

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

CARRERA DE MEDICINA



MONOGRAFÍA:

**ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA COMO
DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD EN EL ÁREA DEL
PUESTO DE SALUD ALTO BAHÍA, JULIO-SEPTIEMBRE, 2025**

Autor:

PEDRO CHICÓ SUARES FILHO

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

2025

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por la fuerza y la sabiduría que siempre me concedió, y a mis padres, Pedro Chicó y Nazira María, por todo el amor, el apoyo y el ejemplo que me inspiran cada día.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la fuerza y sabiduría en este camino; a mi familia y amigos, por su apoyo constante; a mis docentes y a la Universidad Amazónica de Pando, por sus enseñanzas; y de manera especial a la doctora Maribel Solís, por su valiosa orientación durante el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio.

RESUMEN

La presente monografía analiza la estructura de la vivienda como determinante social de la salud en la comunidad rural de Alto Bahía, municipio de Cobija, Pando. El estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, utilizando la Carpeta Familiar como instrumento estructurado para obtener y registrar información de 150 familias de la zona. Se evaluaron seis dimensiones principales de la vivienda: tipo, techo, paredes, piso, revoque de las paredes interiores y existencia de un cuarto exclusivo para cocinar. Los resultados muestran que la mayoría de las familias habita en casas unifamiliares (88,59%), con techos de calamina (100%) y paredes de ladrillo o cemento (68,46%). No obstante, persisten condiciones de vulnerabilidad asociadas a pisos de madera (28%) o tierra (4,67%), ausencia de revoque (39,19%). Estas características habitacionales inciden directamente en la salud física y mental de los habitantes, al relacionarse con riesgos de hacinamiento, exposición a temperaturas extremas, enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Se concluye que la vivienda constituye un determinante clave de la salud en Alto Bahía, lo que demanda estrategias de mejora habitacional y políticas públicas orientadas a la equidad sanitaria en comunidades rurales.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, vivienda, salud rural, inequidades, Bolivia.

ABSTRACT

This monograph analyzes the housing structure as a social determinant of health in the rural community of Alto Bahía, Cobija municipality, Pando, Bolivia. The study followed a quantitative, descriptive, and cross-sectional design, using the Family Folder (Carpeta Familiar) as a structured instrument to collect and record information from 150 families in the area. Six key housing dimensions were evaluated: type, roof, walls, floor, interior wall plastering, and the existence of a separate cooking room. Results indicate that most families live in single-family houses (88.59%), with metal sheet roofs (100%) and brick or cement walls (68.46%). However, vulnerabilities persist, such as wooden floors (28%) or dirt floors (4.67%), lack of interior plastering (39.19%). These housing conditions directly affect physical and mental health by increasing risks of overcrowding, exposure to extreme temperatures, respiratory diseases, and gastrointestinal problems. Findings highlight housing as a critical determinant of health in Alto Bahía, underscoring the need for targeted housing improvement strategies and public policies aimed at reducing health inequities in rural communities.

Keywords: social determinants of health, housing, rural health, inequities, Bolivia.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Problema a investigar.....	2
1.1.1. Descripción de la situación problemática.....	2
1.1.2. Pregunta de investigación.....	3
1.2 Delimitaciones.....	3
1.2.1 Delimitación temática.....	3
1.2.2 Delimitación temporal.....	3
1.2.3 Delimitación espacial.....	3
1.3 Objeto del estudio.....	4
1.4 Objetivos de la investigación.....	4
1.4.1 Objetivo General.....	4
1.4.2 Objetivos Específicos:.....	4
1.5 Justificación.....	5
1.5.1 Justificación teórica.....	5
1.5.2 Justificación Social.....	5
1.5.3 Justificación Práctica.....	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	6
2.1 Marco conceptual.....	6
2.1.1 La familia.....	6
2.1.2 La comunidad.....	6
2.1.3 Carpeta Familiar.....	6
2.1.4 La salud.....	7
2.1. 5 Determinantes sociales de la salud.....	7
2.2 Marco teórico.....	7

2.2.1 El Sistema Nacional de Salud.....	7
2.2.2 Subsector Público de Salud	8
2.2.3 Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.....	8
2.2.4 Subsector Privado de Salud.....	9
2.3 Determinantes sociales de la salud	9
2.3.1 Determinantes estructurales de salud	10
2.3.2 Determinantes intermedios de salud.....	11
2.4 Causalidad y determinantes de la salud y la enfermedad	11
2.5 La vivienda como determinante social de la salud.....	12
2.6 La estructura de la vivienda como determinante de la salud.....	15
2.7 Determinantes sociales de la salud en Bolivia.....	17
2.8 Características generales de las viviendas en Bolivia	18
CAPÍTULO III	20
MARCO METODOLÓGICO	20
3.1 Operacionalización de variables.....	20
3.2 Enfoque de la investigación.....	20
3.3 Tipo y nivel de investigación.....	21
3.4 Diseño de la investigación.....	21
3.5 Población y muestra.....	22
3.6 Tipo de muestreo	22
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	23
CAPÍTULO IV	24
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	24
CAPÍTULO V.....	30

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
5.1 Conclusiones.....	30
1.2 Recomendaciones	31
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipo de vivienda en la que viven las familias área del Puesto de Salud Alto Bahía.....	24
Tabla 2. Tipo de techo de las viviendas del área del Puesto de Salud Alto Bahía.....	25
Tabla 3. Características de las paredes de las viviendas del área del puesto de salud Alto Bahía.....	26
Tabla 4. Tipo de piso de las viviendas del área del puesto de salud Alto Bahía.....	27
Tabla 5. Revoque de las paredes interiores de las viviendas del sector del área del puesto de salud Alto Bahía.....	28
Tabla 6. Vivienda con un cuarto exclusivo para cocinar en el área del puesto de salud Alto Bahía.....	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipo de vivienda del área del Puesto de Salud Alto Bahía.....	24
Gráfico 2. Tipo de techo del área del Puesto de Salud Alto Bahía.....	25
Gráfico 3. Características de las paredes del área del puesto de salud Alto Bahía.....	26
Gráfico 4. Tipo de piso de las viviendas del área del puesto de salud Alto Bahía.....	27
Gráfico 5. Revoque de las paredes interiores de las viviendas del sector del área del puesto de salud Alto Bahía.....	28
Gráfico 6. Vivienda con un cuarto exclusivo para cocinar en el área del puesto de salud Alto Bahía.....	29

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Actualización Carpeta familiar. Puesto de salud Alto Bahía.....	35
Anexo 2. Actualización Carpeta familiar. Puesto de salud Alto Bahía.....	36
Anexo 3. Visita a la comunidad Villa Rosario para actualización de Carpeta familiar.....	37
Anexo 4. Puesto de Salud Alto Bahía.....	38
Anexo 5. Levantamiento y actualización de Carpeta Familiar en el área del puesto de salud Alto Bahía.....	39

INTRODUCCIÓN

La salud humana está estrechamente vinculada a los determinantes sociales, definidos como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan y viven, en lugar de depender únicamente de factores biológicos o atención médica (OMS, 2025). La estructura del hogar ocupa un lugar vital entre estos factores, ya que no solo constituye el espacio físico de defensa, sino también un entorno que puede mejorar o disminuir el bienestar familiar. En relación con la salud, la vida es un componente crucial para promover una vida digna y reducir las disparidades socioeconómicas. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010; OPS, 2012).

En Bolivia, varios estudios han demostrado que la calidad de la vivienda tiene un impacto directo en la salud física y mental de la población, especialmente en áreas rurales donde las condiciones de vivienda son precarias, como pisos de tierra, paredes sin revoque, techos que no aíslan del calor ni del frío, y la falta de espacios adecuados para cocinar o descansar. Estas deficiencias hacen que las familias sean más vulnerables, dejándolas expuestas a accidentes respiratorios, gastrointestinales y domésticos (Ministerio de Salud y Deportes, 2010; OPS, 2012).

En este contexto, el propósito de esta monografía es examinar la estructura de la vivienda como un determinante social de la salud en el área del puesto de salud Alto Bahía, del municipio de Cobija. La investigación se enfoca en seis aspectos clave de la vivienda: tipo, estilo del techo, las paredes el piso, el revoque de las paredes interiores, y si las viviendas cuentan con un cuarto solo para cocinar, analizando cómo cada uno de estos elementos impacta la salud de las familias.

