

Determinantes de salud de los habitantes del barrio Buena Esperanza (Barranquilla, 1999)

Edgar Navarro L.*, Rafael Tuesca M.**, Luz M. Alonso P.***

Resumen

En este trabajo, los estudiantes y docentes de los programas de Medicina y Enfermería de tercer semestre del primer semestre de 1999 participaron de manera conjunta con miembros de los Servicios de Salud y la comunidad en la identificación de los determinantes de salud de los habitantes del barrio Buena Esperanza.

Se realizó un estudio descriptivo en una muestra aleatoria de 1.821 personas. La fuente de información utilizada fue de tipo primaria mediante una encuesta estructurada. En el procesamiento de los datos se utilizaron dos bases de datos relacionales en el programa EPIINFO versión 6.04. El análisis de los resultados se realizó con medidas de frecuencia relativas y medidas de tendencia central y de dispersión. El número de viviendas encuestadas fue de 360 y el número total de habitantes fue de 1.882. En 11,4% de las viviendas se encontró hacinamiento. Los servicios públicos con que cuentan las viviendas son adecuados, por lo tanto sus necesidades básicas insatisfechas están por debajo del 3%. Con relación al ingreso per cápita, según la información obtenida, la media oscila en \$ 115.662 pesos. En cuanto al tipo de afiliación al sistema de seguridad social de los 1.827 habitantes, un 35,6% pertenece al régimen vinculado.

En el grupo de mujeres en edad reproductiva entre 10 y 49 años, la proporción de embarazos es de 3,5%. Del total de gestantes, el 80,9% acude a control prenatal. Con relación al nivel de escolaridad en mayores de 15 años, la proporción de personas con menos de 6 años de escolaridad corresponde al 25,9%, y en mayor proporción es del sexo femenino. Con respecto a la ocupación actual en personas mayores de 15 años, el 23,4% está desempleado.

Con relación a las conductas de riesgo, la tasa de fumadores específica por sexo, en mayores de 15 años, es de 8,4 por cada 100 hombres y de 3,7 por cada 100 mujeres. La prevalencia de consumo de alcohol en mayores de 15 años es de 16,8%.

Los habitantes de este barrio perciben como bueno su estado de salud en un 63,4%. La prevalencia de morbilidad es de 16,07%, lo que denota una disminución al compararla con el 28,1% obtenido en el estudio CAP-UNI-Barranquilla, 1995. En cuanto a la morbilidad proporcional, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar, seguida de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.

Las acciones realizadas en este barrio por parte de los Servicios de Salud deben ir orientadas al mejoramiento de los entornos sociales, debido a que la modificación del estilo de vida depende de un entorno social, cultural, político y económico apropiado. Una estrategia para el abordaje de la problemática existente en los barrios del suroccidente de Barranquilla es el fortalecimiento en los servicios de salud del modelo de salud familiar desarrollado por el Proyecto UNI.

Palabras claves: Determinantes de salud, factor de riesgo, salud familiar.

Abstract

The third semester students of the Medicine and Nursing programs participated during the first semester 1999, together with the members of the Health Services and the community of the district in the identification of the health determinants of the inhabitants of barrio Buena Esperanza.

A descriptive study was undertaken using an aleatory sample of 1821 inhabitants of the district. The source of information used was primary using a structured interview. Two relational data base in the 6.04 version of the EPIINFO program were used in the processing of information. The analysis of the results was done using relative frequencies and

* MD. Mg. en Epidemiología. Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Universidad del Norte. Coordinador Investigaciones Proyecto UNI-Barranquilla, Universidad del Norte. (e-mail: enavarro@uninorte.edu.co)

** MD. Mg. en Epidemiología. Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Universidad del Norte.

*** Economista. Mg. en Salud Pública. Docente del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Universidad del Norte.

central tendency and dispersion measurements. The number of dwellings polled was 360 and the total number of inhabitants was 1882. Overcrowding was found in 11.4% of them. The public services are adequate, thus their unsatisfied needs are under 3%. In relation to their per capita income, the median oscillates in \$ 115.662 pesos. 35.6% are registered in the Social Security.

