teórico lo constituye la Teoría del Desarrollo de Kohlberg, referida a la independencia personal a través de la cultura y de un enfoque humanístico. El tesista incorpora esta teoría, porque sustenta un modelo en la formación de la personalidad, la interiorización de valores y la convivencia. En la línea expuesta, la investigación precedente, sostiene que el elemento social es fundamental para que el individuo participe abiertamente en la sociedad, la

cual está vinculada con una práctica docente que involucra una participación activa.

La interpretación que el autor en referencia hace del hecho social como base para la elaboración de la propuesta de estrategias, responde a la necesidad de investigar como la realidad vista a través de la óptica de los sujetos, fomenta dentro de su núcleo un proceso de participación, el cual responde a las exigencias del medio y se articula con los planes y programas del Ministerio de Educación Superior. Con relación al marco metodológico, el estudio está orientado por el enfoque interpretativo, también llamado cualitativo, naturalista, fenomenológico, seleccionándose como muestra, el curso de una institución Superior producto del muestreo intencionado. Utilizó la técnica de observación participante, la entrevista y el cuestionario. Para el análisis e interpretación se basó en la categorización.

Fundamentos Teóricos

Teoría de Campo de Kurt Lewin

La Teoría de Campo de Kurt Lewin (1890 – 1947) psicólogo estadounidense de origen alemán. Propuso un estudio que consistió en un modelo de sistematización de la conducta a fin de comprender la totalidad de hechos, en un momento y espacio dados, que promueven el comportamiento del sujeto. La teoría de Lewin se fundamenta en la concepción de que la persona es inseparable del ambiente, con el que el sujeto constituye el espacio vital. La multitud de procesos del mundo físico y social que no afectan al espacio vital del sujeto se denomina espacio no psicológico, separado del vital por una zona limítrofe en que ciertas partes del mundo físico y social afectan al espacio vital.

El postulado fundamental de Lewin es el que cada proceso psicológico debe considerarse a la luz del conjunto de factores que actúan en él. La

relación de la teoría con el presente trabajo es que estudia al individuo en este caso al estudiante como sujeto capaz de interactúa con otros en un ambiente social que posee elementos bases para el desarrollo de la inteligencia del individuo y combinar lo cognitivo con lo psicológico para mejorar la relación establecida individuo – medio y viceversa.

La Teoría del Aprendizaje Significativo

David Paúl Ausubel (1976), nacido en Nueva York en el año de 1918, psicólogo de la educación estadounidense, hijo de un matrimonio judío de inmigrantes de Europa Central, graduado en la Universidad de su ciudad natal, fue el creador de la Teoría del Aprendizaje Significativo, uno de los conceptos básicos en el moderno constructivismo. Dicha teoría responde a una concepción cognitiva del aprendizaje, según la cual éste tiene lugar, cuando las personas interactúan con su entorno tratando de dar sentido al mundo que perciben. Visto así, en 1963 presentó su teoría en el libro Psicología del Aprendizaje Significativo Verbal, que se complementaría en 1968 con Psicología Educativa: un punto de vista cognoscitivo. Ausubel inició la comprensión de cómo se representa en la mente del actor la información adquirida en el mundo exterior e interior, que ha vivido durante toda su vida.

Complementando lo precedente, la información es utilizada para establecer redes o mallas, que en sentido social son redes, que se generan como resultado directo de su proceso mental y tiende a la creación de nuevos esquemas. Ausubel entendió el aprendizaje como la incorporación de la nueva información en las estructuras cognitivas del sujeto, pero estableció una clara distinción entre aprendizaje memorístico y aprendizaje significativo. El primero, también llamado mecánico o por repetición, es aquel en el cual los contenidos están relacionados entre sí de un modo arbitrario, careciendo de significado para el sujeto que aprende. El segundo, es aquel que relaciona

de manera esencial, nueva información con lo que el estudiante ya sabe (ver figura 1).

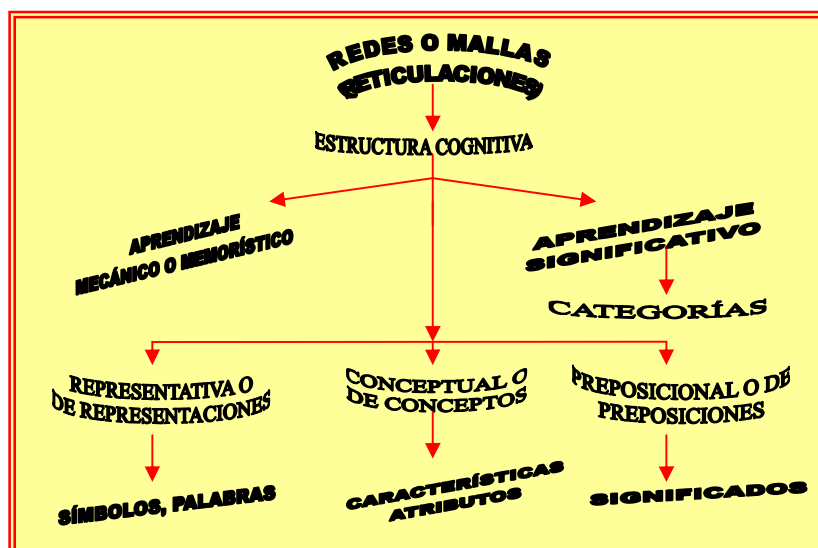


Figura 1. Redes o mallas: estructura Cognitiva, propuesta por Ausubel (1976). Adaptación de Garrido (2008).

Se destaca entonces tres categorías de aprendizaje significativo: representativa o de representaciones, conceptual o de conceptos y preposicional o de proposiciones. La primera supone el aprendizaje del significado de los símbolos o de las palabras como representación simbólica. La segunda, permite reconocer las características o atributos de un concepto determinado, así como las constantes en hechos u objetos. La tercera, implica aprender el significado que está más allá de la suma de los significados de las palabras o conceptos que componen la proposición.

Las categorías antes señaladas, están relacionadas de forma jerárquica, como puede deducirse fácilmente de su diferente grado de complejidad: primero es necesario poseer un conocimiento representativo, es decir, saber qué significan determinados símbolos o palabras para poder

abordar la comprensión de un concepto, que es, a su vez, requisito previo al servicio del aprendizaje preposicional, en el que se generan nuevos significados a través de la relación entre conceptos, símbolos y palabras (Enciclopedia de Pedagogía Práctica, 2004).

Tomando en consideración los postulados anteriores, la teoría de Ausubel (1976), presenta un proceso de inclusión, que es la diferenciación progresiva de conceptos ya existentes en la estructura cognitiva del sujeto. Se divide en dos procesos básicos: 1. Diferenciación progresiva, que está ligado al aprendizaje subordinado, cuyo desarrollo puede lograrse mediante la presentación de los conceptos más generales al principio de la enseñanza, pasando luego a los más específicos; 2. Reconciliación integradora, es un proceso inverso al anterior, pero vinculado a lo que Ausubel (ob.cit.) denomina aprendizaje supraordenado. Esto significa que en la estructura cognitiva del sujeto, existirían conceptos más específicos (discriminados), que aquel que se intenta enseñar (ver figura 2).