El presente trabajo tiene como objetivo ofrecer evidencia que ayude a entender mejor la conexión entre la vivienda y la salud. Se destaca la necesidad de incluir la perspectiva de los determinantes sociales en las políticas públicas y en las estrategias de atención primaria en salud. De esa manera, no solo se busca describir la situación de la vivienda en el área del puesto de salud Alto Bahía, sino también proponer reflexiones que apunten a mejorar las condiciones de vida y a reducir las inequidades en salud en las comunidades rurales del departamento de Pando y particularmente del municipio de Cobija.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Problema a investigar

1.1.1. Descripción de la situación problemática

En Bolivia, muchas familias que viven en áreas rurales y periurbanas enfrentan condiciones de vida complicadas debido a una serie de factores sociales, económicos y ambientales que impactan directamente su salud. Uno de los aspectos que a menudo pasa desapercibido, pero que tiene un gran efecto, es la calidad de la vivienda. Esta se considera uno de los determinantes sociales de la salud más importantes, especialmente en situaciones de pobreza y exclusión territorial (Ministerio de Salud, 2018; Machicado, 2021).

Según la Encuesta de Hogares de 2019, el hacinamiento en las áreas rurales alcanzaba el 35,1 %, mientras que en las áreas urbanas era del 22,6 %. Asimismo, se reportó que el 26,5 % de los hogares en Bolivia presentaba un nivel de hacinamiento alto. En relación con el hacinamiento por cuarto multiuso, se indicó que, a nivel nacional, el 59 % de los hogares vivía con hasta dos personas por habitación multiuso. Esta proporción era mayor en el área urbana, con un 63,9 %, en comparación con el área rural, donde alcanzaba el 42,0 % (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

El área que abarca el puesto de salud de Alto Bahía, que se encuentra en la carretera que conecta Cobija con el municipio de Porvenir en el departamento de Pando, tiene las características típicas de una población amazónica dispersa. La mayoría de las casas están hechas con materiales bastante precarios y las condiciones de salubridad son bastante limitadas. Estas condiciones estructurales, como el tipo de vivienda, el techo, las paredes y los pisos, pueden crear un ambiente propicio para la propagación de enfermedades, problemas respiratorios, infecciones en la piel y la presencia de vectores, entre otros riesgos sanitarios que afectan directamente a las familias que allí viven.

A pesar de la importancia de este tema, hay escasa información organizada que conecte las características estructurales de las casas con el bienestar de las personas en localidades rurales como Alto Bahía. Por este motivo, es esencial llevar a cabo una investigación que

permita reconocer esa conexión y demostrar cómo una vivienda en deplorables condiciones puede ser un elemento de riesgo para la salud.

1.1.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características estructurales de las viviendas como determinante social de la salud en el área del Puesto de Salud Alto Bahía, en los meses de julio-septiembre, 2025?

1.2 Delimitaciones

1.2.1 Delimitación temática

Esta investigación se enfoca en cómo la estructura de las viviendas: los materiales de construcción de techos, paredes y pisos, afecta la salud de sus ocupantes. El objetivo es entender de qué manera aspectos como la humedad, la ventilación, el hacinamiento y el estado general de una casa contribuyen al desarrollo o empeoramiento de enfermedades y al bienestar de las familias.

1.2.2 Delimitación temporal

El estudio se desarrollará durante los meses de julio a septiembre de 2025, período en el que se llevó a cabo la recolección de datos, el análisis y la interpretación de resultados. Asimismo, el análisis estuvo enfocado en la situación habitacional y de salud de la comunidad durante el último año, con el fin de identificar tendencias y problemáticas actuales.

1.2.3 Delimitación espacial

El estudio se realizará en el área del Puesto de Salud Alto Bahía, que se encuentra en la comunidad de Alto Bahía del municipio de Cobija del departamento de Pando, dicho puesto de salud esta, ubicada en la carretera que une Cobija - Porvenir, que tiene características socioeconómicas y ambientales únicas, que la hacen ideal para analizar el vínculo entre la calidad de la vivienda y la salud de sus residentes.

1.3 Objeto del estudio

Este estudio se centra en cómo las condiciones de las viviendas: la calidad de los techos, paredes, pisos, la ventilación y el hacinamiento, afectan la salud de los residentes del área del puesto de salud Alto Bahía, en el municipio de Cobija.

Se parte de la idea de que la vivienda es un determinante social de la salud, por lo que se considera un factor clave para la salud física, mental y social de las personas. Por ello, una vivienda en malas condiciones puede generar vulnerabilidad y, en consecuencia, deteriorar directamente la calidad de vida de sus habitantes.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo General

Identificar y describir las características estructurales de la vivienda como determinante social de la salud en el área del Puesto de Salud Alto Bahía, en los meses de julio-septiembre, 2025.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Describir el tipo de vivienda como determinante social de la salud en el área del Puesto de Salud Alto Bahía, registrados en la Carpeta Familiar.
- Examinar las condiciones del techo de las viviendas en el área del Puesto de Salud Alto Bahía, descritas en la Carpeta Familiar.
- Evaluar las características de las paredes de las viviendas en el área del Puesto de Salud Alto Bahía.
- Determinar las condiciones del piso de las viviendas en el área del Puesto de Salud Alto Bahía.
- Establecer el tipo de revoque de las paredes interiores de las viviendas en el área del Puesto de Salud Alto Bahía.

1.5 Justificación

1.5.1 Justificación teórica

Desde una perspectiva teórica, la investigación facilitará una mayor comprensión de la manera en que la organización de la vivienda, que frecuentemente se pasa por alto, impacta en el bienestar de los individuos. La investigación proporcionará información específica sobre la conexión entre el entorno de vivienda y la salud, contribuyendo de este modo a suplir una falta en los estudios acerca de las comunidades rurales en la Amazonía. En pocas palabras, esta investigación se justifica por su relevancia científica y su contribución al conocimiento de los factores sociales determinantes de la salud en entornos rurales del norte amazónico boliviano.

1.5.2 Justificación Social

Esta investigación monográfica es muy relevante para el sector de la salud pública y el desarrollo comunitario. Desde un enfoque social y del entorno, el área del puesto de salud Alto Bahía ilustra una situación en la que las condiciones de vida pueden actuar como factores de riesgo para la salud. Además, los hallazgos de este estudio podrán ser utilizados por entidades locales, centros de salud, organizaciones sociales o instituciones educativas que estén interesadas en desarrollar políticas y programas que promuevan el bienestar de las comunidades más vulnerables.

1.5.3 Justificación Práctica

Reconocer este nexo puede servir como base para guiar iniciativas de mejora en las viviendas, programas de prevención de la salud o futuras colaboraciones entre sectores que involucren a las áreas de salud, vivienda y desarrollo rural. Los hallazgos de este estudio monográfico podrán ser aprovechados por entes locales, centros de salud, entes sociales o instituciones educativas. En pocas palabras, esta investigación se justifica por su viabilidad práctica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Marco conceptual

2.1.1 La familia

La familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud (OMS, 2003).

Una familia puede definirse como un individuo o un grupo de personas que viven juntos en un mismo hogar y están unidos por lazos de parentesco o convivencia. Comparten recursos, como la comida y otros gastos, para cubrir sus necesidades básicas. La composición familiar se puede entender a partir de la relación de cada miembro con el jefe o jefa de hogar, según la definición del Ministerio de Salud (2019).

2.1.2 La comunidad

Una comunidad es un grupo de seres humanos que tienen ciertos elementos en común, tales como el idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica, estatus social o roles. (Montaño, 2016)

Dicho de otra manera, puede entenderse como un conjunto de personas que comparten un espacio geográfico, vínculos sociales, intereses, valores o prácticas comunes, y que interactúan entre sí de manera constante. En el ámbito de la salud, la comunidad constituye el entorno social y cultural donde se desarrollan los comportamientos relacionados con el bienestar, la prevención de enfermedades y la adherencia a tratamientos.

2.1.3 Carpeta Familiar

La Carpeta Familiar es una herramienta fundamental en la política de salud SAFCI, ya que se usa para recopilar información clave sobre las familias. El instrumento registra datos relacionados con los determinantes de la salud, el comportamiento familiar y el estado de salud de cada miembro (MSyD, 2019).

Esta información no solo ayuda a los centros de salud a analizar la situación de salud de su comunidad, sino que también es crucial para que las autoridades de los distintos niveles de gobierno puedan diseñar planes estratégicos y proyectos de desarrollo social que mejoren la calidad de vida de la población.

2.1.4 La salud

Para el Estado boliviano, la salud es “la relación de profunda armonía, complementariedad, interdependencia, solidaridad, reciprocidad, espiritualidad y equilibrio de las personas consigo mismas, con la familia, la comunidad, con todos los demás seres, con la Madre Tierra y con el cosmos que nos cobija, respetando, aceptando y valorando a todos en su diferencia” (Ministerio de Salud, 2016, p 23).