The proportion of pregnancies in women in reproductive age (10-49 years of age) is 3.5%. 80.9% of them receive medical control. In relation to the educational level of people older than 15 years of age, the proportion of people with less than six years is of 25.9% being women the most numerous group. With respect to occupation of people over 15 years of age, the proportion of unemployment is of 23.4%.

With respect to risk behavior, the specific rate of smokers over 15 years of age by sex is 8.4 for every 100 men and 3.7 for every 100 women. Alcohol consumption prevalence for people over 15 is 16.8%.

The district inhabitants perceive their health conditions as good in 63.4% of cases. The morbidity prevalence is 16.07%, which denotes a decrease compared with 28.1% obtained in a CAP-UNI study in 1995. Hypertension occupies the first place in proportional morbidity, followed by acute respiratory infection and acute diarrheic infection.

The labor undertaken by the Health Services in the Buena Esperanto district must be oriented to the improvement of the social surroundings, due to the modifications of life styles, due to the fact that modifying life styles depends on adequate social, cultural political and economical surroundings. One strategy to undertake the solution of the problems of the south oriental districts of Barranquilla is the improvement of the health services using the model of family Health Project developed by the UNI Project.

Key words: Health determinants, risk factors, family health.

INTRODUCCIÓN

El modelo de salud familiar se encuentra enmarcado en una visión integral, teniendo en cuenta su entorno o contexto, la cual se considera el resultado de un proceso de construcción social, que expresa la calidad de vida de la población. Esto requiere determinar cuáles son las características de las condiciones en que viven las personas, estilos de vida, hábitos y costumbres, a fin de relacionar e interpretar el proceso de salud-enfermedad y la demanda de algunos servicios en grupos vulnerables, entre ellos las mujeres gestantes.

Dentro de esta concepción, los determinantes de salud son todos aquellos factores que se encuentran fuera de la esfera patológica, y por lo tanto no son problemas patológicos, pero sí están relacionados con el desarrollo de ciertos problemas de salud.

Según Lalonde existen cuatro determinantes: biológico, estilos de vida, medio ambiente y organización del Sistema de Salud. La identificación de los determinantes de salud en una comunidad permite la realización de acciones de promoción, educación en salud y prevención de las enfermedades, con el control debido de los factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores, considerando los factores biológicos, del estilo de vida, del ambiente y de la organización de los servicios.

Las variantes socioculturales influyen de manera importante en los comportamientos humanos, y éstos, a su vez, guardan relación con los problemas de salud que afectan al individuo y a la comunidad. Dentro de los determinantes de salud se encuentran la edad, el sexo, el nivel educativo, la profesión o empleo, la calidad de los servicios en las viviendas, la percepción del estado de su salud por parte del individuo y tipo de cobertura en salud.

Los determinantes de salud pueden ser considerados como un instrumento que fija los estilos y condiciones de vida de una comunidad, a fin de identificar la influencia del medio institucional (Estado: salud y trabajo) sobre la respuesta a la demanda de servicios. Algunos investigadores en el área social (Mead y Zola) plantean que los procesos de socialización y el nivel cultural es diferencial para niños y niñas, lo cual determina en países pobres la persistencia de enfermedades inmunoprevenibles e infecciosas y patologías crónicas e incapacitantes (cáncer, enfermedades cardiovasculares y fenómenos de violencia).

El modelo de salud familiar forma parte de una nueva concepción de la salud, la cual es el resultado de un proceso de construcción social que expresa la calidad de vida de la población, entendiendo «calidad de vida» como bienestar, como una condición de existencia de las personas en su cotidianidad, viviendo libre de impedimentos o dolencias, sea

individual, familiar o colectivamente. Esta forma de ver la salud está en proceso de ser apropiada como suya por la comunidad y por los prestadores de los servicios.