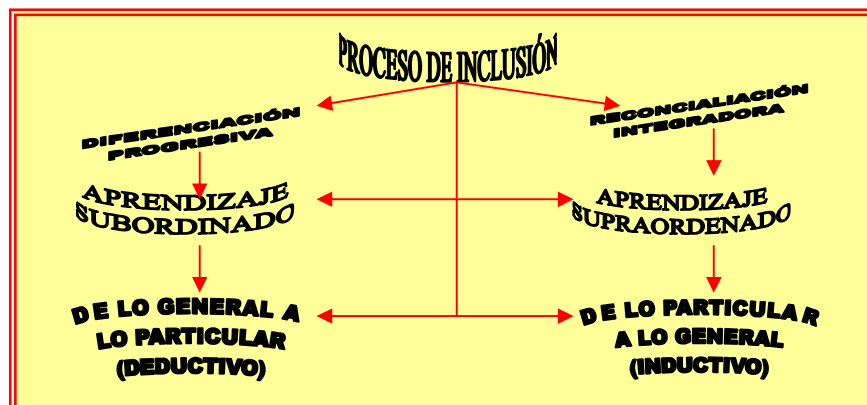


Figura 2. Proceso de Inclusión de Ausubel (1976). Adaptación de Garrido (2008)

Los organizadores previos, que consistían en brindar una explicación acabada de cómo los estudiantes pueden incorporar un nuevo material en su estructura cognitiva de un modo significativo, pensaba que la enseñanza debía actuar como mecanismo activador de los aspectos relevantes de la estructura cognitiva y los clasificó en dos: *expositivos*, están dirigidos a introducir un contenido completamente nuevo a facilitar la estructuración y adquisición significativa del mismo y *los comparativos*, son utilizados cuando una nueva actividad de aprendizaje contiene material parcialmente conocido. Sirven para señalar tanto similitudes como diferencias (ver figura 3).



Figura 3. Organizadores Previos planteados por Ausubel (1976). Adaptación de Garrido (2008).

Ausubel denotó al respecto, que la mayoría de los estudiantes en edad temprana ya han desarrollado un conjunto de conceptos, que permiten el aprendizaje significativo. Tomando ese hecho como punto de partida, se llega a la adquisición de nuevos conceptos a través de la asimilación, la

diferenciación progresiva y la reconciliación integradora de los mismos. Los requisitos u organizadores previos, son aquellos materiales introductorios que actúan como *puentes cognitivos*, entre lo que el estudiante ya sabe y lo que aún necesita saber.

Teoría de la Complejidad

La teoría de la complejidad fue formulada por Edgar Morin, con sustento en los planteamientos de Luhmann, en el que se destaca la sistematicidad de procesos, donde el caos puede llegar a ser complejo y la autopoiesis es un elemento que dinamiza la relación establecida entre el sujeto y su ambiente, porque la naturaleza es un todo organizado que se estructura en unidades atómicas que hacen al ser humano formar parte del universo. En este escenario, la autoorganización y el reconocimiento de la unicidad del ser en general otorga un sentido valorativo a la práctica educativa, ya que la educación, vista como conjunción de saberes, es una categoría sociohistórica derivada de la diversidad de lo cultural que permea la multidimensionalidad del ser humano.

La Complejidad Universitaria para la generación de un estado de bienestar en los Sistemas Sociales

En los últimos siglos los investigadores de las ciencias de la educación, se han apoyado en las teorías científicas, que aportan disciplinas como las matemáticas, la economía, la psicología, la antropología y la sociología, entre otros. Las primeras están sustentadas en las ciencias puras o aplicadas, en las que prevalecen métodos experimentales para comprobar sus hallazgos. Sin embargo, el reconocimiento de procesos analíticos y sintéticos que engloba la capacidad humana para pensar en formas centradas en la relación hombre – entorno; han promovido el desarrollo de los sistemas sociales, que es de reciente data y se fundamenta en el estudio de la concepción humana para integrarse a la sociedad y elaborar esquemas que

sirvan para el afianzar el proceso enseñanza y aprendizaje.

La participación de los científicos en el estudio de la realidad humana, posee una concepción filosófica, atribuida a la percepción que se realiza a través de los sentidos para captar una realidad cognoscitiva, en la que es necesario relacionarse con otros. Este principio asigna un significado al desarrollo de las teorías de la amplia gama del saber universal. En consecuencia, la curiosidad inacabada del ser humano para explicar el por qué de las cosas, se expandió con mayor rapidez desde las sociedades, cuando emergieron intentos para predecir fenómenos, que a la esfera del contexto epocal, en la cual es de notoria trascendencia, fue imposible asignar una respuesta acertada de lo que el hombre ha buscado como fuente del saber mismo, por lo cual hubo un periodo para dedicarlo al pensamiento de la naturaleza humana.

En la línea precedente, la visión de la Educación Superior del siglo XXI, tiene su origen basado en la teoría de la complejidad como sistema integral del ser. Es así como la profundización de la práctica humana en la institucionalidad como totalización de saberes se encuentra en un “escepticismo mitigado” (Hessen, 1994, p. 45). Según Picon (1994), la universidad venezolana al igual que la mayoría de las universidades del Occidente, es el resultado de un proceso histórico que comenzó en la edad media y que ha venido generando diferentes modelos de universidades a lo largo de más de ocho (8) siglos, en correspondencia con los diversos cambios sociales y ambientales que se generan.

La educación, vista como conjunción de saberes, es una categoría sociohistórica derivada de la diversidad de lo cultural que permea la multidimensionalidad del ser humano. En un plano más plural, la educación constituye el agregado sociocognoscitivo y cultural del individuo, que le permite afrontar, comprender y transformar la realidad que le circunda, a

través del reconocimiento de la unidad y la diversidad; la simplicidad y complejidad del ser humano; por ello, la tarea de educar y el acto de aprender, se integran en un sola dinámica axiológica que transversaliza la vida, donde se construyen y deconstruyen saberes que se expresan en los cambios de la conducta del hombre y se proyectan en el tiempo a través de un metalenguaje como una herencia cultural de la sociedad.

Como se puede apreciar, la educación concebida en estos términos significa la activación y desarrollo de la capacidad del individuo para la emergencia de conceptos que son claves para el desarrollo sostenible. La complejidad según Morín (2002), viene dada cuando se involucra aprendizajes de naturaleza *cognitiva y afectiva*, pero también la ética, política y cultural. La educación está representada por una óptica de la transversalidad del conocimiento la cual se nutre de saberes en proceso de construcción e imaginarios a través de un pensamiento liberador que circula en una sociedad mutante, donde está la interconexión individuo – sociedad.

El Sector Salud

El X Plan de la Nación se define a la salud como: “un proceso determinado por las condiciones de vida y trabajo de la población y por el acceso y calidad de los servicios que se ofrecen” (p.145). Todo este proceso se traduce en indicadores que permiten elevar la calidad de vida del ser humano y productividad; y es competencia del Estado asumir el papel de garante del derecho a la salud, así como la responsabilidad de superar las deficiencias presentes en el sistema de prestación del servicio.

Con la reestructuración se persigue fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, permitiendo que al concentrarse en funciones políticas, normativas y contraloras, la prestación de los servicios de salud esté a cargo de las direcciones estatales o municipales, con amplia participación de la sociedad civil. Reforma financiera estableciendo cambios

en el sistema de financiamiento que permita ser sostenible la prestación de servicio con equidad.

En este sentido, debe modificarse la estructura del gasto, implantación de nuevas fuentes de financiamiento y la reforma legal debe replantearse dentro de un marco regulatorio que rijan el sector salud, a los fines que sea la expresión de la política de modernización. También es necesario plantearse el desarrollo de nuevos modelos de gestión y financiamiento, los cuales deben tener como objeto la autonomía y capacidad autogestionaria.

También es oportuno aclarar que en Venezuela existen más de cincuenta (50) proveedores de servicios de salud en el sector público, siendo los más importantes: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y la Gobernación del Distrito Federal. Asimismo, Fundaciones y Asociaciones que prestan servicios de Asistencia Médica-Hospitalaria, como la Asociación Cardiovascular Centroccidental (ASCARDIO), Asociación del Amigo del Corazón (ASOCOR); Fundación de Amigos del Hospital Pastor Oropeza (FAHOSPO), Fundación para el Servicio de Asistencia Médica-Hospitalaria para los Estudiantes de Educación Superior Pública (F.A.M.E.S.).