La salud no puede ni debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios de Bolivia y de su diversidad. El proceso salud/enfermedad no tiene únicamente causas, sino más bien determinantes.

2.1. 5 Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. En su marco conceptual, la OMS distingue entre determinantes sociales estructurales e intermedios.

2.2 Marco teórico

2.2.1 El Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud boliviano se define como el conjunto de servicios públicos, privados y de medicina tradicional, cuyo propósito es la protección de la salud de la población, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. No obstante, este sistema refleja en el ámbito sanitario las profundas inequidades derivadas de la estructura económica de la formación social boliviana. Se caracteriza, principalmente, por la persistencia de la exclusión social en salud, la preeminencia de un enfoque asistencialista, la fragmentación institucional, la asignación insuficiente de recursos al subsector público, la utilización de recursos propios

para el financiamiento del gasto corriente y la dependencia de fuentes externas -como donaciones y créditos- para la ejecución de proyectos de inversión en salud. Asimismo, se evidencia una marcada disparidad en la calidad de los servicios ofrecidos por los distintos componentes del sistema (Ministerio de Salud, 2018; Machicado, 2021).

El sistema de salud de Bolivia está integrado por tres grandes sub-sectores: el público, el de la seguridad social de corto plazo y el subsector privado de salud, todos segmentados y fragmentados en su interior, según veremos más adelante.

2.2.2 Subsector Público de Salud

El Subsector Público de Salud está conformado por los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud, los Servicios Departamentales de Salud y los gobiernos municipales. Para el año 2018, este subsector contaba con 3.123 establecimientos de primer nivel (puestos y centros de salud), 76 hospitales de segundo nivel y 32 hospitales de tercer nivel, de alta complejidad.

La administración de los hospitales de tercer nivel recae en los gobiernos autónomos departamentales, quienes se encargan de su equipamiento, provisión de servicios básicos, medicamentos, insumos y supervisión general. Por su parte, los gobiernos municipales son responsables de dotar y mantener la infraestructura sanitaria de los establecimientos de primer y segundo nivel, así como de proporcionar servicios básicos, equipos, medicamentos e insumos, además de supervisar su uso dentro de su jurisdicción.

Con la promulgación de la Ley N.º 475, el 30 de diciembre de 2013, se unificaron las prestaciones del SUMI y del SSPAM en un solo seguro, ampliando su cobertura a menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con discapacidad. Sin embargo, esta ley también permitió que gobiernos departamentales y municipales creen seguros propios, lo cual ha contribuido a una mayor segmentación y fragmentación del subsector público de salud.

2.2.3 Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo

Este subsector presenta una profunda segmentación y fragmentación, con total autonomía de gestión y sin mecanismos de coordinación entre los 16 entes gestores que lo conforman.

En 2016, su cobertura alcanzaba al 38,2 % de la población boliviana, estimada entonces en 10.985.059 habitantes, según proyecciones del INE.

Los servicios de salud de este subsector están concentrados en las capitales departamentales y, en menor medida, en ciudades intermedias. Sin embargo, en localidades pequeñas y comunidades rurales no se cuenta con infraestructura propia, lo que obliga a los asegurados —como maestros rurales, policías y trabajadores municipales— a acudir a establecimientos del subsector público cuando enfrentan problemas de salud.

La atención brindada por los entes gestores se caracteriza por su enfoque predominantemente asistencial, centrado en la curación de enfermedades, con escasa o nula implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

2.2.4 Subsector Privado de Salud

Este subsector se divide en dos componentes: el privado con fines de lucro y el privado sin fines de lucro. El primero incluye hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, laboratorios y seguros de salud privados. A este conjunto se suma la medicina tradicional, cuya práctica está ampliamente difundida en el país y que también forma parte del subsector privado.

2.3 Determinantes sociales de la salud

Uno de los grandes retos del país en materia de salud pública radica en generar un equilibrio frente a las marcadas diferencias existentes entre los distintos grupos poblacionales que lo conforman. Entender la salud como el resultado coherente y armónico de la interacción entre el individuo, la sociedad y las condiciones en las que transcurre su vida es una premisa necesaria para avanzar hacia un mayor nivel de bienestar del que se ha alcanzado hasta ahora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. En su marco conceptual, la OMS distingue entre determinantes sociales estructurales e intermedios.

2.3.1 Determinantes estructurales de salud

Los determinantes estructurales comprenden el contexto socioeconómico y político en el que se produce y distribuye el poder, así como otros recursos valiosos, de manera desigual entre distintos grupos sociales en función de la clase social, el género y la etnia o raza. Estas desigualdades sociales generan inequidades en salud y bienestar, entendidas como diferencias injustas y evitables, en las que los grupos sociales más desfavorecidos presentan sistemáticamente peores resultados de salud que aquellos en situación de privilegio (OMS, 2022).

Figura 1

Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Nota. Tomado del portal web de la Organización Mundial de la Salud, 2012.

Estos determinantes configuran no solo los resultados, sino también las oportunidades de salud de los grupos sociales, en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. Tales posiciones socioeconómicas se traducen en exposiciones específicas que afectan el estado de salud individual y reflejan la ubicación social de cada

persona dentro de un sistema estratificado. Según su posición social, las personas están sujetas a una exposición y vulnerabilidad diferencial frente a los factores que ponen en riesgo la salud (Cárdenas, Juárez, Moscoso & Vivas, 2017).

2.3.2 Determinantes intermedios de salud

Por su parte, los determinantes intermedios corresponden a las condiciones de vida y trabajo más cercanas a la realidad cotidiana de las personas: condiciones de empleo y trabajo, condiciones de vivienda, transporte, aspectos psicosociales, entre otros. Es importante señalar que, dentro de este marco conceptual, subyace una cadena causal en la que los determinantes estructurales se comprenden como las causas de los determinantes intermedios.

Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social existente y determinan para los individuos, sus familias y sus entornos, en función de su posición social, las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a condiciones perjudiciales para la salud.

Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. Cada una de estas categorías se comporta de manera diferente en el individuo y su entorno, según la posición social que le ha tocado vivir (OPS, 2012).

2.4 Causalidad y determinantes de la salud y la enfermedad

Para preservar la salud, es necesario conocer las causas de los trastornos que afectan el funcionamiento de los organismos; esto permitirá eliminarlas o atenuarlas. Desafortunadamente, esta tarea no ha sido encarada adecuadamente por el sector (o sistema, si se prefiere) de salud. Esto se debe, en gran medida, a que los determinantes de la salud escapan al ámbito de competencia del sector, y los nexos con los sectores que gestionan la situación que genera la enfermedad no forman parte de las tareas asignadas a las entidades de salud, ya que estas priorizan la atención a la enfermedad y no a sus causas. Por esta razón, no puede modificarse la incidencia de las patologías que dominan el perfil epidemiológico, ni tampoco la de las emergentes (Instituto de Investigaciones Socio Económicas, 2021).

Según el IISEC, el sector salud no explica, por ejemplo, la higiene genital de los varones como vector de transmisión del papiloma virus —ni interviene en ella— y considera que la prevención está en la vacuna. Por ello, la incidencia del cáncer de cuello uterino es la más alta de América, seguida por la incidencia del cáncer de próstata. Tampoco participa en el control de los pesticidas (ni en la política de su aplicación masiva en los cultivos de alimentos transgénicos), ni en el consumo de grasas trans; solo presenta las estadísticas de obesidad, diabetes y demanda de unidades de diálisis renal.

Es más, no interviene en el control de la emisión de gases cancerígenos por el autotransporte; solo muestra la creciente incidencia del cáncer pulmonar y la necesidad de equipos costosísimos de radioterapia. Finalmente, ante la aparición del arenavirus, no opina sobre la ampliación de la frontera agrícola ni la eliminación de la fauna que realiza el control biológico de los roedores selváticos periurbanos. En pocas palabras, no se ha internalizado el concepto de prevención asociado a la causalidad ni la visión ecosistémica de la salud (IISEC, 2021).

2.5 La vivienda como determinante social de la salud

El vínculo inextricable entre nuestros hogares y nuestra salud no es un concepto nuevo. "Uno podría haber imaginado que la ciencia y el sentido común ya habrían apreciado la importancia de tales consideraciones", señalaba una carta sobre vivienda y salud publicada en *The Lancet* en 1922. El acceso a una vivienda adecuada está reconocido como un derecho humano fundamental, pero ¿por qué seguimos permitiendo que tantas personas vivan en condiciones insalubres?

