

Caracterización de la población del corregimiento de Salgar (Atlántico, Colombia) como fase preliminar para la implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud, 2014

Characterization of the Atlantic population of the village of Salgar (Colombia) as a preliminary to the implementation of a Model of Primary Health Care, 2014

Hernando Baquero-Latorre¹, Ana Liliana Ríos-García²

Resumen

Objetivo: Caracterizar la población del corregimiento de Salgar (Atlántico) como fase preliminar para la implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud.

Materiales y método: Investigación descriptiva transversal de ámbito comunitario. Fuente primaria, se recolectó con tarjeta familiar en el lugar de residencia. Se realizaron intervenciones en salud con docentes y estudiantes de medicina y enfermería, con base en riesgos identificados.

Resultados: Se caracterizó a 418 familias, 78.9 % de estrato uno; 76 % originarias del corregimiento; 62 % están conformadas por cuatro personas o más; el 92,5 % están afiliadas al sistema de salud.

Se encontró baja asistencia a controles de salud en adultos jóvenes (9 %) y adolescentes (16 %); en menores de 10 años los porcentajes fueron superiores a 80 %. Asistencia a control odontológico en los últimos seis meses, 50 % en niños de 1 a 9 años y 42 % en adolescentes. Con respecto a los problemas cardiovasculares, 6 de cada 10 familias reportaron por lo menos un miembro con estas patologías, y 1 de cada 5 familias reportó antecedentes de enfermedades metabólicas.

Conclusiones: En cuanto a determinantes individuales, cabe destacar que se encontraron los siguientes comportamientos de riesgo para eventos cardiovasculares: 8.3 % de las personas entre 20 y 59 años son fumadores y un 34 % de la misma población consume alcohol, lo cual cuadriplica la cifra promedio nacional (7.6 %) (Encuesta Nacional de Salud). Ambos factores se encuentran ampliamente descritos como asociados a enfermedades crónicas no transmisibles. En cuanto a los determinantes ambientales, se encontró que existe contaminación ambiental (37 %), escasa infraestructura y áreas verdes que posibiliten actividad física (34 %) y ruido ambiental (30 %).

Palabras clave: Atención Primaria en Salud, caracterización población Salgar (Atlántico).

¹ Médico pediatra neonatólogo. Decano División Ciencias de la Salud Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). hbaquero@uninorte.edu.co

² Médico especialista en Salud Familiar, especialista en Gestión Pública. Magistra en Desarrollo Familiar, docente del Departamento de Salud Pública de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). ariosg@uninorte.edu.co

Abstract

Objective: To characterize the population of the village of Salgar Atlantic as a preliminary step in implementing a model of Primary Health Care.

Materials and methods: Descriptive investigation at community level. primary source, was collected with a family card at the place of residence. Health interventions were conducted with teachers and students of medicine and nursing, based on identified risks.

Results: 418 families (1649 people), 78.9 % stratum 1, 76 % originating from the district were characterized. 62 % are made up of four people or more. 92.5 % are affiliated to the health system.

Low attendance at health checks in young adults (9 %) and adolescents (16 %) was found; in children under 10 years the percentages were above 80 %. Assistance to dental checkup in the last six months, 50 % in children-aged 1 to 9 years and 42 % in adolescents.

6 out of 10 households reported at least one member with cardiovascular problems. 1 in 5 families reported a history of metabolic diseases.

Conclusions: As for individual determinants, note that the following behaviors of risk for cardiovascular events were found: 8.3 % of people between 20 and 59 years were smokers and 34 % the same people consume alcohol, quadrupling the national average (7.6 %) (Survey National Health). Both factors are broadly described as associated with chronic noncommunicable diseases.

As environmental determinants, it was found that there is environmental contamination (37 %), few infrastructure and green areas that facilitate physical activity (34 %), and environmental (30 %) noise.

Keywords: Primary Health Care, population characterization Salgar (Atlántico).

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud es un reto actual, especialmente por el énfasis del modelo de salud colombiano (1).

Han pasado casi 4 décadas desde la primera conferencia de Atención Primaria en Salud, la cual propuso trabajar en Acción integral, Participación comunitaria, Acción intersectorial, sin embargo, los resultados no han sido los mejores; se resaltan brechas importantes en: centralización/descentralización, cobertura/calidad, poca sistematización de experiencias, agendas sectoriales no compartidas (2-5).