En este trabajo, los estudiantes y docentes de los programas de Medicina y Enfermería de tercer semestre del primer semestre de 1999 participaron de manera conjunta con miembros de los Servicios de Salud y la comunidad en la identificación de los *Determinantes de Salud* de los habitantes del barrio Buena Esperanza.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo. La población de estudio estuvo conformada por 11.300 habitantes del barrio Buena Esperanza, según proyección efectuada del Censo de 1993, los cuales pertenecen al Silos 3 y al estrato 3.

El tamaño de la muestra se estimó teniendo en cuenta una prevalencia esperada de hacinamiento del 8% («Conocimientos, Actitudes y Prácticas –CAP– sobre demanda y utilización de servicios de salud» en habitantes de barrios del suroccidente de Barranquilla, investigación realizada por el Proyecto UNI-Barranquilla, 1995), con un margen de error del 1.5% y un nivel de significancia del 95%. Se utilizó el programa STALCALC del paquete EPIINFO versión 6.04, el cual arrojó un tamaño de muestra de 1.821 habitantes, y se encuestaron 364 viviendas, con un promedio estimado de 5 habitantes por vivienda.

El método de muestreo se realizó de manera sistemática, de acuerdo con las manzanas del barrio, y se seleccionó una de cada cinco viviendas. En caso de no encontrarse en casa quien respondiera la encuesta, se procedió a encuestar la casa siguiente hacia la derecha. Cuando en la vivienda habitaba más de una familia, se aplicó el formulario a cada familia de manera independiente.

La fuente de información utilizada fue de tipo primaria. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta estructurada. El formato se constituyó con 24 preguntas, distribuidas en dos secciones. La primera sección estaba constituida por 8 preguntas

con datos de información general de la familia: identificación familiar, número de cuartos de la vivienda, tiempo de residencia en el barrio, número de miembros de la familia, calidad de los servicios públicos, calidad de la vivienda e ingresos familiares. En la segunda sección se obtuvo información sobre la composición y características de los miembros de la familia: edad, sexo, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, régimen de salud, hábitos (consumo de alcohol y tabaco), vida social, percepción del estado de salud, estado de embarazo, asistencia a control prenatal y presencia de enfermedad.

Para recolectar la información se estandarizó a los participantes en la encuesta, previa lectura del instructivo y discusión en detalle de cada uno de los ítemes. Se constituyeron grupos de 6-7 estudiantes, quienes contaron con el apoyo de líderes comunitarios.

En el procesamiento de los datos se utilizó dos bases de datos relacionales en el programa EPIINFO versión 6.04. En la primera base de dato se recopiló la información correspondiente a los datos de vivienda y en la otra se incluyeron los datos relacionados con cada una de las personas de la vivienda. Para garantizar una adecuada digitación se utilizó la creación de un archivo de chequeo con los valores válidos y saltos condicionales en cada una de las bases de datos.

El análisis de los resultados se realizó utilizando medidas de frecuencia relativas para aquellas variables de tipo cualitativo y medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación típica) para las variables de tipo cuantitativo.

RESULTADOS

El número de viviendas encuestadas fue de 360 y el número total de miembros de las familias fue de 1.882. Cada uno de los estudiantes aplicó el formulario a un promedio de 3.5 familias. El número de miembros de familias por vivienda fue de 5.22 y el número promedio de familias por vivienda fue de 1.05. Los anteriores datos son similares a los hallados de la mencionada investigación del Proyecto UNI-Barranquilla, 1995.

De las 360 viviendas encuestadas, en 11.4% de ellas (41) se encontró hacinamiento. Lo anterior muestra un incremento con relación al resultado de la encuesta CAP-UNI-Barranquilla, 1995, la cual arrojó un porcentaje de 6.1% (tabla 1).

Tabla 1

Características socio - ambientales de los habitantes del barrio Buena Esperanza. Barranquilla, 1999.