La División de Estadística de la ONU estimó que, en 2022, más de mil millones de personas vivían en barrios marginales o en condiciones similares, y se espera que esta cifra se triplique para 2050. El Índice de Vivienda Adecuada del Banco Mundial expone marcadas disparidades, ya que un tercio de los hogares en las economías emergentes no cumplen con los estándares de adecuación. La urgencia de cumplir con la meta 11.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y asequible para todos en 2030) es clara, pero estamos muy lejos de alcanzar este objetivo (The Lancet, 2024).

La vivienda adecuada es más que un simple producto materializado en cuatro paredes y un techo. Es un derecho humano fundamental que incluye siete elementos esenciales: seguridad de la tenencia, disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura, asequibilidad, habitabilidad, accesibilidad, ubicación y adecuación cultural (ONU Hábitat, 2019).

Estas características interrelacionadas definen qué tan adecuada o no es una vivienda, y su nivel de cumplimiento produce efectos en la salud física y mental de las personas, afectando de forma específica a diferentes grupos poblacionales, tal como lo señala ONU Hábitat (2019).

Sabemos que las viviendas insalubres se correlacionan con peores resultados de salud. Una revisión sistemática encontró que las renovaciones en el hogar, como la incorporación de ventilación adecuada, control de humedad, calefacción, refrigeración y aislamiento para mitigar la humedad, el moho, la contaminación del aire interior y la exposición a temperaturas extremas, reducen el riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cáncer y trastornos de salud mental. Las condiciones de vivienda insalubres no son exclusivas de las economías emergentes. En Bélgica, por ejemplo, la vivienda inadecuada se asoció con casi una de cada cinco muertes entre 1991 y 2020 (Garrigós & Ríos, 2021).

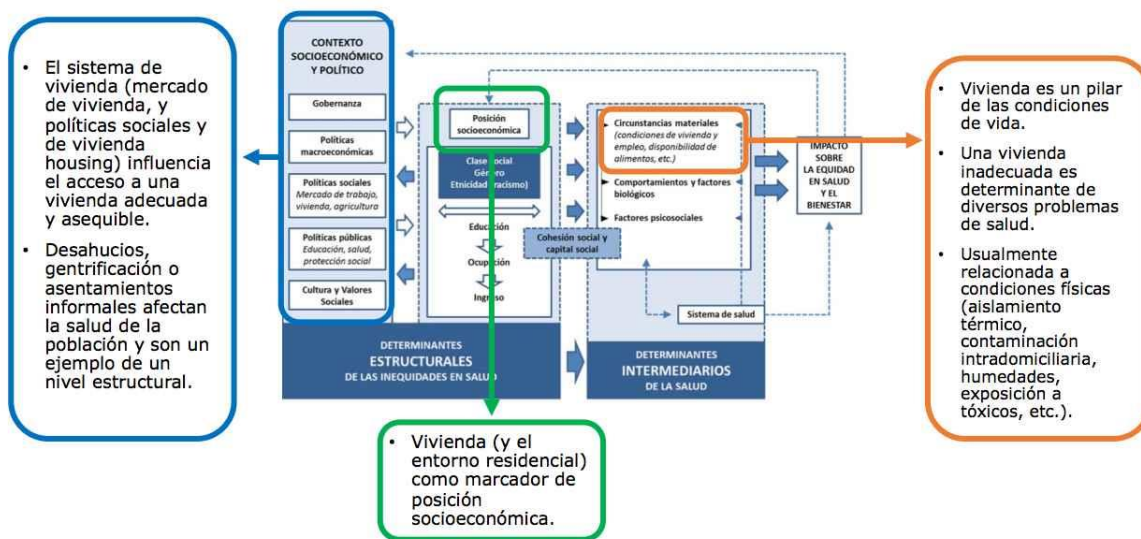
Según el Editorial publicado por *The Lancet*, los problemas de vivienda afectan de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, lo que perpetúa las desigualdades en salud relacionadas con el género, la raza, la etnia, la desposesión y la discapacidad. En 2021, el 53% de los inuit que vivían en Nunavut, un territorio remoto del norte de Canadá, lo hacían en viviendas hacinadas, con casos de familias de ocho personas que compartían una unidad de dos habitaciones. Si bien las Directrices de Vivienda y Salud de la OMS promueven una vivienda adecuada para mejorar la salud, muchos gobiernos tardan en actuar (The Lancet, 2024).

La vivienda, como derecho humano, exige una mayor prioridad. La promoción, especialmente desde los sectores médico y de salud pública, debe impulsar un cambio sistémico. Con la previsión de que la población urbana se duplique para 2050, el aumento del costo de la vivienda, el agravamiento del cambio climático, los conflictos en curso y los

desastres naturales, la necesidad de una vivienda adecuada seguirá creciendo, lo que agravará aún más las desigualdades en salud (ONU Hábitat, 2019).

Figura 2

La vivienda desde el determinante social intermedio a estructural



Nota. Tomado del portal web de la OPS/OMS, 2024.

La vivienda adecuada debe proveer más que cuatro paredes y un techo. Se deben cumplir una serie de condiciones particulares antes de considerarse como “Vivienda adecuada”. En consecuencia, identifica siete elementos principales de una vivienda adecuada, estos son (ONU Hábitat, 2019). :

1. **Seguridad de la tenencia.** Condiciones que garanticen a sus ocupantes protección jurídica contra el desalojo forzoso, el hostigamiento y otras amenazas.
2. **Disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura.** Contempla la provisión de agua potable, instalaciones sanitarias adecuadas, energía para la cocción, la calefacción y el alumbrado, así como para la conservación de alimentos y eliminación de residuos.
3. **Asequibilidad.** El costo de la vivienda debe ser tal que todas las personas puedan acceder a ella sin poner en peligro el disfrute de otros satisfactores básicos o el

ejercicio de sus derechos humanos. Se considera que una vivienda es asequible si un hogar destina menos del 30% de su ingreso en gastos asociados a la vivienda (ONU, 2018).

4. **Habitabilidad.** Son las condiciones que garantizan la seguridad física de sus habitantes y les proporcionan un espacio habitable suficiente, así como protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otros riesgos para la salud y peligros estructurales.
5. **Accesibilidad.** El diseño y materialidad de la vivienda debe considerar las necesidades específicas de los grupos desfavorecidos y marginados, particularmente de personas con discapacidad.
6. **Ubicación.** La localización de la vivienda debe ofrecer acceso a oportunidades de empleo, servicios de salud, escuelas, guarderías y otros servicios e instalaciones sociales, y estar ubicada fuera de zonas de riesgo o contaminadas.
7. **Adecuación cultural.** Es una vivienda adecuada si su ubicación respeta y toma en cuenta la expresión de identidad cultural.

En consecuencia, priorizar la vivienda como una intervención de salud pública no es solo una oportunidad crucial, sino un imperativo moral. La salud de nuestras comunidades depende de ello.

En Bolivia, las condiciones inadecuadas de la vivienda actúan como un determinante social de la salud, afectando negativamente el bienestar debido a la exposición a problemas como la contaminación del aire interior, la falta de acceso a agua segura y saneamiento, el hacinamiento y la baja calidad térmica de las edificaciones. Estas condiciones aumentan el riesgo de enfermedades respiratorias, infecciosas, gastrointestinales y cardiovasculares, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la vivienda como un componente central para la equidad en salud en el país.

2.6 La estructura de la vivienda como determinante de la salud

La calidad de una vivienda es clave para la salud de quienes la habitan, afectando tanto su cuerpo como su mente. Los materiales y cómo está hecha la casa, incluyendo su tipo, techo,

paredes y suelo, pueden protegernos o enfermarnos, demostrando que un hogar es más que un simple lugar para vivir (OMS, 2018).

a) El tipo de vivienda

El tipo de la vivienda, ya sea un piso, una casa individual o algo construido sin planificación, tiene un impacto directo en la salud. Las casas construidas de forma improvisada o en malas condiciones, como las que se encuentran en barrios pobres, a menudo no tienen cosas básicas como agua limpia y un buen sistema de eliminación de residuos. Esto aumenta el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y parásitos, además de causar estrés y hacer que las personas se sientan inseguras. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que estas condiciones son un factor importante en las diferencias de salud, afectando especialmente a los más débiles.

b) La importancia del techo

El techo es muy importante porque protege a las personas del clima. Un techo que está en mal estado, con goteras o agujeros, permite que, entre la humedad, lo que ayuda a que crezcan moho y hongos. Estar expuesto a estas cosas puede causar problemas respiratorios como asma, alergias y otras infecciones en los pulmones. Además, un techo malo no aísla bien del frío y del calor, exponiendo a las personas a temperaturas muy altas o muy bajas que pueden causar problemas de salud, como hipotermia o golpes de calor (Organización Mundial de la Salud, 2018).

c) Las paredes de la vivienda

Las paredes son fundamentales para la seguridad, la intimidad y para mantener la temperatura y el ruido controlados dentro de una casa. Las paredes hechas con materiales de baja calidad o que están en mal estado, como el adobe sin cubrir o la madera podrida, pueden albergar plagas como roedores e insectos que transmiten enfermedades (OMS, 2018).