El rol de las universidades respecto a esta estrategia es fundamental; el empoderamiento en el trabajo con comunidades cuyo eje central sea el Modelo de Atención Primaria en salud es importante (6). Bien señalan experiencias multipaís (7) que para implementar y man-

tener el modelo se requieren intervenciones de asistencia sanitaria, promoción en salud y prevención de enfermedades (8-10). Las universidades tienen el compromiso de buscar entornos comunitarios que reflejen necesidades de la población y a los cuales sean expuestos los estudiantes (11-12).

El trabajo realizado en la comunidad por parte de las universidades debe ser coherente con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (13), el Plan decenal de salud pública (14), los Objetivos de desarrollo sostenible (15), el Plan de desarrollo y la Ley 1438 de 2011, la cual en su artículo 12 establece que “Se adopte la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana” (16).

De igual manera, para la efectividad en la implementación de este modelo es importante tener claro que

La Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad. (17-18).

La Universidad del Norte tiene múltiples antecedentes de trabajo comunitario con énfasis en propuesta intersectoriales. Una de estas es el Proyecto UNI, una nueva iniciativa en la formación de los profesionales de la salud. En dicho proyecto se generaron alianzas para el trabajo en red, fortalecimiento de los servicios de salud en el área de la salud familiar, y se fomentó la integración entre la universidad, los servicios y la comunidad (11-19).

Como aporte a la estrategia en Colombia, la Universidad del Norte propone implementar la Atención Primaria en Salud en el corregimiento de Salgar; para lo cual es fundamental tener una línea base que permita determinar el perfil de necesidades y cultura comunitaria para la intervención requerida (20).

Salgar es uno de los dos corregimientos del municipio de Puerto Colombia; su ubicación lo convierte en un referente turístico del departamento del Atlántico y en un potencial polo de desarrollo (21). Sin embargo, afronta problemas relacionados con las condiciones de vida.

Este corregimiento fue escogido por la Universidad del Norte porque posee una población geográficamente accesible, una institución y equipo de salud de primer nivel, una comunidad receptiva.

El Plan de desarrollo departamental “Atlántico más social” (22) no desengloba datos estadísticos de Salgar, todos aparecen inmersos en Puerto Colombia (21).

Este corregimiento tiene la empresa social del Estado E.S.E Puesto de Salud Salgar, institución de primer nivel de atención (IPS), creada mediante Acuerdo Municipal 018 30 de abril de 1996, la cual presta servicios de medicina general, odontología, vacunación, toma de muestras, enfermería profesional, terapia respiratoria y psicología. Sin embargo, no se tiene una caracterización de la población que permita la correcta planeación de servicios.

En este sentido, consciente de esta necesidad, y de acuerdo con la misión de la Fundación Universidad del Norte (23): “... Formación integral de la persona en el plano de la educación superior, y la contribución, mediante su presencia institucional en la comunidad, al desarrollo armónico de la sociedad y del país, especialmente de la Región Caribe Colombiana”, se realizó la caracterización como base para el desarrollo del Modelo de Atención en Salud en esa localidad.

El objetivo general fue: Caracterizar la población del corregimiento de Salgar (Atlántico) como fase preliminar para la implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo transversal de ámbito comunitario para evaluar las características familiares, de las viviendas y del entorno del corregimiento.

La población de estudio fue el total de familias residentes en el corregimiento de Salgar. La fuente de información fue pri-

maria. El proceso inició con sensibilización a líderes comunitarios, funcionarios de la institución de salud y comunidad en general. La información se recolectó directamente en las viviendas con la aplicación de la tarjeta familiar y el Apgar familiar (24); se explicó a la comunidad los beneficios y el uso de la información; antes de esta actividad se realizó una estandarización de los entrevistadores para disminuir sesgos.

El formulario permitió determinar los siguientes aspectos:

- Información general de la familia.
- Integrantes de la familia, datos demográficos, afiliación al sistema de salud.
- Características de la vivienda.
- Ciclo vital familiar e individual.
- Datos sobre gestación, partos, citología vaginal, métodos de planificación.
- Padecimientos de salud en los integrantes de la familia.
- Apgar familiar, familiograma, ecomapa.
- Problemas familiares y del entorno de la vivienda.

En total se diligenciaron 418 tarjetas, correspondientes a igual número de familias, conformadas por 1649 personas, lo cual corresponde al 54,2 %, teniendo en cuenta los datos oficiales de población de la oficina del Sisbén de Puerto Colombia.

Se encontraron limitaciones en cuanto a acceso a viviendas debido a la no aceptación de sus habitantes por reservas en cuanto a la entrega de datos personales, casas permanentemente cerradas porque sus dueños laboran en Barranquilla y casas de descanso que sus dueños visitan ocasionalmente.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los formularios procesados en el *software* My Admin se exportaron a dos paquetes estadísticos computacionales, SPSS (versión 21) y Statgraphics centurion (versión 16), en los que se analizaron los datos empleando medidas descriptivas: de frecuencia para variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión en variables cuantitativas con sus respectivos intervalos de confianza.