Características	Frecuencia
Hacinamiento	11.4 %
Servicios Públicos	
Agua (adecuado)	97.5%
Energía (adecuado)	97.2%
Alcantarillado (adecuado)	97.5%
Teléfono (adecuado)	79.2%
Recolección de basura	100%
Tratamiento de agua	99.4%
Tipo de Afiliación	
Contributivo	57.4 %
Subsidiado	6.0 %
Vinculado	36.6 %
Lugar de nacimiento	
Barranquilla	76.4 %
Costa Caribe	11.0 %
Interior del país	6.4 %
Tiempo de Permanencia	Media: 20.11 años DE: 16.02 años
Ingreso per cápita	Media: \$115.662 DE: \$99.888

Fuente: Encuesta «Determinantes de Salud de los habitantes del barrio Buena Esperanza». Barranquilla, 1999.

Con relación al tiempo de permanencia en el barrio, la media fue de 20.11 años, con una desviación típica de 16.02 años, por lo tanto se estima que es una población de «permanencia joven». Pero es importante destacar que el 28.8% tiene un tiempo de residencia menor o igual a cinco años.

Los servicios públicos con que cuentan las viviendas son adecuados (tabla 1), por consiguiente sus necesidades básicas insatisfechas están por debajo del 3% para los servicios de agua, alcantarillado y energía eléctrica. El servicio de alcantarillado es adecuado en el 97.2% de las viviendas y en el

97.5% de ellas se recibe energía eléctrica de manera adecuada. La basura de las viviendas es recogida en su totalidad por el servicio de aseo técnico de esta ciudad.

Con relación al ingreso per cápita, según información de los encuestados, la media oscila en \$115.662, con una desviación típica de \$98.888. El promedio de ingreso familiar en el grupo es de \$519.204, con una desviación típica de \$398.880. Se notó un incremento significativo con los valores obtenidos en la encuesta CAP-UNI-Barranquilla, 1995, en la que el promedio fue de \$183.464, con una desviación típica de 112,960; pero es importante resaltar que se debe realizar el ajuste, por el proceso de inflación anual que se vive en el país (tabla 1).

El 76.4% de los habitantes del barrio es oriundo de Barranquilla, 11.0% de alguna región de la Costa Caribe y 6.4% del interior del país. Se observó un incremento progresivo del porcentaje de personas nacidas fuera de Barranquilla en los grupos de edad mayores, especialmente de procedencia de otros departamentos de la Costa Atlántica y del interior del país. Lo anterior posiblemente se debe al fenómeno de migración de las zonas en conflicto ocurrido en los últimos años (tabla 1).

Al determinar el tipo de afiliación en los 1.827 habitantes, el 57.4% corresponde al régimen contributivo, 6% al subsidiario y el resto al régimen de los vinculados (tabla 1).

En el grupo de mujeres en edad reproductiva entre 10 y 49 años, la proporción de embarazos fue de 3.5%, cifra menor a la de 1995, año en que fue de un 5.5%. La mayor proporción de mujeres embarazadas se ubicó en el rango de edad entre 20 - 29 años, con un 7% (tabla 2).

Del total de gestantes, el 80.9% acude a control prenatal (tabla 2), y el nivel de escolaridad predominante en este grupo son los estudios secundarios completos, con 55.6%. El 10.2 % de las mujeres que asisten al control prenatal tiene escolaridad menor de 6 años (primaria incompleta o inferior). No se encontró ninguna asociación entre el nivel de escolaridad y la no asistencia a control prenatal.

Tabla 2

Embarazos y asistencia a control prenatal en mujeres en edad reproductiva* del barrio Buena Esperanza. Barranquilla, 1999

Característica	Frecuencia
Proporción de embarazos	3.5% (21)
Asistencia a Control Prenatal	80.09%
Asistencia según escolaridad	
Secundaria completa	55.6%
Universidad	16.5%
Primaria incompleta	5.6%
Asistencia a control prenatal con:	
Escolaridad < de 6 años.	10.2%

Fuente: Tomado de «Determinantes de Salud de los habitantes del barrio Buena Esperanza». Barranquilla, 1999.

(*) 598 mujeres en edad reproductiva.

El 0.86 de las personas encuestadas correspondió al sexo masculino y el 53.7 % al femenino (tabla 3). Estos resultados son similares a los hallados en la encuesta CAP-UNI-Barranquilla, 1995.