Historia de la Salud Pública

El *acceso* o *accesibilidad* a los servicios de salud se define como el proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad. Este proceso involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por buscarla, por tenerla y por continuar con esa atención, bien sea en términos del diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención o la promoción de la salud.

La salud pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de

los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente. Los egipcios, según Heródoto, eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales. Los indostaníes, según Charaka y Shusruta, padres de la medicina, eran los pioneros de la cirugía estética, y de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, de descanso, y de trabajo.

Los hebreos llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de JC. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua... La civilización griega presta más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio.

El imperio romano es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos. En América Prehispánica, la civilización Tehotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia, Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se crea en islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrolla diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlan una de las ciudades más sucias del mundo.

En la Edad Media, presidida por el cristianismo, se produjo una reacción contraria a todo lo que recordaba al imperio romano y al paganismo. El desprecio de lo mundano y la "mortificación de la carne" pasaron a ser las normas preferidas de conducta, por lo que el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, se produjeron las grandes epidemias de la humanidad. La lepra se consiguió erradicar de Europa con la marginación y el exterminio de los leprosos. Con respecto a la peste bubónica se establecieron medidas de cuarentena en los puertos marítimos y cordones sanitarios en tierra.

En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad. Resaltan también los trabajos de W. Farr, quien en polémica con Chadwick señalaba que las condiciones de salud de los trabajadores se debían al exceso de trabajo que los mataba de inanición. En Alemania Rudolf Virchow, un gran patólogo de la época, al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que "la política es medicina en gran escala", mostrando con ello que las transformaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud. A mediados del siglo XIX casi todos los médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas que llevaban la enfermedad a las personas.

Otro grupo de médicos, los contagiacionistas sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la

razón a los segundos y se abrió una época de "cazadores de microbios". Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la salud Pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX y I.

La Salud Pública en la Posmodernidad

Los cambios han sido tan espectaculares que el propio término de "salud internacional" empieza a ser sustituido por el de "salud global". Para explorar este nuevo terreno es importante analizar las tres tendencias que están influyendo de manera determinante en la salud global a principios del siglo XXI: a) la creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud; b) el mayor pluralismo en la arena de la salud internacional, con una acelerada multiplicación del número de actores, y c) el papel cada vez más crítico de la salud dentro de la agenda del desarrollo económico, la seguridad global y la democracia.

Para enfrentar los retos y aprovechar las oportunidades que en materia de salud plantea la globalización, resulta necesario empezar por redefinir el concepto mismo de salud global. En particular, es indispensable distinguirlo del concepto de salud internacional, que en el siglo XX se identificó exclusivamente con las enfermedades transmisibles en los países en vías de desarrollo y con actividades de asistencia técnica. Lo que se requiere es "globalizar" el concepto de salud global para darle el contenido que la interdependencia del mundo actual demanda.

La transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud.

La transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud no es un fenómeno nuevo. Desde hace siglos, el comercio, la migración, las guerras y las conquistas han puesto en contacto a poblaciones de lugares apartados. Lo novedoso es la amplitud y profundidad de la integración. Como nunca antes en la historia de la humanidad, las consecuencias incluso de acciones aparentemente nimias que suceden en lugares distantes se manifiestan, literalmente, en el umbral de nuestros hogares. La creciente proximidad del mundo se hace evidente en diversos procesos.

El número de viajeros internacionales asciende a tres millones de personas diariamente. Los mercados financieros mueven alrededor de dos mil millones de dólares al día. Ya hay más de mil millones de usuarios de la Internet. El mismo movimiento antiglobalización se globalizó en 2001, cuando activistas de todo el mundo se encontraron en el primer Foro Social Mundial en Porto Alegre, Brasil. La versión 2006 de este foro, que se llevó a cabo en Caracas, Venezuela, reunió a activistas de 170 países. No se pueden desdeñar las implicaciones de estos cambios para las condiciones salud de nuestras poblaciones ni para los sistemas de atención. El caso más comúnmente citado de la desaparición de las fronteras de la salud es la propagación de las enfermedades infecciosas.

La primera epidemia transnacional documentada se produce durante la Guerra del Peloponeso, en el siglo V antes de nuestra era. Según Tucídides, esta epidemia acabó con una cuarta parte de la población de Atenas y con sus ambiciones imperiales. En el año 542 de nuestra era, la llamada Plaga de Justiniano devastó el Imperio Romano. A mediados del siglo XIII una nueva epidemia de peste, conocida como Muerte Negra, produjo el deceso de 20 millones de personas sólo en el Viejo Continente. La colonización de Brasil y el Caribe en el siglo XVI se acompañó de la introducción del sarampión y la viruela, lo que casi condujo al exterminio de los pueblos

indígenas. Esta situación obligó a la importación de esclavos de África Occidental, quienes trajeron consigo el paludismo y la fiebre amarilla al Nuevo Mundo.

Más recientemente, la pandemia de influenza de 1918, que al parecer se originó en una granja de cerdos de Kansas, produjo alrededor de 50 millones de decesos en todo el mundo, cinco veces el número de muertes producidas en combate durante la Primera Guerra Mundial. Como puede constatar, la presencia cosmopolita de las enfermedades transmisibles tiene una larga historia. Lo verdaderamente novedoso es la escala de lo que se ha dado en llamar "tráfico microbiano". El incremento sin precedentes de la migración, el comercio y los viajes internacionales genera miles de contactos potencialmente infecciosos. Así, en Estados Unidos se produjo, en los años ochenta, un brote de dengue como resultado de la importación del mosquito tigre, que se introdujo en ese país en un cargamento de neumáticos usados procedente de Japón.

De la misma manera, en 1991 el agua contaminada de un barco originario de Asia produjo en Perú un brote de cólera que se convirtió en una epidemia continental en cuestión de semanas. La tuberculosis es otro problema emergente. En el mundo hay alrededor de 9 millones de personas que sufren de esta enfermedad, la cual produce más de 2 millones de muertes anualmente. Varias razones explican su regreso. Una de ellas es, por supuesto, la pandemia de VIH/SIDA.

Otras variables que influyen en el desarrollo de esta infección son el hacinamiento, la mala nutrición y la falta de atención a la salud, factores todos ellos comunes entre los socialmente marginados. En Rusia, por ejemplo, toda la población de las prisiones está en peligro de adquirir infecciones con cepas multiresistentes. Se ha calculado que de los tres mil prisioneros que se liberan anualmente en ese país, 80% están infectados con tuberculosis y muchos son portadores de cepas resistentes. El impacto de este tipo de situaciones trasciende las fronteras nacionales. Así, en marzo de

1999 los diarios de los principales países del mundo comentaban el caso de 12 pasajeros infectados con una cepa mortal de tuberculosis que adquirieron en un vuelo de París a Nueva York.

La fuente del brote había sido un turista ucraniano. Las últimas adiciones a la lista de epidemias globales son el síndrome respiratorio agudo severo, o SARS, y la influenza aviar. Esta última es todavía un peligro regional, pero hay especialistas que anticipan una pandemia con devastadoras consecuencias sanitarias, económicas y políticas. La primera de estas falsas concepciones es que las enfermedades transmisibles representan una especie de etapa inferior en la evolución de los patrones de enfermedad que se clasifican bajo el concepto de "transición epidemiológica". En su formulación original, propuesta por Omran a principios de los años setenta, se veía a la transición epidemiológica como un movimiento lineal de las enfermedades transmisibles hacia los padecimientos no transmisibles. Sólo era cuestión de tiempo para que las sociedades se deshicieran de la carga de las infecciones. Esta concepción simplificadora ha sido superada.