Se clasificó como investigación sin riesgo en cuanto a los aspectos éticos, de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993.

Se protegió la privacidad de las familias y se respetó su autonomía en caso de retirarse del proceso.

RESULTADOS

Se analizaron datos de 418 familias, y se encontraron los siguientes resultados:

Características sociodemográficas de las familias de la población

Casi una quinta parte de las encuestas fue realizada en el barrio Solimar I (19%), seguido de Centro (16 %), El Campo (15 %), Solimar II (13 %) y San Lorenzo (13 %), barrios que engloban la mayor parte de la población. Del total de encuestados, 1649 personas, 72 % manifestó que tiene Sisbén.

Tabla 1. Distribución según nivel de SISBEN, nombre de la administradora en salud a la cual está afiliada y Género por rango de edad, habitantes corregimiento de Salgar Atlántico 2014.

Nivel del SISBEN		Número de familias		Porcentaje		
1		239		78.9 %		
2		58		19.1 %		
3		5		1.7 %		
4		1		0.3 %		
Total		303		100%		

Administradora de Salud		Número de personas		Porcentaje		
Caprecom		236		15,50%		
Barrios Unidos		164		10,80%		
Cajacopi		163		10,50%		
Cooमेवा		149		9,80%		
Comparta		137		9,00%		
Otros		129		8,50%		
Nueva EPS		77		5,10%		
Saludcoop		71		4,60%		
Salud Total		65		4,20%		
Sura		52		3,40%		
Comfacor		36		2,40%		
No sabe/no recuerda		246		16,20%		
Total		1525		100%		

Rango de edad	Femenino Numero	Femenino Porcentaje	Masculino Numero	Masculino Porcentaje	Total	Porcentaje
Menores de 1 año	10	44%	13	56%	23	1%
Niños-Niñas 1-9	133	54%	113	46%	246	15%
Adolescente 10-19	128	42%	176	58%	304	19%
Adulto Joven 20-29	154	52%	144	48%	298	18%
Adulto Joven 30-44	162	49.5%	163	50.5%	325	20%
Adulto Medio 45-59	145	54%	125	46%	270	16%
Adulto mayor 60 y más.	89	49%	94	51%	183	11%
Total	821	50,20%	828	49,80%	1649	100%

Fuente: Encuesta realizada por grupo investigador.

Del total de sujetos que manifestaron que tienen Sisbén y conocen su valor (n=303), 98 % tiene Sisbén 1 o 2, y es mayor la proporción para Sisbén 1, cercana a 80 %.

De las familias entrevistadas, 24 % proviene de otro lugar, lo cual demuestra que son familias bastante estables en cuanto al lugar de residencia.

Del total de familias/personas (n=101) que proceden de otro lugar, alrededor de 1/3 manifestó que la razón de su movilidad fue por cuestiones de tipo laboral, “comodidad o tranquilidad” (13 %) y 9 % por desplazamiento forzado.

Más del 60 % de las familias son numerosas, están conformadas por 4 personas o más y el 38 % por 1 a 3.

Afiliación al sistema de salud

Del total de personas encuestadas solamente 7,5 % no están afiliados a una empresa promotora de servicios de salud, para una cobertura autoinformada superior al 90 %. Por otra parte, del total de personas que manifestaron que están afiliadas a una EPS, llama la atención que 16,2 % no recuerde con exactitud a cuál; al analizar por edad y género, la distribución es relativamente homogénea.

Condiciones de salud, prácticas de autocuidado y riesgos

Se encontró elevada prevalencia autorreportada de hipertensión arterial (9 %), promedio nacional 8.8%; diabetes mellitus (3 %), referente nacional 3.51 %, y asma (2 %), promedio nacional 4.3 %; es de anotar la importancia de las condiciones mentales, que suman 2.3 % (25).

Al indagar sobre asistencia a programas de control para las condiciones de salud crónica se encontró que solamente las condiciones mentales tienen valores inferiores a 50 %; las cifras son cercanas a 80 % para hipertensión arterial y diabetes.

Tabla 2. Asistencia a controles de salud médico y odontológico para los diversos grupos etáreos, corregimiento de Salgar Atlántico 2014

Asistencia control medico	Número personas	Porcentaje asistencia
Menores de 1 año	23	87%
Niños-Niñas 1-9 años	246	82%
Adolescente 10-19 años	304	16%
Adulto Joven 20 – 29 años	298	9%
Adulto Joven 30-44 años	325	55%
Adulto Medio 45-59 años	270	24%
Adulto Mayor 60 y más años	183	52%
Total	1649	
Asistencia control odontológico	Número de personas	Porcentaje asistencia
Niños-Niñas 1-9 años	246	50%
Adolescentes 10-19 años	304	42%

Fuente: Encuesta realizada por grupo investigador.