La falta de aislamiento en las paredes, al igual que en el techo, contribuye a la exposición a temperaturas extremas, lo que aumenta el riesgo de problemas cardiovasculares y respiratorios. Un buen aislamiento en las paredes es vital para mantener una temperatura

interior estable y confortable, lo cual es especialmente importante para la salud de los niños y adultos mayores. (ONU-Hábitat, 2019).

d) Pisos de la vivienda

El material y la condición de los pisos influyen en la higiene y la prevención de accidentes. Los pisos de tierra o de materiales no sellados son difíciles de limpiar y pueden ser una fuente de polvo, parásitos (como los anquilostomas) y agentes patógenos que causan enfermedades gastrointestinales. Además, los pisos resbaladizos o irregulares aumentan el riesgo de caídas, lo que puede causar traumatismos y fracturas, particularmente en personas de edad avanzada o con movilidad reducida. Un piso de calidad, fácil de limpiar y seguro, es clave para mantener un entorno saludable (OMS, 2018).

2.7 Determinantes sociales de la salud en Bolivia

Uno de los grandes retos del país en materia de salud pública radica en generar un equilibrio frente a las marcadas diferencias existentes entre los distintos grupos poblacionales que lo conforman. Entender la salud como el resultado coherente y armónico de la interacción entre el individuo, la sociedad y las condiciones en las que transcurre su vida es una premisa necesaria para avanzar hacia un mayor nivel de bienestar del que se ha alcanzado hasta ahora (Loza & Villarroel, 2012).

En Bolivia, los determinantes de la salud están más estrechamente asociados a la organización social y al desarrollo continuo del sistema y los servicios de salud. Estudios recientes realizados por investigadores del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), en colaboración con profesionales del Instituto de Medicina Tropical de Amberes (Bélgica) y de la Universidad de British Columbia (Canadá), abordan este tema y demuestran cómo los factores ambientales influyen más en los niveles de salud de la población que cualquier otro factor. Es crucial considerar que la salud y la enfermedad están determinadas por aspectos que van más allá del orden biológico, incluyendo factores económicos, políticos, culturales y ambientales (Loza & Villarroel, 2012).

El Ministerio de Salud y Deportes establece políticas y estrategias para mejorar los indicadores de salud, implementando el Modelo SAFCI – Salud Familiar Comunitaria

Intercultural y utilizando como instrumento la carpeta familiar. Esta herramienta permite registrar los eventos de salud más relevantes, así como las condicionantes de una persona, familia y las determinantes de la comunidad.

En consecuencia, en Bolivia, y particularmente en zonas alejadas de los grandes centros urbanos, la vivienda es un determinante social de la salud que influye directamente en el bienestar de la población. Las condiciones de la vivienda (infraestructura, acceso a servicios básicos y seguridad) tienen un impacto significativo en la salud física y mental de sus habitantes. Las condiciones inadecuadas, por ejemplo, pueden provocar problemas respiratorios, enfermedades infecciosas, accidentes y trastornos de salud mental (Loza & Villarroel, 2012).

2.8 Características generales de las viviendas en Bolivia

Una casa a medio construir, con un solo cuarto donde el televisor y la cocina están junto a la cama para una familia de tres. Este es el retrato de miles de familias en Bolivia que aún no tienen una vivienda que satisfaga sus necesidades habitacionales (Los Tiempos, 2018).

Según el Ministerio de Obras Públicas y Vivienda, el déficit cualitativo de vivienda en el país se acerca al millón de unidades. Para los expertos, la raíz del problema reside en el acceso ilegal a la tierra (MOPyV, 2025).

Escarley Torrico, coordinadora del Área Urbana del Centro de Documentación e Información Bolivia (Cedib), explica que a esto se suman otros tres problemas que afectan la calidad habitacional: el acceso a servicios básicos, la precariedad de los materiales de construcción y el hacinamiento.

El alto costo de la vivienda, sumado al constante crecimiento de las ciudades y la migración del campo a la urbe, ha impulsado un mercado de compra informal que agrava la precariedad de la calidad habitacional.

Torrico explica que "el metro cuadrado de suelo está muy por encima de las posibilidades de acceso de las familias en el mercado formal. Algunos estudios demuestran que, en relación al precio del metro cuadrado versus el salario mínimo, la situación en Bolivia es demasiado inequitativa".

La forma más común de este fenómeno es la parcelación de terrenos con vocación agrícola para venderlos como suelo rural.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Técnica/Instrumento	Escala/Categoría
Estructura de la vivienda como determinante social de la salud	Tipo de vivienda	Tipo de construcción	Carpeta Familiar	Casa, cuarto o habitaciones sueltas, vivienda improvisada, otro.
	Condición del techo	Material del techo	Carpeta Familiar	Teja/cemento/arcilla Losa de hormigón armado Calamina o plancha metálica Paja, caña, palma o barro.
	Características de las paredes	Material de paredes	Carpeta Familiar	Ladrillo, bloque de cemento, hormigón, adobe, piedra, madera, tabique quinche, otro.
	Condición del piso	Material del piso	Carpeta Familiar	Machimbre, piso flotante, tablón tratado cemento, ladrillo, madera, cerámica
	Revoque de paredes interiores	Presencia de revoque interiores	Carpeta Familiar	Sí/No

3.2 Enfoque de la investigación

El estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, ya que se pretende recoger datos medibles sobre las características físicas de las viviendas y los problemas de salud presentes en las familias de la comunidad de Alto Bahía. Este enfoque permitirá analizar la información de manera objetiva, con base en frecuencias, porcentajes y relaciones entre variables.

Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014), el enfoque cuantitativo “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establece pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 5).

3.3 Tipo y nivel de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, porque el objetivo principal fue describir las características estructurales de las viviendas en la comunidad y los problemas de salud presentes en la población, y la recolección de los datos de las variables recopiladas se hicieron en un periodo de tiempo.

En palabras de Tamayo y Tamayo (2009), “la investigación descriptiva se orienta a la caracterización de hechos, fenómenos o situaciones, especificando sus propiedades y los perfiles del objeto de estudio” (p. 78).

3.4 Diseño de la investigación

El diseño es de tipo no experimental y transversal:

No experimental. El presente estudio siguió un diseño no experimental, ya que no se manipularon las variables, en este caso, la estructura de las viviendas como determinantes sociales de la salud de las familias que habitan en el área del puesto de salud de Alto Bahía, sino que se observaron los hechos tal como se presentaron en la realidad, al momento de realizar las visitas domiciliarias.

El diseño no experimental es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Hernández, 2014).

Transversal. Esta investigación fue transversal, porque estuvo enfocada en analizar los datos de las variables recopiladas en un periodo de tiempo, es decir, observar y describir las estructuras de las viviendas como determinantes sociales de la salud.

La investigación transversal es un método no experimental en el que una comunidad o una muestra representativa de esta son estudiadas en un momento dado; la valoración de las variables se hace en el mismo momento (Hernández, 2014).

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población

En esta investigación, la población estuvo conformada por todas las familias residentes en el área del puesto de salud de Alto Bahía, municipio de Cobija, en el departamento de Pando.

Para Tamayo y Tamayo (2009), la población se refiere al conjunto de elementos con características comunes sobre los que se desea obtener información.

3.5.2 Muestra

La muestra de la presente monografía está conformada por 150 familias del área del puesto de salud Alto Bahía, ubicada en la carretera Cobija – El Porvenir, en el departamento de Pando.

De acuerdo a Hernández et al (2014), la muestra no es más que un subgrupo de la población; es decir, un subgrupo de elementos que pertenecen al conjunto definido de características de la población.

3.6 Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se incluyó a todas las familias que viven en el área del puesto de salud de Alto Bahía (150).

El muestreo no probabilístico por conveniencia se caracteriza por ser una técnica de selección de muestras donde los investigadores eligen a los sujetos que están más accesibles o disponibles para participar en el estudio (Hernández et al, 2014).

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección es la observación directa y el instrumento es la Carpeta Familiar. Este instrumento te permitió registrar de manera sistemática la información de la vivienda, como el tipo de material usado en el techo, las paredes y los pisos.

Arias (2012), se refiere a la técnica de recolección de datos como “el procedimiento o forma particular de obtener datos o información (...) la aplicación de una técnica conduce a

la obtención de información, la cual debe ser resguardada mediante un instrumento de recolección de datos” (p. 68).