Gracias en gran medida a los trabajos de investigación realizados desde los primeros años del Instituto Nacional de Salud Pública, hoy se conoce que la transición en salud no es un fenómeno simple, lineal y unidireccional, sino un proceso complejo, contradictorio y dinámico en el que se traslapan varias etapas y en el que las poblaciones experimentan verdaderas "contra-transiciones" con el resurgimiento de infecciones previamente controladas. Más aún, la separación entre enfermedades transmisibles y no transmisibles es menos clara de lo que se pensó hace algún tiempo. Para empezar, algunas enfermedades originalmente clasificadas como no transmisibles han demostrado tener un origen infeccioso. Además, muchas de estas enfermedades o sus tratamientos debilitan al sistema inmune y dan origen a infecciones asociadas que a menudo son la causa precipitante de muerte.

En suma, las enfermedades infecciosas no pueden considerarse como un componente exclusivo de una etapa primitiva de la transición en salud, sino que deben verse como un ingrediente cambiante de todo patrón epidemiológico. Esta conclusión lleva a discutir la segunda falsa concepción: que las enfermedades infecciosas son sobre todo un problema de los países en vías de desarrollo. Como se ha notado, incluso en las sociedades en las que el patrón epidemiológico lo dominan las enfermedades no transmisibles, las infecciones constituyen un acompañante común de estos padecimientos. Más aún, el grado de integración del mundo supone que ningún país puede aislarse de los riesgos que surgen en otras partes del planeta. La aceleración de la diseminación de las enfermedades infecciosas se relaciona con cambios radicales en el ambiente y estilos de vida, que han llevado a Arno Karlen a hablar de una nueva era biocultural. En efecto, para complicar todavía más las cosas, no son solamente las personas y los microbios quienes viajan de un país a otro; también lo hacen las ideas y los estilos de vida.

El tabaquismo y la obesidad son los mejores ejemplos de los riesgos emergentes ligados a la globalización que están imponiendo una doble carga a los sistemas de salud en el mundo, complicando aún más las inequidades en salud. Hoy en día, los problemas *únicamente* de los pobres, como el paludismo o la tuberculosis, ya no son los *únicos* problemas de los pobres, quienes también sufren en mayor grado de las enfermedades no transmisibles. Así, las muertes relacionadas con el consumo de tabaco se están concentrando de manera creciente en los países en vías de desarrollo, los cuales carecen de las estructuras regulatorias para confrontar el enorme poder de las empresas multinacionales.

La manera de oponerse a ese poder es complementando las políticas nacionales con instrumentos globales, como el Convenio Marco para el Control del Tabaco, que constituye el primer tratado internacional de salud pública. Pero la globalización va más allá de las enfermedades y los riesgos

para incluir también a los productos para la salud. El creciente comercio de servicios y medicamentos a través de la Internet, por ejemplo, tiene enormes implicaciones para la prescripción irracional y la consecuente diseminación de resistencias microbianas.

Funciones de la Salud Pública

Protección Sanitaria

Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos y recursos. Además se incluye la seguridad social que detectan factores de riesgo para la población y elaborar programas de salud para la sociedad. Dar alternativas de solución a enfermedades que implican a cualquier población.

Promoción Sanitaria

Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Prevención Epidemiopatológica

Se basa en intervenciones de prevención primaria (vacunaciones), prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y/o rehabilitación de las secuelas dejadas por el o

los daños de las funciones físicas, psíquicas y/o sociales que debe ser así para todos.

Restauración Sanitaria

Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en dos niveles: atención primaria y atención hospitalaria. Existen actividades organizadas por la comunidad que influyen sobre la salud como son: La educación sanitaria: La enseñanza general básica debe ser gratuita a toda la población.(defensa de la educación pública); Política Microeconómica y Macroeconómica: Producción agrícola y ganadera (de alimentos), de bienes y servicios, de empleo y de salarios; Política de Vivienda Urbana-Rural y Obras Públicas; Justicia Social: De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio.

Organismos, Entidades e Instituciones Globales

La OMS, instituto internacional centralizado a emprender y desarrollar esfuerzos a nivel mundial sobre salud pública, y quien tiene una mayor organización e infraestructura para la demanda creciente de investigaciones en epidemiología, y otras ciencias de carácter médico que son mediadores específicos para el buen ejercicio de la salud pública.

La FAO, organismo internacional que conduce las actividades internacionales encaminadas a erradicar el hambre. Brinda sus servicios a países desarrollados, como a países en transición a modernizar y mejorar sus actividades agrícolas, forestales y pesqueras, con el fin de asegurar una buena nutrición para todos.

La UNICEF, o Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, las áreas de acción de UNICEF incluyen el desarrollo de la niñez, de la adolescencia, y la

participación en los patrones de vida basándose en la educación. Se centra en atender problemas de salud pública principalmente en zonas de extrema pobreza, en África y otras latitudes del mundo. Está enfocada principalmente en 5 prioridades: Supervivencia y desarrollo de la infancia; Educación básica e igualdad de género (incluyendo la educación a las niñas); Protección a niños contra la violencia, explotación y abuso; El SIDA y los niños; Políticas de vigilancia de los derechos de los niños.

La ONU, asociación de gobiernos global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos. La UNODC, agencia de las Naciones Unidas que tiene por objetivo asistir a la salud pública por medio de la seguridad pública internacional, luchar contra las drogas y el crimen organizado transnacional. Este objetivo se lleva a cabo a través de tres funciones primarias: investigación, persuasión a los gobiernos para que adopten leyes contra el crimen y las drogas así como los tratados y la asistencia técnica a dichos gobiernos. La PNUMA, organismo que interviene con la salud pública siendo programa de las Naciones Unidas que coordina las actividades relacionadas con el medio ambiente, asistiendo a los países en la implementación de políticas medioambientales adecuadas así como a fomentar el desarrollo sostenible.

La PNUAH, asiste a la salud pública como agencia de las Naciones Unidas, con sede en Nairobi, con el objetivo de promover ciudades y pueblos social y ecológicamente sostenibles. La ONUSIDA, es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (más conocido por el acrónimo ONUSIDA) es un programa de las Naciones Unidas destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU en su lucha contra el SIDA. La INTERPOL, organismo internacional de cooperativa policiaca y militar con 186 países miembros, por lo cual es la tercera organización internacional más grande del mundo, tan sólo por detrás de la

ONU. Creada en 1923, apoya y ayuda a todas las organizaciones, autoridades y servicios de Seguridad Pública y de Seguridad Nacional cuya misión es prevenir y combatir la delincuencia internacional, el tráfico de órganos humanos, la explotación laboral y sexo-servicial infantil y de la mujer, el narcotráfico, y el crimen organizado.

Bases Legales

La investigación se encuentra sustentada en el siguiente marco legal, donde se destacan: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), que consagra en sus postulados, principios básicos que regulan los derechos relativos a la salud, específicamente en el **Artículo 83**: “La salud es un derecho social fundamental obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida...(p.62)”, en este orden de ideas, la salud como derecho del ciudadano venezolano. También es deber de éste participar activamente en su promoción y defensa, así como el cumplimiento con las medidas sanitarias.

Así mismo, el **Artículo 84**, amplía las garantías del derecho a la salud y para ello el Estado creará y ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, “regido por los principios de gratuidad, universalidad, integridad, equidad, integración social y solidaridad...”.

En el XI Plan de la Nación pauta la necesidad de combatir las desigualdades sociales, en relación a enfermedad, salud y muerte, de manera de garantizar el derecho constitucional de la salud de los ciudadanos, especialmente de los sectores de menores recursos. Todo ello en función de los principios de integridad, eficiencia y solidaridad.