Con relación a la distribución por grupos de edad, el mayor porcentaje se encontró en el ciclo vital individual de adulto joven (41.1%) en edades comprendidas entre 20 y 44 años, seguido del grupo de adolescentes (18.7%). La menor proporción correspondió al grupo de menores de 1 año (6.6%). En lo que respecta a la distribución de los grupos de edad según sexo, ésta resultó igual al de la población general; se observó un predominio de población joven, con un índice de dependencia general de 32.4%.

Tabla 3

Distribución por sexo, según variables de persona, en habitantes del barrio Buena Esperanza Barranquilla, 1999

Variables	Hombres	Mujeres
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Distribución por sexo	46.3 (871)	53.7 (1011)
Grupos etáreos:		
5 - 14 años	20.09	16.03
15 - 44 años	50.29	51.63
45 - 59 años	11.94	14.64
Media (desviación típica)	29.13 años (20.02)	32.26 años (20.55)
Nivel de escolaridad:		
Secundaria completa	32.2	29.3
Universitaria	17.9	16.6
Analfabeta	2.4	1.5
Hábitos (consumo de):		
Tabaco (+)	4.67	2.08
Alcohol (+)	12.43	4.38
Hábitos (consumo de):		
Tabaco (+)	4.67	2.08
Alcohol (+)	12.43	4.38
Enfermedades:		
Hipertensión	18.6	20.6
Diabetes.	7.6	5.9
I.R.A. (infecc. respiratoria)	18.6	10.3
E.D.A:	0.8	1.1
Autopercepción de Salud:		
Excelente	21.2	18.7
Buena	63.9	63.0
Regular	13.2	17.4
Mala	1.1	0.9
Pésima	0.6	—
Ocupación:		
Desempleados	29.4	18.6
Empleados (todas las categorías)	65.20	35.15
Hogar	0.05	43.23

Fuente: «Determinantes de Salud de los habitantes del barrio Buena Esperanza». Barranquilla, 1999.

La media de edad para el sexo masculino fue de 29.13, años con una desviación típica de 20.02 años, y para el sexo femenino el promedio fue de 32.26 años, con una desviación típica de 20,55 años (tabla 3).

Con relación al nivel de escolaridad en mayores de 15 años (1.340), la proporción de personas con escolaridad menor de 6 años fue de 25.9%, y en mayor proporción fue del sexo femenino (28.5%). La proporción de analfabetismo fue de 1.9%, con mayor predominio del sexo masculino (2.4%) (tabla 3). Los anteriores datos demuestran una disminución significativa del analfabetismo en los habitantes de este barrio, ya que en el estudio CAP-UNI Barranquilla, 1995, la proporción fue de 8.1%.

En los habitantes del barrio el nivel de escolaridad con mayor proporción es secundaria incompleta y completa con un 48%. Esta cifra se encuentra por debajo de la de 1995 (42.7%). Con respecto a estudios superiores, el 17.2% cursa algún estudio universitario; de las personas de ese nivel de escolaridad, el mayor porcentaje es del sexo femenino, con 54%. Lo anterior demuestra un incremento en comparación con el 5.6% hallado por la encuesta CAP-UNI-Barranquilla de 1995.

Con respecto a la ocupación actual de 1.340 personas mayores de 15 años, el 23.4% estaba desempleado. Esta proporción constituye un valor aproximadamente 4.5 veces superior sobre la estimación de 1995, que arrojó un índice de desempleo para el barrio de 5.3%. Las tareas del hogar representan la ocupación principal del 26.5% de los habitantes del barrio mayores de 15 años, cifra similar a la estimada en el estudio CAP-UNI-Barranquilla, 1995.

Con relación a los empleos remunerados, el 26.1% de los habitantes del barrio, mayores de 15 años, tienen un trabajo formal, mientras que el 24% restante son trabajadores informales o independientes.