Por su parte, la Carpeta Familiar es el “instrumento básico de aplicación de la política SAFCI, especialmente en su componente de atención a la salud; capta la información de las a) Determinantes de la Salud, b) Comportamiento Familiar y c) Estado de Salud de los integrantes de la familia” (Ministerio de Salud, 2019, p. 5).

3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron codificados y procesados mediante software estadístico: Excel. Se utilizan estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) para caracterizar las variables y estadísticas.

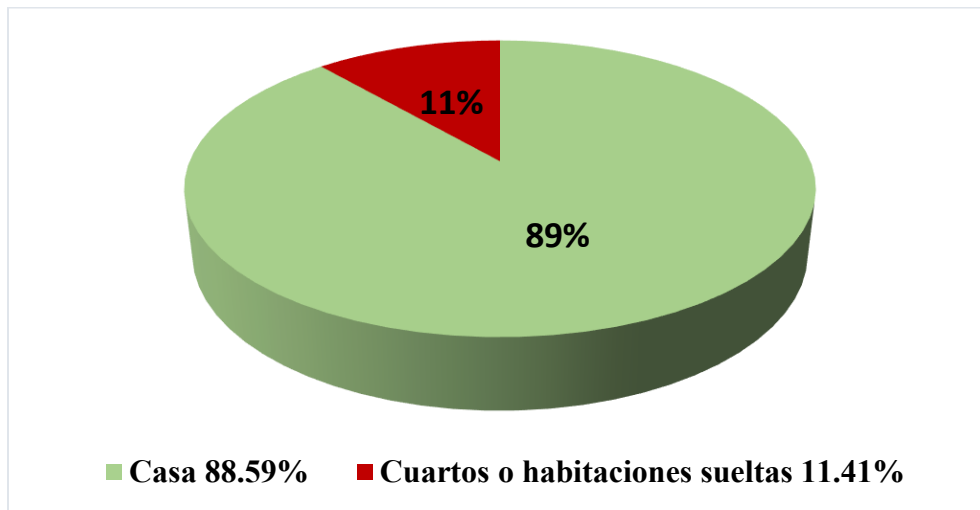
CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1 Tipo de vivienda en la que viven las familias área del Puesto de Salud Alto Bahía

Tipo de vivienda	Cantidad	Porcentaje (%)
Casa	132	88.59
Cuartos o habitaciones sueltas	17	11.41
TOTAL	149	100

Gráfico 1 Tipo de vivienda del área del Puesto de Salud Alto Bahía



Fuente: Elaboración propia, en base a la información de la Carpeta Familiar.

Análisis e interpretación

En el área del Puesto de Salud Alto Bahía, la mayoría de las familias (88,59%) habita en casas unifamiliares, mientras que un 11,41% reside en cuartos o habitaciones sueltas, lo que indica que el tipo de vivienda predominante es independiente, acorde al contexto rural de la comunidad. Aunque la proporción de cuartos es menor, este grupo se encuentra en mayor vulnerabilidad habitacional debido a limitaciones de espacio, ventilación, privacidad y

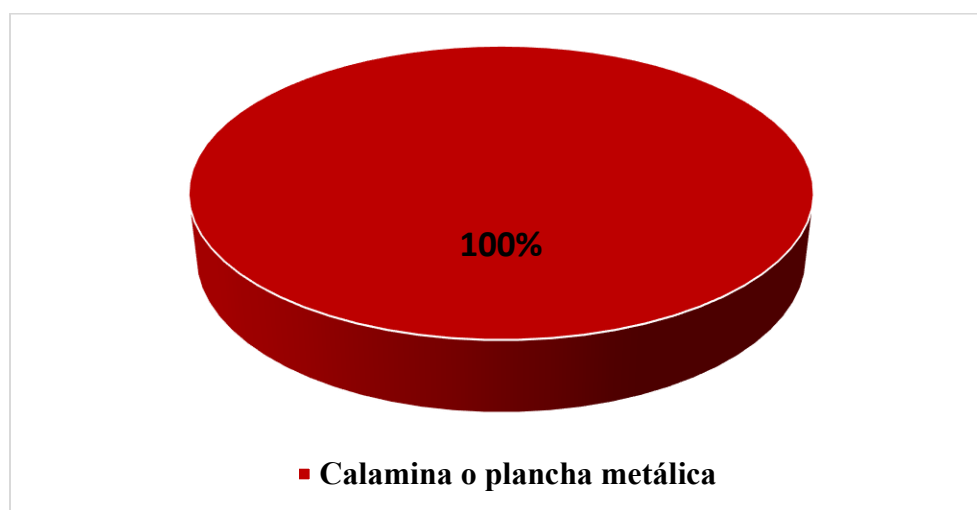
condiciones de salubridad, factores que inciden directamente en la salud física y mental de los habitantes.

El predominio de casas unifamiliares sugiere condiciones más favorables para la salud al ofrecer mayor espacio, ventilación e infraestructura básica, mientras que los hogares en cuartos sueltos están asociados al hacinamiento y riesgos sanitarios. Estos resultados evidencian la necesidad de estrategias focalizadas que mejoren las condiciones habitacionales de los hogares más vulnerables y contribuyan a reducir las desigualdades en salud dentro de la comunidad.

Tabla 2 Tipo de techo de las viviendas del área del Puesto de Salud Alto Bahía

Techo de la vivienda	Cantidad	Porcentaje (%)
Calamina o plancha metálica	150	100 %
TOTAL	150	100 %

Gráfico 2 Tipo de techo del área del Puesto de Salud Alto Bahía



Fuente: Elaboración propia, en base a la información de la Carpeta Familiar.

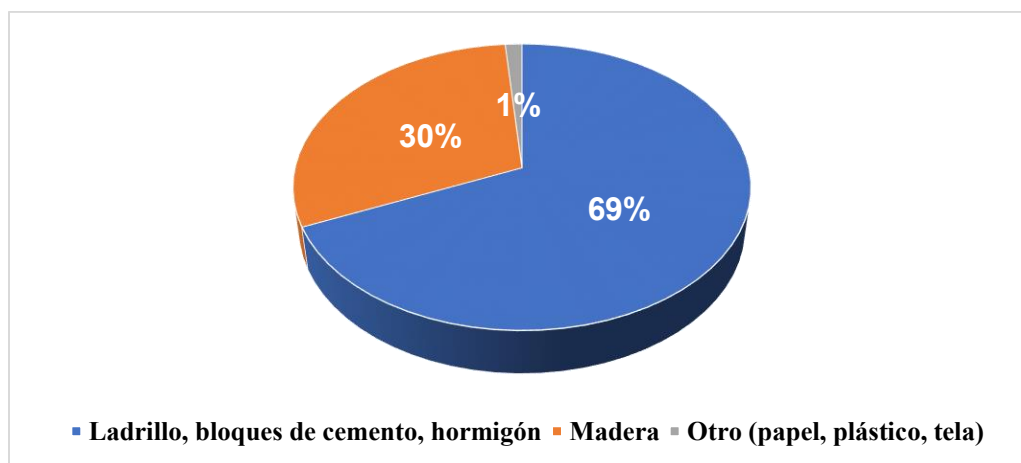
Interpretación y análisis de datos

En el área de influencia del puesto de salud Alto Bahía, los resultados muestran que el 100% de las viviendas cuenta con techos de calamina o plancha metálica, sin presentarse variación en este indicador. El uso generalizado de techos de calamina en el área del puesto de salud Alto Bahía, aunque garantiza resistencia y durabilidad, genera riesgos para la salud al favorecer temperaturas extremas dentro de las viviendas y deficiencias de ventilación. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, este resultado resalta la importancia de promover mejoras en la calidad habitacional para prevenir problemas respiratorios y de confort térmico, considerando que la uniformidad del material podría facilitar intervenciones comunitarias.