Cabe considerar lo contenido en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (1998), en el **Artículo 41** que establece el

derecho a la salud y a servicios de salud. Esto tomando en consideración que muchos estudiantes del sector universitario son adolescentes y, por lo tanto, son sujetos de derechos; así que se establece: “Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derechos a servicios de salud de carácter gratuito y de la más alta calidad...” (p.99).

Por otra parte, el Decreto 531 emanado del Ejecutivo Nacional de fecha 10 de Octubre de 1989 y publicado en Gaceta Oficial N° 34.323 crea la Fundación para Servicios de Asistencia Médica-Hospitalaria para Estudiantes de Educación Superior Pública (F.A.M.E.S.) cuya finalidad consiste en atender todo lo relativo a la salud del estudiante universitario; esto es vinculante a los derechos de la salud consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

A continuación se presenta la Operacionalización de las variables:

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo Específico	Variable Nominal	Variable Real	Dimensiones	Indicador o Sub indicador	Ítems	Técnica o Instrumento
Detectar el estado de salud pública que poseen los estudiantes para el desarrollo de sus actividades de aprendizaje.	Estado de salud pública que poseen los estudiantes para el desarrollo de sus actividades de aprendizaje.	Salud Pública	Social	Epidemias/pandemias: Sarampión Viruela Paludismo Fiebre amarilla Dengue Cólera Tuberculosis VIH Paludismo Tabaquismo Obesidad Programas de salud Control de la contaminación Educación sanitaria Prevención (vacunaciones) Atención primaria Atención Hospitalaria	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	Encuesta
Precisar el proceso de aprendizaje que realiza el estudiante universitario en atención a su salud pública.	Proceso de aprendizaje que realiza el estudiante universitario en atención a su salud pública.	Proceso de Aprendizaje	Social/ psicológico	Dimensión: Perceptiva Sensorial Intuitiva Estética Cognitiva/reflexiva Comunicativa/social	18 19 20 21 22 23	

Fuente: Garrido (2008)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la Investigación

El diseño de investigación, se corresponde con el diseño transeccional correlacional causal, que según Hernández, Fernández y Baptista (2006) "estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado" (p.211).

De allí que se observa que la información requerida por la investigación debe ser obtenida directamente a través de los estudiantes de la Universidad de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora, ubicada en el Municipio San Fernando. Estado Apure, donde la investigadora ha sido lo más objetiva posible, para evitar la manipulación de variables de la realidad objeto de estudio.

Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptiva – correlación, Mcmillan y Schumacher (2005), afirman que la investigación descriptiva: "Se ocupa de la situación actual o pasada de algo. Este tipo de investigación simplemente describe la realización, las actitudes, los comportamientos u otras características de un grupo de sujetos". (p. 268). La autora en referencia visualiza la necesidad de describir los datos que suministran los sujetos investigados para determinar la correlación entre la salud pública y el aprendizaje del estudiante universitario. También McMillan y Schumacher (2005), afirman que en un estudio correlacional divariado: "Los investigadores obtienen puntuaciones a partir de dos variables para cada

sujeto y entonces cumplen los pares de puntuaciones para calcular un coeficiente de correlación”. (p. 277). A partir de la cita, se infiere que las dos variables en estudio hay que demostrar la relación existente entre ellas. Tal como sucede en este estudio donde se presenta la relación correlacional: salud y aprendizaje.

Población

Población

Una investigación puede tener como propósito el estudio de un conjunto numeroso de objetos, individuos, e incluso documentos a todo este conjunto se le denomina población, tal como lo define Arias, (2006) “la población o en términos más precisos, población objetiva, es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio (p, 81)

En cuanto a la población Balestrini (2006), afirma que por ello se: “Entiende un conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes...” (p. 137). Los sujetos tomados en consideración para la investigación tienen características comunes. Por lo que Ramírez, (2004) los define como: “Reúne como tal al universo, al individuo, sujetos, etc. que pertenecen a una misma clase por poseer características similares, pero con la diferencia que se refieren aún conjunto limitado por el ámbito del estudio a realizar (p, 87)

En este caso, la población a estudiar está conformada por 4500 estudiantes de la UNELLEZ, ubicados en el Municipio San Fernando del Estado Apure.

Muestra

Está formada según Arias (2006), por un subconjunto de la población, en este caso, para el caso de la presente investigación, se considerará la no probabilística, que según Hernández, Fernández y Baptista (2006) “es un subgrupo de la población en la que la elección de los problemas, no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación” (p.241).

Se visualiza, según el cuadro en referencia, que la selección de la muestra abarca un total de 281 estudiantes pertenecientes a la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Investigación

Una técnica es un procedimiento más o menos estandarizado que se ha utilizado con éxito en el ámbito de la ciencia (Ramírez, 2004, p. 137); por otra parte Arias (2006) manifiesta que las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener información, son ejemplo de técnicas la observación directa, la encuesta en sus modalidades: oral y escrita (cuestionario), la entrevista, el análisis documental, análisis de contenido (p. 111).

Dada la naturaleza del estudio y en función de los datos que se requieren, tanto del momento teórico, como del momento metodológico de la investigación, así como con la presentación del trabajo escrito en primer lugar se parte de la observación de la situación expuesta en las dos variables: salud pública y aprendizaje, con la finalidad de tener un diagnóstico situacional para un total de veintiún ítems.

Siguiendo este orden de ideas, se continuó con las denominadas técnicas y reglas de la investigación documental, lo que permitió el montaje del marco teórico conceptual y parte del marco metodológico, en lo que se

refiere a la ubicación de la teoría necesaria. En este sentido, para recabar la información, se elaboró un instrumento dirigidos a los estudiantes, donde se aplicó la técnica de la encuesta, Arias (2006) la define: como una técnica que pretende obtener información que suministrada a un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismo o en relación con tema en particular. Bajo esta modalidad como instrumento se utilizó el cuestionario de ítems cerrados con alternativas de respuestas (si y no).

Validez y Confiabilidad

El instrumento fue sometido a procedimientos de validez y confiabilidad que garanticen objetividad, confianza y legitimidad. La validez aplicada fue la de contenido, en la cual tres expertos (metodólogo, un médico, un educador). Para ello se aplicó el Alpha de Cronbach, recomendada por Hernández, (2006) donde la validez varía de 0 a 1, entre más cercana al uno (01), mayor confiabilidad tendrá el instrumento y verificar la consistencia del instrumento, cuya fórmula es:

$$a = \frac{n - \frac{\sum A^2 Y_i}{\sum n - 1^2 t}}{n - 1}$$

Donde:

a = Coeficiente de confiabilidad

n = Número de ítems

$\sum A^2 Y_i$ = Suma varianza de los totales de los ítems

$\sum n - 1^2 t$ = Suma de los totales de cada sujeto

Validez

Para asegurar la validez del contenido, definido por Azuaje, citado por Balestrini (2001) como “la capacidad de los reactivos (preguntas) para

representar con fidelidad el contenido de los datos” (p, 167), se utilizó en este; el juicio de expertos. Que consiste en la revisión de los instrumentos por parte de tres especialistas a fin de verificar las consistencias de los ítems con respecto a los objetivos en estudio. Su función es:

- Revisar el tipo de datos que se aspira recolectar, para ello se determinara la relación con el cuadro de operacionalización de las variables.

- Verificar si los ítems formulados, abarcan todos los aspectos importantes de la situación, conducta o hechos que se desean medir.

- Eliminar de aquellos ítems que presenten ambigüedad o dificultad para ser respondidos.

Estas correcciones, se plasmó en una versión final que se elaboró de cada uno de los instrumentos valorados.

Confiabilidad

La confiabilidad según Azuaje se refiere “A la estabilidad, consistencia y exactitud de los resultados obtenidos al aplicar el instrumento” (p, 168). A fin de asegurar la confiabilidad del instrumento, este fue aplicado en forma de prueba piloto a los estudiantes con la finalidad de demostrar que son entendidos sin mayores problemas por los encuestados.