La mayor proporción de desempleados pertenece al grupo de edad entre 20 a 29 años (36.74%). En lo que respecta a los empleados, cualquiera que sea su actividad laboral (informal, independiente o

institucional), en mayor proporción pertenecen al grupo de 30 a 44 años, con 33.33, 41.84 y 45.15%, respectivamente.

Con relación a la actividad del hogar, es una tarea realizada en un 91.0% por mujeres, con mayor participación del grupo de 60 y más años.

Al relacionar la ocupación y la escolaridad en el grupo de mayores de 15 años (1.340), se nota que la mayor proporción de desempleados tiene estudios a nivel de secundaria completa e incompleta, 55.6% (30.7% y 24.9%). En cuanto a los empleados, el nivel de educación predominante es secundaria completa, 34.5%, muy similar al trabajo del hogar, aspecto en el cual el 24.2% de las mujeres ha culminado sus estudios básicos.

Con relación a las conductas de riesgo, la tasa de fumadores específica por sexo, en mayores de 15 años, fue de 8.4 por cada 100 hombres y de 3.7 por cada 100 mujeres. La tasa de prevalencia de consumo de cigarrillo fue de 67.5 por cada 1.000 personas mayores de 15 años. De los fumadores, el 69.1% son hombres, y la mayor prevalencia de consumo se ubicó en el grupo de edad entre 45 y 59 años, con un 13.1%, seguido del grupo entre 30-49, con 9.76%, y la prevalencia menor en el grupo entre 20-29, con 1.13%.

Con relación al consumo de alcohol, definido como el consumo de por lo menos 10 cervezas u otro licor, todas las semanas del mes, la prevalencia en mayores de 15 años fue de 16.8%. La prevalencia específica de consumo de alcohol por sexo fue de 28.1% para hombres y 7.9% para mujeres. La prevalencia de consumo de alcohol se mantiene en un rango constante para todos los grupos de edad, y es mayor en los grupos de 45-59 (19.84%) y de 30-44, con un 19.76%; la menor prevalencia de consumo se encontró en el grupo de 15-19, con 12.73%.

Al evaluar el apoyo social y redes de solidaridad en los 1.387 habitantes, mayores de 15 años, el 55.2% opinó sentirse satisfecho, el 39.6% muy satisfecho y un 5.2% insatisfecho. En el grupo de insatisfechos predominó el sexo femenino, con un 55.6%.

Un 63.4% de los encuestados consideró como

bueno su estado de salud, un 0.3% como pésima y el 1% como mala. Con respecto al sexo, el 63% de los hombres y mujeres expresaron que se sentían en excelente y buen estado de salud. Un 0.6% y 0.8% de los hombres y mujeres, respectivamente, consideraron como pésimo su estado de salud (tabla 3).

La prevalencia de morbilidad fue de 16.07%, lo que denota una disminución al compararla con el 28.1% obtenido en el estudio CAP - UNI - Barranquilla, 1995. En cuanto a la morbilidad proporcional, la hipertensión arterial, con un 19.9%, ocupa el primer lugar, seguida de la infección respiratoria aguda, con 13.6%; esta última afecta en un 53.7% a los menores de cinco años. El menor porcentaje de casos se presenta por enfermedad diarreica aguda (EDA), con un 0.9%, accidentes, 0.3%, y cáncer, 0.3%. Al comparar los anteriores hallazgos con los de la encuesta CAP-UNI-Barranquilla, 1995 (diarrea, 0.6%, IRA, 4.4%, HTA, 11.9%), se nota que el comportamiento es similar, pero con un incremento en la morbilidad proporcional por IRA e HTA, y se mantiene estable la proporción de las otras enfermedades (tabla 3).

El desarrollo de esta investigación demuestra, una vez más, que la integración de academia-servicios-comunidad en el proceso de investigación es importante, debido a que permite identificar de manera conjunta las necesidades de la población para la realización de planes de acción más ajustados a la realidad local.