Tabla 3 Características de las paredes de las viviendas del área del puesto de salud Alto Bahía

Paredes de la vivienda	Cantidad	Porcentaje
Ladrillo, bloques de cemento, hormigón	102	68.46 %
Madera	45	30.20 %
Otro (papel, plástico, tela)	2	1.34 %
TOTAL	149	100 %

Gráfico 3 Características de las paredes del área del puesto de salud Alto Bahía



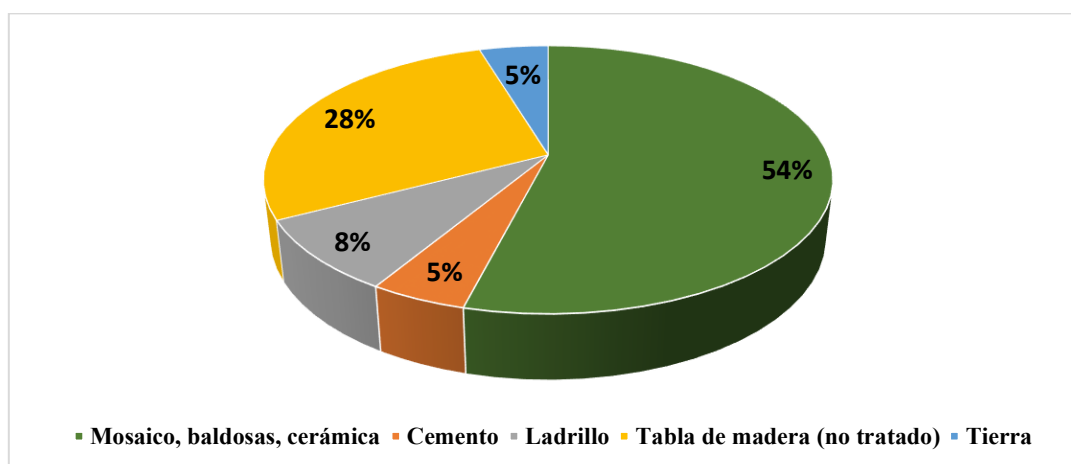
Fuente: Elaboración propia, en base a la información de la Carpeta Familiar

Análisis e interpretación: En el área del Puesto de Salud Alto Bahía, la mayoría de las viviendas tiene paredes de ladrillo, bloques de cemento u hormigón (68,46%), mientras que un 30,20% se construye con madera y un pequeño porcentaje (1,34%) utiliza materiales precarios como papel, plástico o tela. Estos resultados muestran diferencias claras en la calidad estructural de las viviendas. Las viviendas de ladrillo o cemento ofrecen mayor seguridad y protección sanitaria, en contraste con las de madera o materiales precarios, que pueden implicar riesgos de humedad, plagas y menor durabilidad, afectando la salud de sus ocupantes. Este panorama refleja la desigualdad habitacional dentro de la comunidad y la necesidad de políticas que fortalezcan el acceso a viviendas más seguras y saludables.

Tabla 4 Tipo de piso de las viviendas del área del puesto de salud Alto Bahía

Pisos de la vivienda	Cantidad	Porcentaje
Mosaico, baldosas, cerámica	81	54.00 %
Cemento	7	4.67 %
Ladrillo	13	8.66 %
Tabla de madera (no tratado)	42	28.00 %
Tierra	7	4.67 %
TOTAL	150	100 %

Gráfico 4 Tipo de piso de las viviendas del área del puesto de salud Alto Bahía



Fuente: Elaboración propia, en base a la información de la Carpeta Familiar.

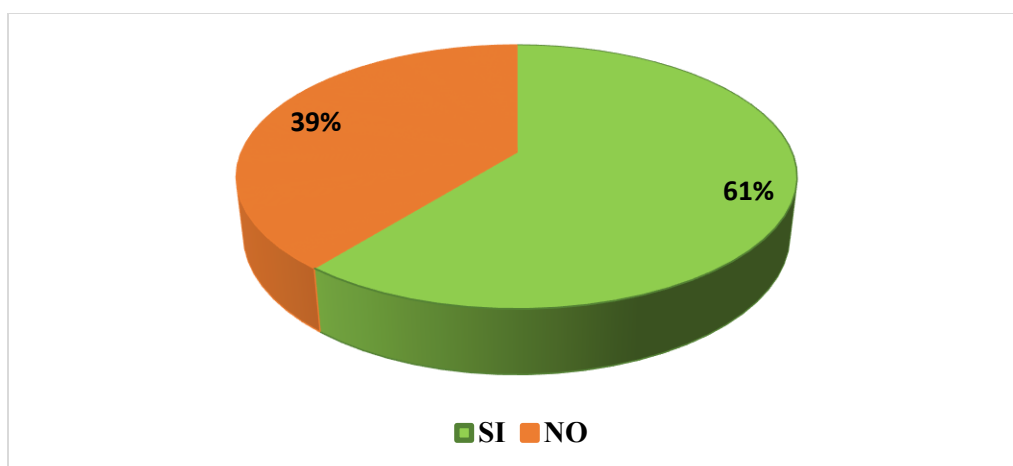
Análisis e interpretación: La mayoría de las viviendas en el área del Puesto de Salud Alto Bahía tiene pisos de mosaico, baldosas o cerámica (54%), seguidas de un 28% con tablas de madera sin tratar y un 8,67% con ladrillo; en menor proporción se encuentran los pisos de cemento (4,67%) y de tierra (4,67%).

Estos resultados muestran una diversidad en las condiciones del piso, donde una parte importante de los hogares cuenta con superficies más higiénicas y duraderas, mientras que otros mantienen materiales más precarios que pueden favorecer la proliferación de plagas, humedad y enfermedades, reflejando desigualdades en la calidad habitacional.

Tabla 5 *Revoque de las paredes interiores de las viviendas del sector del área del puesto de salud Alto Bahía*

Revoque de las paredes interiores	Cantidad	Porcentaje
Sí	90	60.81 %
No	58	39.19 %
TOTAL	148	100 %

Gráfico 5 *Revoque de las paredes interiores de las viviendas del sector del área del puesto de salud Alto Bahía*



Fuente: Elaboración propia, en base a la información de la Carpeta Familiar.

Análisis e interpretación: En el área del Puesto de Salud Alto Bahía, el 60,81% de las viviendas presenta paredes interiores revocadas, mientras que el 39,19% no cuenta con este acabado. Esta distribución muestra que una parte importante de las familias ha logrado mejorar la protección y el aspecto de sus viviendas, aunque todavía existe un número considerable de hogares con paredes sin revoque. Estos resultados evidencian desigualdades en las condiciones habitacionales, ya que la falta de revoque puede favorecer la acumulación de humedad, polvo e insectos, lo que incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias y otras afecciones.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las conclusiones del estudio, las cuales sintetizan los principales hallazgos relacionados con la estructura de las viviendas del área Alto Bahía. Estos resultados permiten comprender su influencia como determinante social de la salud.

5.1 Conclusiones

- La mayoría (89 %) de las familias de Alto Bahía habita en casas unifamiliares, lo que refleja un patrón habitacional predominante que ofrece mejores condiciones de espacio, privacidad y seguridad estructural. Sin embargo, un pequeño porcentaje (11%) reside en cuartos o habitaciones sueltas, evidenciando vulnerabilidad habitacional que puede afectar la salud física y mental.
- Todas las viviendas cuentan con techos de calamina (100%), lo que proporciona resistencia y durabilidad frente a las condiciones climáticas, pero también genera riesgos relacionados con temperaturas extremas y confort térmico, impactando la salud de los habitantes.
- La mayoría de las viviendas tiene paredes de ladrillo o cemento (69%), mientras que un porcentaje significativo (30%) utiliza madera o materiales precarios. Esto refleja desigualdades en la calidad estructural de la vivienda, con implicaciones directas en seguridad, higiene y exposición a riesgos sanitarios.
- En cuanto al piso de la vivienda, predomina mosaico, baldosas o cerámica (54%), aunque una parte importante utiliza madera (28%), ladrillo (8%), cemento (5%) o tierra (5%). Los pisos menos adecuados aumentan la vulnerabilidad a problemas de higiene y salud, evidenciando desigualdades en las condiciones habitacionales.
- Más de la mitad de las viviendas cuenta con revoque (61%), lo que mejora la protección de la vivienda y reduce riesgos de humedad y plagas. No obstante, un número considerable de hogares carece de este acabado, reflejando condiciones precarias que requieren atención.

El estudio permitió identificar que las características estructurales de las viviendas del área del Puesto de Salud Alto Bahía presentan condiciones que pueden influir negativamente en

la salud de sus habitantes, evidenciando deficiencias en materiales, acabados y estados de conservación que constituyen factores de riesgo relevantes.

1.2 Recomendaciones

Con base en los hallazgos obtenidos, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar las condiciones habitacionales y reducir los riesgos para la salud en la comunidad. Su aplicación contribuirá al fortalecimiento de acciones locales.

- Implementar programas de apoyo habitacional dirigidos a las familias que viven en cuartos o habitaciones sueltas, con el fin de reducir la vulnerabilidad asociada al hacinamiento y mejorar sus condiciones de salud.
- Promover iniciativas comunitarias y municipales para mejorar la ventilación y el aislamiento térmico en viviendas con techos de calamina, reduciendo los efectos negativos de las temperaturas extremas.
- Fomentar proyectos de vivienda social y mejoramiento progresivo que permitan sustituir materiales precarios como la madera por ladrillo o cemento, garantizando mayor seguridad e higiene.
- Impulsar campañas y programas de pisos saludables que faciliten el acceso a materiales más adecuados, especialmente para hogares que aún cuentan con pisos de tierra o madera sin tratamiento.
- Incentivar el revoque de paredes interiores mediante programas de mejoramiento de vivienda, a fin de reducir riesgos sanitarios vinculados a la humedad, plagas y condiciones precarias.