Procedimiento

Para cumplir con el propósito fundamental del estudio, se cumplieron dos (2) fases básicas, determinadas por el tipo y diseño de investigación seleccionados. La primera de ellas, relacionada con la búsqueda de informaciones acerca de todo lo referente a los aspectos teóricos de la investigación: el problema, la elaboración del marco teórico, el cual incluye

los antecedentes relacionados con la investigación y las bases teóricas; el marco metodológico y presentación de los resultados. Para lo cual fue preciso analizar y registrar información mediante la consulta de fuentes generales, secundarias y primarias, entre ellas: textos, resoluciones, leyes, artículos de investigación, documentos, ponencias, diccionarios, y la Internet.

La segunda fase, vinculada con la investigación de campo, condujo a la selección del tipo y diseño de investigación correlacional que se adoptó para desarrollar el estudio, que consistió en determinar la media aritmética, y la desviación típica estándar, específicamente el coeficiente de correlación de Pearson, que según Hernández, Fernández y Sampieri (2006), oscila en los rangos “-1.00 correlación negativa perfecta y 1.00 correlación positiva perfecta” (p.453). También está la determinación de la población; las técnicas e instrumentos de recolección de datos; la elaboración de los instrumentos, incluyendo su validación y confiabilidad; aplicación de los instrumentos; la tabulación, presentación y análisis de los resultados.

Técnicas de Análisis de los Resultados

En particular, refiere Siltiz, Jahoda y otros, citado por Balestrini (2001) ...” El propósito del análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcione respuestas a las interrogantes de investigación” (p,169) más adelante la misma autora sostiene que: “ El análisis implica el establecimiento de categorías, la ordenación y manipulación de los datos para resumirlos y poder sacar algunos resultados en función de las interrogantes de la investigación” (p. 169), es decir que mediante esta técnica se procedió a escrutar los resultados a fin de poder dar respuesta a las interrogantes planteadas en la investigación. Por tanto, para analizar los datos se utilizó el análisis cuantitativo y el análisis descriptivo o cualitativo.

Análisis Cuantitativo: Se utilizó en la organización de los resultados, Sabino (1992), afirma que se lleva a la práctica: “Con toda la información

numérica resultante de la investigación..., se nos presenta como un conjunto de cuadros, tablas y medidas a las cuales se les ha calculado sus porcentajes y presentado convenientemente”. (p. 190). De acuerdo con Sabino (1992), se supone que los cuadros estadísticos deben contener una información clara y precisa en relación a los datos suministrados.

Análisis Cualitativo: Se aplicó para interpretar la información y darle sentido correcto, Bisquerra (1996), afirma que: “Deben encontrarse las palabras precisas ni más ni menos para describir los fenómenos observados e interpretarlos”. (p. 273). De igual forma para describir la información que suministró el estudiantado, Hurtado (2000), define: “La descripción como la representación de hechos o eventos por medio del lenguaje”. (p. 223). Desde esta óptica se infiere que el análisis debe ser lo más explícito posible. Desde este contexto, se considera que la información se ajusta verbalmente al tópico que se investiga.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el desarrollo de éste capítulo, se presentaron las variables reales en estudio, relacionadas con salud pública y aprendizaje universitario. En este sentido, los resultados han sido presentados en cuadros estadísticos, en el que se sitúa las frecuencias absolutas, relativas, la media aritmética y la desviación típica estándar, y de esta manera analizar la información suministrada por los sujetos en estudio, una vez que les fue entregado el instrumento para dar respuesta a los ítems propuestos.

Variable: Salud Pública

Cuadro 1

De la lista siguiente, marque con una equis (x), ¿Cuál de las siguientes enfermedades epidemiológicas ha padecido?

ALTERNATIVA	Sí (1)		No (2)		Total	FX	X	F(X-X) ²	δ
	Fa	Fr %	Fa	Fr %					
1. Sarampión	3	1	278	99	281	559	1.9	5.21	0.13
2. Viruela	-	-	281	100	281	562	2	0	0
3. Paludismo	-	-	281	100	281	562	2	0	0
4. Fiebre amarilla	-	-	281	100	281	562	2	0	0
5. Dengue	17	6	264	94	281	545	1.9	16.41	0.24
6. Cólera	-	-	281	100	281	562	2	0	0
7. Tuberculosis	34	12	247	88	281	528	1.9	30.01	0.33
8. VIH	-	-	281	100	281	562	2	0	0
9. Paludismo	-	-	281	100	281	562	2	0	0
10. Tabaquismo	100	36	181	64	281	462	1.6	64.96	0.48
11. Obesidad	35	12	246	88	281	527	1.9	30.81	0.33
Total	38	14%	243	86 %	281	545	1.75	13.4	0.14

Fuente: Garrido (2008).

Se visualiza de acuerdo al cuadro anterior, que la población en estudio ha manifestado en un alto porcentaje que salud pública está poco afectada por enfermedades epidemiológicas, que de una u otra manera incide en el proceso de aprendizaje del estudiante y los porcentajes de 86 % y 14 %

respectivamente dan una visión acerca del efecto en la población, que posee características particulares, aún cuando ya están implementados un programa de salud pública, dirigido hacia el área preventiva de atención primaria y hospitalaria.

Por otra parte, los cálculos de la correlación de los ítem 1 al 11, que arrojó un valor de media aritmética de 1.75 y una desviación típica estándar, aplicando el coeficiente de correlación de Pearson es de 0.14. Ello permite inferir de acuerdo con lo propuesto por Hernández, Fernández y Sampieri (2006), que hay una correlación positiva débil y el valor numérico proporcional de incidencia entre las variables de salud pública y el proceso de aprendizaje, arroja un significado positivo. Al determinar su varianza se obtiene un resultado de 0,37, es decir que hay una causa – efecto entre ambas variable.

Programas de Salud

Cuadro 2

Ítem 12. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de salud pública?

ALTERNATIVA	FA	F R (%)	FX	F (X - \bar{x}) ²
SI	203	72,24	203	14,21
NO	77	27,76	154	40,81
TOTAL	281	100	357	55,02

Fuente: Garrido (2008)

$$x = 1,27$$

$$\sigma = 0.44$$

Las alternativas de respuestas, así como los indicadores de cada alternativa, ponen de manifiesto que se desarrollan programas de salud pública en la población, sin embargo, las estadísticas de la Organización

Mundial de la Salud (2008), indican que las cifras en países subdesarrollados donde se ubica Venezuela, aún poseen serias limitaciones para llegar a sectores alejados y otros factores como pobreza en las clasificaciones de extrema, alta, media y baja, afectan también al individuo en un plano social, psicológico y cultural.

Al analizar la desviación típica estándar, se detecta un resultado de 0,44, que significa un valor de correlación positiva que tiende hacia la media proporcional de los valores de -1 y 1, que en términos de interpretación se puede indicar que a mayor salud, mayor aprendizaje.

Cuadro 3

Item 13. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de control de contaminación?

ALTERNATIVA	FA	F R (%)	FX	F (X - \bar{x}) ²
SI	189	67,26	189	20,79
NO	92	32,74	184	41,40
TOTAL	281	100	373	62,19

Fuente: Garrido (2008)

$$\bar{x} = 1,33$$

$$\sigma = 0.47$$

Como puede observarse en el ítem 13, ¿considera que se ha desarrollado dentro de su entorno comunitario un programa de control de contaminación?, se analiza un porcentaje representativo del 67,26 % para la alternativa sí. Ello indica que el Estado ha introducido programas de atención a la salud y de allí se infiere que hay una preocupación por parte de los organismos competentes en este sentido. Sin embargo, el porcentaje del 32,74 %, de las personas que respondieron en forma negativa a la interrogante, por una parte se deduce un nivel de sinceridad en la respuestas cuando son capaces de decir las cosas con bastante claridad, por la otra,

hace expresión de serias limitaciones, en cuanto a la no existencia de un programa, que tal vez no sea extensivo en todas las poblaciones, sin embargo se infiere que en el desarrollo de actividades de aprendizaje éste hecho negativo afecta la salud de los estudiantes.