DISCUSIÓN

La situación de inequidad en América Latina impide que muchas personas disfruten de bienestar, por lo cual se considera como meta satisfacer las necesidades básicas insatisfechas de los grupos marginados. Se define como hogar o población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) aquel que presenta alguno de los siguientes indicadores de privación: hacinamiento, vivienda en mal estado, inasistencia escolar de niños en edad escolar, jefe del hogar con baja educación, disminución de la capacidad de subsistencia y condiciones sanitarias deficientes.

En Argentina, para finales de 1992 se estimaba que un 15% de la población presentaba NBI y un

12.2% se ubicaba por debajo de la línea de pobreza; los hogares de Salta y Formosa tenían, respectivamente, 33.9 y 34.3% de NBI. Al evaluar empleo y calidad de vida, Argentina se ubicó en 1991 como uno de los países de América Latina con un alto desarrollo humano (Verdejo, 1998).

En Venezuela, en el estado Zulia y en Caracas el analfabetismo oscilaba en 1999 entre un 10.4 y 4.6%, respectivamente («Situación de Salud en Venezuela, 1999»), y en los servicios de agua potable se observó un déficit de 24.2% en el estado Zulia y 14.2% en la capital; con relación al alcantarillado y recolección de basuras, el estado Zulia carecía de éstos en un 15.3% y la capital en un 25.1%.

Contrastando los anteriores datos con nuestro estudio, se observa un incremento en el hacinamiento, en el desempleo y un descenso del nivel salarial por debajo del 48.9% con respecto al salario mínimo vigente para 1999. Así mismo, muestra que sectores catalogados como aparentemente «mejores» afrontan un panorama complejo y crítico como consecuencia de la crisis económica y los retos de la economía frente a la globalización.

A este incremento de los indicadores de pobreza se suma el del desempleo urbano; esto hace pensar que se generen «nuevos pobres». En Argentina, la diferencia porcentual del desempleo de 1992 a 1995 fue de 11.6%. En Colombia, el desempleo desde 1998 ha pasado del 12 a 19.5% en el último reporte del DANE, y en nuestro estudio la diferencia porcentual con respecto al estudio CAP-UNI-Barranquilla fue del 18.1%.

Con respecto al índice de dependencia para Argentina en 1996, los menores de 15 años no superan el 28% y los mayores de 65 están en el 9.4%, cifra que se mantendrá hasta el 2001; en el barrio Buena Esperanza esta cifra está por debajo de los estándares.

Con relación al papel del Estado y el logro propuesto en la Ley 100, según los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, se observa que en nuestro estudio el 36.6% pertenece a vinculados y un mínimo porcentaje está en el régimen subsidiario. Lo anterior es, en parte, producto de la situación originada por la no ampliación a su debido ritmo de

la cobertura por parte de los entes municipales de los beneficiarios identificados por el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales (SISBEN). Además, muchos trabajadores independientes que están obligados a cotizar a la seguridad social continúan con el uso de servicios de acuerdo con su capacidad de pago y difícilmente accederán al sistema (Tafur, 1996). Por lo tanto, lograr la ampliación de la cobertura y que toda la población del país tenga seguridad social en el año 2001, como fue planteado por el Ministerio de Salud, es bastante difícil.

Dentro de los objetivos de salud para todos en Europa, según el plan que se mantendrá hasta el año 2000, se establece la reducción del 25% del consumo de alcohol e intervenciones para reducir el consumo de tabaco y drogas psicoactivas. En nuestra región se observa carencia de planes y políticas claras con relación a la producción, comercialización y consumo de estos productos, más aún debido a que el impuesto que se le aplica al tabaco y al alcohol se utiliza para financiar sectores como educación y salud, lo que ha contribuido a incrementar el consumo en la población adolescente y joven.

Con relación a la morbilidad, la infección respiratoria aguda (IRA) es la primera causa que demanda atención de urgencia a nivel hospitalario: Hospital San José (Armenia), de enero a febrero de 1999; Hospital Nazareth (Barranquilla), de enero a agosto de 1999; departamento de Risaralda, con una tasa de 6.373,5 por 100.000 habitantes, y en Santafé de Bogotá, para 1994, con una tasa de 8.63%). Le siguen en importancia otras patologías, que varían de acuerdo a la ciudad o departamento; entre éstas están: Enfermedad diarreica aguda, enfermedades de tejidos de sostén y dentarios, infecciones urinarias y traumas.