Se recomienda fortalecer acciones intersectoriales orientadas a mejorar las condiciones físicas de las viviendas, promoviendo intervenciones de salud ambiental y programas comunitarios que reduzcan los riesgos asociados a las deficiencias habitacionales identificadas.

BIBLIOGRAFÍA


- Cuentas, G. (2015). *Salud y proceso de cambio*. En “*El cambio a fondo*”. Página Siete 19 de abril de 2015.
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R. & Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Gerencia para el Desarrollo 61. Eseau.
- Garrigós, P. & Ríos, B. (2021). *Desahuciados en plena pandemia: el problema del acceso a la vivienda durante la crisis sanitaria en Bélgica*. Equal Times
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Instituto de Investigaciones Socio-Económicas (IISec-UCB). (2021). *Bolivia Debate: Un futuro sustentable* [Separata]. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. https://iisec.ucb.edu.bo/assets_iisec/publicacion/Separata_Bolivia_Debate_compressed_1.pdf
- Machicado, C. (2021). *Sistema de salud en Bolivia: crisis estructural y desafíos del modelo*. Revista Boliviana de Salud Pública, 39(2), 45-58.
- Medinaceli, K. (2017). *El tratamiento de los datos sanitarios en la historia clínica electrónica: Caso boliviano. Estructura del sistema nacional de salud de Bolivia*. Agencia española de protección de datos.
- Ministerio de Obras Públicas y Vivienda (2025). *Metodología para la medición del déficit habitacional*. Comité Técnico Interinstitucional para el cálculo del Déficit Habitacional.
- Ministerio de Salud (2029). *Instructivo para el llenado Carpeta Familiar*. Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de Salud. (2018). *Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)*. Estado Plurinacional de Bolivia.

- Ministerio de Salud (2018). *El Nuevo Sistema Único de Salud Universal y Gratuito. Bases técnicas y políticas*. Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de Salud. (2016). *Plan estratégico institucional del Ministerio de Salud 2016–2020*. Estado Plurinacional de Bolivia.
- https://www.minsalud.gob.bo/images/pdf/PLAN_ESTRA_INS_MS_16_20.pdf
- Montaño, M. G. (2016). *Guía de práctica comunitaria, Inédito para la Escuela Nacional de Trabajo Social*. UNAM.
- Loza, J. & Villarroel, K. (2012). *Evaluación de determinantes y estado de salud de la zona central de Vinto en gestión 2011*. Scientia Revista de investigación 2012, Año 2, N° 1.
- Los Tiempos (2025, 6 de agosto). *Vivienda en Bolivia: el difícil acceso a un hábitat de calidad y el mercado de tierras*. <https://www.lostiempos.com/especial-multimedia/20180806/vivienda-bolivia-dificil-acceso-habitat-calidad-mercado-tierras>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Resumen de Orientación*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279743/WHO-CED-PHE-18.10-spa.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para el Hábitat (2019). *Elementos de una vivienda adecuada*. ONU-Habitat.
- Tamayo, M. (2009). *Proceso de la Investigación Científica*. Mexico: Editorial Limusa.
- Tejerina, H., Aillón, E. & Ergueta, D. (2018). *El Nuevo Sistema Único de Salud Universal y Gratuito*. Ministerio de Salud.


The Lancet (2024). *Vivienda: un determinante social de la salud ignorado*. Editorial.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00914-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00914-0/fulltext)

ANEXOS

Anexo 1.



DOMINGUEZ




Código establecimiento: 900001
Código Carpeta Familiar: 000
Fecha de apertura: 01/07/2000

I. DATOS GENERALES		II. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y DE LA VIVIENDA				III. ACCESO GEOGRÁFICO Y ESTABILIDAD DEL LUGAR					
DOMINGUEZ		1. Departamento: Pando		5. Avenida/Calle/Carretera/Camino: Villa Busch Pando		1. MEDIO DE TRANSPORTE: 1. Camión		TIEMPO EMPLEADO		DISTANCIA	
2. Zona: 1		2. Provincia: Villa Busch		6. Número de puerta: 100		2. Horas: 2		Minutos: 0		Km.: 0	
3. Municipio: Pando		3. Manzanas: 100		7. Nombre del edificio, Piso y No. de Departamento: 100		3. Horas: 0		Minutos: 0		Km.: 0	
4. Hablado: Castellano		4. Comunidad Barrio/Zona/Unidad Vecinal: Villa Busch		8. Latitud: 9. Longitud: 10. Altura (metros): 4		4. Horas: 0		Minutos: 0		Km.: 0	

IV. IDENTIFICACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA															
No.	Cédula de Identidad	Complemento de Cédula	Lugar de Expedición de Cédula	No tiene C.I.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento			Edad	Auto Preferencia Cultural	Contribuye al Sistema Familiar
										M	D	Año			
1	4400509	730			Dominguez	Alexander	PROVEEDOR PRINCIPAL		M	06	30	36	1	1	1
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
TOTAL															


EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LOS INTEGRANTES
EVALUACIÓN DE LAS DETERMINANTES DE LA SALUD
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR



CARPETA FAMILIAR

CENTRO DE SALUD "VILLA BUSCH"

Establecimiento: 024 Villa Busch
Cód. o Estab: 900007
Comunidad / Barrio o Unidad Vecinal: Villa Busch
Código de carpeta: 075

I. DATOS GENERALES		II. CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA		IV. DETERMINANTES DE SALUD	
1. Familia: Olivera Huelde		Código Estab. 		A. Tipo de vivienda Vivienda individual: 10 Departamento: 10 Cuartos o Habitaciones: 15 Choza / Pahucho/Casa rústica: 20 Ambiente no destinado para habitar: 25	
2. Idioma: Castellano				B. Tenencia de vivienda Propia: 2 Arrendada: 2 Alquiler: 2 Cuidador: 4 Otros: 3	
3. Dirección de la vivienda: Calle 38 de Pando				C. No. de Personas por cuarto Una o dos personas: 5 Tres: 10 Cuatro: 15 Cinco: 20 Seis o más: 25	
4. Distancia y tiempo desde la vivienda hasta el establecimiento de salud: 9 km, 11 horas				D. Abastecimiento de Agua Agua por cañerías: 15 Pínea Pública: 10 Pozo/Noria/Vertiente/Cisterna: 15 Acequiarío: 20 Charcos/Alagados/Cuncho: 25	
5. Fecha de registro: 02/02/2021				E. Eliminación de excretas Servicio higiénico en domicilio: 5 Servicio higiénico público: 10 Letrina: 15 Pozo Ciego: 20 Aire Libre: 25	
Responsable: <u>Maribel Salas Pelle</u> Nombre y apellido del responsable del registro de la información: Firma: <u>[Firma]</u> del responsable del registro de la información: Cargo del responsable de Servicio: <u>Hilario Rosado</u>		F. Manejo de Basura Recibo Domiciliario: 1 Basura Enterrada: 2 Calle/Campo abierto: 3 Quemada: 4 Río Quebrada: 5			
		G. Ingreso Familiar Le permite ahorrar: 1 Satisface necesidades: 2 Satisface necesidades básicas: 3 A veces no alcanza: 4 Insuficientes: 5		H. Consumo diario de alimentos Consumo diario de cereales, tubérculos y derivados: 1 Consumo diario de alimentos de origen animal: 2 Consumo diario de frutas y verduras: 3 Consumo diario de aceite: 4 Consumo diario de sal y yodada: 5	
		I. Nivel de Instrucción de la madre Universitaria: 5 Técnica: 10 Secundaria: 15 Primaria: 20 Sin instrucción: 25		Puntaje de la Familia Anotar Puntaje Obtenido: 74 Rango de Riesgo: Bajo: 26 a 61 puntos Medio: 62 a 116 puntos Alto: 117 a 165 puntos	

Oliver Huelde

Actualización Carpeta familiar. Puesto de salud Alto Bahía.

Anexo 2.



Puesto de Salud Alto Bahía: Actualizando Carpeta Familiar



Carpetas Familiares actualizadas

Anexo 3.



Visita a la comunidad Villa Rosario para actualización de Carpeta familiar



Comunidad Alto Bahía

Anexo 4.



Puesto de Salud Alto Bahía

Anexo 5.



Levantamiento y actualización de Carpeta Familiar en el área del puesto de salud Alto Bahía.