Con relación a los cálculos de media aritmética y desviación típica estándar, es importante resaltar que la selección tiende hacia la alternativa del sí y en la correlación, el valor es positivo con tendencia media, muy cerca de la media del 0,5, en la escala del 1 y -1.

Cuadro 4

Ítem 14. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de educación sanitaria?

ALTERNATIVA	FA	FR (%)	FX	F (X - x)²
SI	176	62,63	176	24,64
NO	105	37,37	210	42
TOTAL	281	100	386	66,64

Fuente: Garrido (2008)

$$\bar{x} = 1,37$$

$$\sigma = 0.49$$

En el ítem propuesto, resulta notorio, el porcentaje elevado para la alternativa si (62,63 %), en contraste con la alternativa no (37,37%), así cómo se deduce, según los estadísticos la tendencia hacia la afirmación que la negación. La media tiende a la selección de la alternativa del si y la desviación típica indica que es positiva media.

Cuadro 5

Ítem 15. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de vacunaciones?

ALTERNATIVA	FA	F R (%)	FX	F (X - \bar{x}) ²
SI	170	60,50	170	27,20
NO	111	39,50	222	39,96
TOTAL	281	100	392	67,16

Fuente: Garrido (2008)

$$\bar{x} = 1,40$$

$$\sigma = 0.49$$

Como se puntualiza en el ítem 15, el porcentaje del 60,50 %, se ubica en la alternativa del sí en contraste con el 39,50 %, que corresponde con el no. La media indica que las respuestas se encuentran en la opción del sí y la desviación típica estándar oscila en un valor positivo medio.

Cuadro 6

Ítem 16. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de atención primaria?

ALTERNATIVA	FA	F R (%)	FX	F (X - \bar{x}) ²
SI	203	72,24	203	14,21
NO	77	27,76	154	40,81
TOTAL	281	100	357	55,02

Fuente: Garrido (2008)

$$\bar{x} = 1,27$$

$$\sigma = 0.44$$

Las respuestas emitidas en el ítem 16, se corresponden con un si (72,24 %) y un no (27,76 %), lo que indica que no se aplica un programa de atención primaria. Se visualiza también que ha habido asistencia de la

población estudiantil en este aspecto, sin embargo el proceso de aprendizaje opera, en constante limitación, por cuanto los programas de salud no son extendidos plenamente a todos los sectores y solo unos cuantos tienen acceso a ella. La media aritmética puntualiza un resultado de 1,27, con inclinación al Sí y la desviación típica estándar de 0,44, que es positivo débil.

Cuadro 7

Ítem 17. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de atención hospitalaria?

ALTERNATIVA	FA	F R (%)	FX	F (X - \bar{x}) ²
SI	170	60,50	170	27,20
NO	111	39,50	222	39,96
TOTAL	281	100	392	67,16

Fuente: Garrido (2008)

$$\bar{x} = 1,40$$

$$\sigma = 0.49$$

Como se observa en el ítem 17, el porcentaje del 60,50 %, se ubica en la alternativa del sí en contraste con el 39,50 %, que corresponde con el no. Se analiza de acuerdo con la respuesta emitida, que el programa de atención hospitalaria es empleada por el estudiante en un gran porcentaje, y de ello se infiere que la relación establecida en una sociedad compleja por multitud de cambios, necesita garantizar a su población todas las condiciones de salud pública para que el aprendizaje desarrollado sea óptimo y adecuado con la sociedad del siglo XXI. Al igual que los anteriores la media se ubica con la opción del sí y la desviación de 0.49, indica un valor positivo medio.

Variable II. Proceso de Aprendizaje

Cuadro 8

De la lista siguiente, marque con una equis (x), ¿Cuál de las siguientes dimensiones ha constituido una base para el desarrollo de proceso de aprendizaje?

ALTERNATIVA	Si		No		Total	FX	x	F(x-x) ²	δ
	Fa	Fr %	Fa	Fr %					
1. Perceptiva	100	36	181	64	281	462	1.64	64.42	0,48
2. Sensorial	-		281	100	281	562	2	0	0
3. Intuitiva	90	32	191	68	281	472	1.68	61.18	0,47
4. Estética	-		281	100	281	562	2	0	0
5. Cognitiva/reflexiva	51	18	230	82	281	460	1.64	50.7	0,42
6. Comunicativa/social	40	14	241	86	281	522	1.86	34.3	0,35
TOTAL	47	17	234	83	281	507	1,80	35.1	0,29

Fuente: Garrido (2008).

De acuerdo con el cuadro 8, el aprendizaje del estudiante está dimensionada más hacia lo perceptivo e intuitivo con el 36% y el 32 respectivamente y lo cognitivo y comunicativo con un porcentaje menor, ubicado en 18 y 14 %, respectivamente. Se infiere que desarrollar un proceso de aprendizaje considerando los aspectos antes descritos hacen evidencia de la gran complejidad de relaciones y situaciones de contexto que requieren que el estudiante, se enfoque en sus estudios y para ello es fundamental que la garantía de éste proceso depende en gran parte de los programas de salud pública implementados por el gobierno nacional/regional y municipal.

Los promedio de las frecuencias absolutas es de 17 % para la alternativa si y 83 %, para la opción del No. La correlación de acuerdo con los estadísticos de media aritmética es de 1,80, con inclinación al No y la desviación típica estándar contempla un valor de 0,29 que indica, según Hernández, Fernández y Baptista (2006) un valor positivo débil.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La salud pública posee variables en estudio, que ofrecen ventaja a la población, principalmente a la estudiantil, que requiere articular programas gubernamentales con los desarrollados por los miembros de la comunidad universitaria, cuya organización, responde a una estructura definida y que al efecto generan una mayor o menor calidad de servicios prestados en el entorno común. Por ello, las principales conclusiones son las siguientes:

El estado de salud pública que poseen los estudiantes para el desarrollo de sus actividades de aprendizaje, se encuentra en niveles aceptables, a pesar que las enfermedades provenientes de epidemias y pandemias, la masa estudiantil, no ha sufrido un ataque masivo de las mismas, ya que en la comunidad objeto de estudio, las medidas de control sanitario ayudan a disminuir los brotes de enfermedades infecto-contagiosas.

El proceso de aprendizaje que realiza el estudiante universitario en atención a su salud pública, se puede considerar complejo en la medida que emplea con bastante frecuencia su capacidad perceptiva e intuitiva y otras dimensiones como la cognición y reflexión. Se interpreta en este sentido, que aún cuando pareciera en la realidad favorable el desarrollo de tales procesos, la realidad que vive el país, aunado a las condiciones deplorables de vida, que padece la población como consecuencia directa del aumento de los índices de pobreza, así como un desarrollo humano, cuyos valores se encuentran en estado negativo, evidencian la necesidad de trabajar para construir una perspectiva de progreso y de salubridad en excelencia y para ello es fundamental la participación de la comunidad universitaria y todos los actores preocupados por tal situación.

La correlación existente entre salud pública (0,17) y aprendizaje (0,29), está ubicada en valor promedio de 0,23 positivo y débil, lo que significa que a mayor salud existe mayor aprendizaje. Esto da a entender que salud y educación están íntimamente relacionadas y la construcción de una sociedad más justa y equilibrada responde a dejar a un lado intereses mezquinos y trabajar para una sociedad ideal, enmarcada en el desarrollo sustentable y un pensamiento posmoderno.