La hipertensión figura en segundo lugar para el grupo de 45 a 59 años y en primer lugar en el grupo de 60 y más años, según reporte de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá para 1994.

Al evaluar la relación de la IRA como patología de carácter infeccioso y su relación multifactorial, se considera que esta entidad podría ser disminuida con el concurso de sectores del desarrollo social,

que posibiliten la adecuación y mejoramiento de las viviendas, acueducto, alcantarillado y calidad de vida de la población y favorezcan intervenciones con equidad y desarrollo humano sostenible. Se entiende por «desarrollo humano sostenible» aquel que proporciona a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación reafirman la necesidad de que las acciones de los servicios de salud a nivel local deben ir orientadas al mejoramiento de los entornos sociales, ya que las modificaciones del estilo de vida influyen de manera significativa en el entorno social, cultural, político y económico de la comunidad. Los elementos expuestos hacen parte de las áreas de acción en promoción de la salud:

1. Construir políticas públicas saludables
2. Fortalecer la acción comunitaria
3. Mejorar los entornos ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales
4. Desarrollar aptitudes personales que modifiquen los estilos de vida
5. Reorientar los servicios de salud

Una estrategia fundamental para el abordaje de la problemática existente en los barrios del suroccidente de Barranquilla, entre ellos Buena Esperanza, es el fortalecimiento en los Servicios de salud del modelo de Salud Familiar desarrollado por el Proyecto UNI (Rosales *et al.*, 1995), el cual, mediante la atención integral de las familias, permite garantizar la ampliación de coberturas de servicios de salud, la continuidad de la atención a nivel individual y colectivo, la integración de la atención preventiva - asistencial, el fortalecimiento del trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario e incremento del autocuidado en salud.

Bibliografía

- Alvarez, Francisco y Alvarez, Aurelia. *Investigación y Epidemiología*. Santafé de Bogotá, Ecoe ediciones, 1998.
- Calvo, B. Sotelo. *Educación para la salud en la escuela*. Madrid, Editorial Díaz de Santos, 1992.
- Dever, Alan. *Epidemiología y Administración de Servicios de*

- Salud*. Paltex-Aspen Publicaciones. OPS-OMS. Maryland, 1991.
- Olivares, Régulo. *Las ciencias sociales de la práctica médica y de Salud Pública*. Tomo 1: *El comportamiento humano frente al fenómeno salud-enfermedad*. Caracas, 1977.
- San Martín, Hernán. *Salud Enfermedad*. 4ª ed. México, La Prensa Médica, 1984.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. *Perfiles Epidemiológicos. Región Suroccidente*. Santafé de Bogotá, 1996.
- . *Perfiles Epidemiológicos. Región Centro-Oriente*. Santafé de Bogotá, 1996.
- . *Perfiles Epidemiológicos. Región Atlántica*. Santafé de Bogotá, 1996.
- Restrepo, Helena. «La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública». En: *Ponencia Barranquilla (Colombia)*, 1998.
- Rosales, M. Herrera, W. et al. *Modelo de Salud Familiar*. Publicación Proyecto UNI - Barranquilla. Noviembre de 1996.
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*, 1993.
- Mesa, Manuela. «Educación para el desarrollo». En: *Ponencia grupo Fem-Sur*. Madrid, 1997.
- Tafur, Luis. «El sistema de Salud de Colombia después de la Ley 100». En: *Colombia Médica*, Vol. 27:1:44-47, 1996.
- Verdejo, Guadalupe. «Argentina: situación de salud y tendencias 1986-1995». Publicación N° 46, OPS-OMS, 1998.

AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su agradecimiento al Dr. Guillermo Tirado A., por su apoyo en la fase de recolección de la información, y al Proyecto UNI-Barranquilla, por el apoyo logístico y técnico necesario para el desarrollo de la investigación.