Recomendaciones

Las principales recomendaciones están dirigidas hacia la población estudiantil, que avanza para la construcción de una sociedad más justa en cuanto a mantener la equidad de género, participación y progreso. Las instancias del Estado habrían de garantizar al ciudadano común el cumplimiento de los programas de salud pública y enfocar mayor cantidad y calidad de recursos para erradicar de una vez por todas el flagelo común que azota a la sociedad y también participar en campañas divulgativas, enfocadas en el esfuerzo colectivo y desarrollar un criterio para la acción inmediata y no dejar para último momento la solución de los problemas fundamentales.

Se recomienda en este sentido, avanzar en un desarrollo sustentable y un pensamiento posmoderno, para el equilibrio de sociedades, más justas y protagonizar acciones que permitan solucionar problemas prioritarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOUHADOUR, Y (2000). La Autogestión, una Estrategia para Optimizar la situación financiera en la Empresa de Servicio de Agua Potable Hidrollanos C.A. Municipio San Fernando, Estado Apure. Trabajo de Grado no Publicado en Universidad Bicentenario de Aragua. Maracay, Estado Aragua.
- ADARMES, C. (1998). Proyecto de Participación y Autogestión Comunitaria. Caso Acueducto Rural El Total. Caracas, Hidroven C.A.
- ARIAS, F (1999). El Proyecto de Investigación. Caracas: Episteme Oriol Ediciones.
- ARRIETA DE TOCC, M. (1992). La Dirección por Sistemas. México: Limusa.
- ARY, D (1992). Introducción a la Investigación Pedagógica. (2ª Edición) México. Mc Graw-Hill.
- BELTRÁN, J. (1999). Indicadores de Gestión. Herramientas para lograr la competitividad. Colombia. 3R Editores LTDA.
- BISQUERA, R. (1996). Método de Investigación Educativa. Guía Práctica. Barcelona, Ediciones Ceal.
- Chávez H. (2008). Nuevos Centros de Salud. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=1989> Consulta (Julio 18, 2008).
- CHIAVENATO, I (1998). Administración de Recursos Humanos. 2da Edición. Colombia: Atlas S.A.
- CHIAVENATO, I (1996). Introducción a la Teoría General de la Administración. 4ta Edición. Colombia: Mc Graw Hill Interamericana S.A.
- CONSTITUCIÓN (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Extraordinaria. Diciembre, 30, 1999.
- CORDIPLAN (1995). Un Proyecto de País. Venezuela en Consenso. Venezuela. Febrero 1995
- F.A.M.E.S. (1998) Instructivo para Comisiones de Salud. Caracas, Enero 1998.

- Gómez y Frenk 2008). La Salud Pública en México. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342007000200011&script=-sci_arttext&tlng=en. Consulta (julio 13, 2008).
- HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C y BAPTISTA, P. (1999). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill
- LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (1998) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5.266 (Extraordinaria) Octubre, 2, 1998
- MANES, J. (1999). Gestión Estratégica para Instituciones Educativas. Guía para Planificar Estrategias de Gerenciamiento Institucional. Buenos Aires. Ediciones Granica S.A.
- Mantilla J. (2008). Ministerio de Salud garantiza suministro de vacunas hasta el 2013. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=1996>. Consulta (Julio 18, 2008).
- Malo M (2008). Informe emitido por el Presidente de la Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=2013>. Consulta 8 Julio 15, 2008).
- MÁRQUEZ, Z. (1998). Plan de Autogestión para la Dotación de Materiales de Aprendizaje a los Jardines de Infancia del Sector Rural del Municipio Guanare, Estado Portuguesa. Trabajo de Grado no Publicado en la Universidad Bicentenario de Aragua. Maracay, Estado Aragua, Venezuela.
- MARTÍNEZ, D. (2000). La Autogestión como Estrategia para la Administración, Dotación y Mantenimiento de los Recursos Bibliográficos en el Área de Educación para el Trabajo en las Escuelas Básicas de la Tercera Etapa del Distrito Escolar N° 8 del Sector Sucre, Distrito Capital. Trabajo de Grado no Publicado en la Universidad Bicentenario de Aragua, Maracay, Estado Aragua. Venezuela.
- MONTILVA, E (2000). La Reforma del Sector Salud en Venezuela. [Artículo en Línea]. Disponible: <http://www.insp.mx/ichsri/narra/m8.html>

- PIÑERO, M. (2000). Estudio Económico de la Salud en Venezuela. [Artículo en Línea]. Disponible: <http://www.infomedoline.com.ve/CONSOCIE/IIIencuentro/moduloc.htm>
- RAMÍREZ, O. (2000). Autogestión Hospital Vargas Caracas. [Proyecto de Investigación en Línea]. Disponible: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/autogestionHV.htm>
- REQUEIJO, D. LUGO, A. (1995). Administración Escolar. 3era Edición. Caracas: Biósfera C.A.
- SERNA, H. (1999). Gerencia Estratégica. Planeación y Gestión, Teoría y Metodología. 6ta Edición. Bogotá. 3R Editores LTDA.
- STONER, J.F., FREEMAN, E. GILBERT, D. (1996). Administración. 6ta. Edición. México. Prentice Hall.
- TAMAYO y TAMAYO, M. (1997). El Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa S.A.
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR. VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO (1998). Manual de Trabajo de Grado y Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Caracas. Autor.
- Wikipedia (2008). Salud Pública. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_p%C3%BAblica#Funciones_de_la_Salud_P.C3.BAblica. Consulta (Julio 12, 2008).

ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

De la lista siguiente, marque con una equis (x), ¿Cuál de las siguientes enfermedades epidemiológicas ha padecido?

- 1.Sarampión ()
- 2. Viruela ()
- 3. Paludismo ()
- 4. Fiebre amarilla ()
- 5. Dengue ()
- 6.Cólera ()
- 7.Tuberculosis ()
- 8.VIH ()
- 9.Paludismo ()
- 10.Tabaquismo ()
- 11.Obesidad ()

Ítem 12. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de salud pública?

- Si ()
- No ()

Ítem 13. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de control de contaminación?

- Si ()
- No ()

Ítem 14. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de educación sanitaria?

- Si ()
- No ()

Ítem 15. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno un programa de vacunación?

Si ()

No ()

Ítem 16. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de atención primaria?

Si ()

No ()

Ítem 17. ¿Considera usted, que se ha desarrollado en su entorno comunitario un programa de atención hospitalaria?

Si ()

No ()

Variable II. Proceso de Aprendizaje

De la lista siguiente, marque con una equis (x), ¿Cuál de las siguientes dimensiones ha constituido una base para el desarrollo de proceso de aprendizaje?.

Perceptiva ()

Sensorial ()

Intuitiva ()

Estética ()

Cognitiva /reflexiva ()

Comunicativa/social ()

ANEXO B
VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Formato donde los Expertos emitieran Juicios

Tabla empleada para la Validación de Contenido: Redacción, pertinencia y relevancia

C	Redacción					Pertinencia					Relevancia				
	Exc	B	R	D	MD	Exc	B	R	D	MD	Exc	B	R	D	MD
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															

Excelente = 5 Bueno = 4 Regular = 3 Deficiente = 2 Muy deficiente = 1

Observaciones Generales

ANEXO C
CONFIABILIDAD

Alfa de Crombach

$$\alpha = \frac{N}{(N - 1) \left[1 + \frac{S_x^2}{S^2} \right]}$$

17

$$\alpha = \frac{17}{(17 - 1) \left[1 + \frac{144.31}{2207} \right]}$$

17

$$\alpha = \frac{17}{(16) [1.07]}$$

$$\alpha = 17 / 17.12$$

$$\alpha = 0.99$$