La tabla 2 muestra baja asistencia a controles de salud en los adultos jóvenes (9 %) y adolescentes (16 %); en los menores de 10 años los porcentajes fueron superiores a 80 %.

Al indagar por asistencia a control odontológico en los últimos seis meses, se encontró 50 % en niños y niñas de 1 a 9 años y 42 % en adolescentes.

Con respecto al consumo de sustancias adictivas, en adultos de 30 a 44 años se presentó el mayor porcentaje de consumo de alcohol (38%), referente nacional 7.6 %, y cigarrillo (8 %), referente nacional 12.8 %; sin embargo, en adultos medios y jóvenes de 20 a 29 años los porcentajes de consumo de alcohol fueron cercanos al 30%, y los de cigarrillo de 10 y 7 %, respectivamente (tabla3).

Tabla 3. Tabla consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, por grupos de edad, corregimiento de Salgar Atlántico 2014

Grupo etareo	Población	Consumo de alcohol	Consumo de alcohol	Consumo de cigarrillo	Consumo de cigarrillo	Consumo otras sustancias	Consumo otras sustancias
		numero	porcentaje	numero	Porcentaje	numero	Porcentaje
Adulto Joven 20 - 29	298	98	33%	21	7%	6	2%
Adulto Joven 30 a 44	325	123	38%	26	8%	6	2%
Adulto Medio 45 a 59 años	270	84	31%	27	10%	5	2%
Adulto Mayor 60 y más años	183	1	1%	0	0%	0	0%

Fuente: Encuesta realizada por grupo investigador.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN

Tabla 4. Frecuencia del método de planificación utilizado, de embarazo y asistencia a control prenatal en las mujeres, por grupo de edad, corregimiento Salgar Atlántico 2014

Método	Numero	Porcentaje
Ninguno	98	43%
Ligadura trompas	65	28.3%
Anticonceptivos inyectables	23	9.6%
Anticonceptivos orales	17	7.4%
Implante Subdermico	15	6.5%
Preservativo	12	5.2%
Total	230	100%
Gestantes grupos edad	Numero	Porcentaje
oct-19	19	16%
20-29	89	9%
30-39	88	14%
40-49	63	10%
Total		
Asistencia control prenatal	Numero	Porcentaje asistencia
10-19 años	3	100%
20-29 años	8	88%
30-39 años	12	83%
40-49 años	6	26%

Fuente: Encuesta realizada por grupo investigador.

Del total de mujeres (230) que manifestaron que habían iniciado vida sexual, no se encontraban embarazadas; y con respecto al uso de métodos anticonceptivos respondieron: 43 % no emplea ningún método, 28,3 % ligadura de trompas, 5,2 % preservativo y el resto anticonceptivos hormonales.

Del total de mujeres con vida sexual activa, embarazadas, se destaca el de las adolescentes, con 16 %, y el grupo de 30 a 39 años, con 14 %. Sin embargo, debido al riesgo obstétrico no podemos desconocer que de las mujeres de 40 años y más, el 10% están embarazadas.

Al indagar por asistencia a control prenatal se encontró que el 90 % acude a estas citas, con un porcentaje mayor para las gestantes de 10 a 19 años (100 %) y de 20 a 29 con 88 %. Resulta preocupante que en el grupo de 40 a 49 años solo 26 % asista a control prenatal.

Del total de mujeres con vida sexual activa, el 85 % se ha practicado citología vaginal, y se observa un porcentaje creciente conforme se incrementa la edad, al pasar de 68 % en las adolescentes a 90 % en el grupo de 40 a 49 años.

Tabla 5. Tenencia de vivienda y frecuencia de problemas presentes en el entorno de la vivienda, corregimiento Salgar Atlántico 2014

Tenencia vivienda	Numero	Porcentaje
Propia	321	77%
Alquilada	63	15%
Otro	19	5%
Invasión	15	4%
Total	418	100%

Problemas en el entorno de la vivienda	Numero	Porcentaje
Poca limpieza	209	50%
Contaminación	154	37%
No tiene Zona verdes	142	34%
Ruidos externos	125	30%
No tiene Transporte	125	30%
Delincuencia	100	24%
Dificultades en medios de comunicaciones	96	23%

Fuente: Encuesta realizada por grupo investigador.

El 77 % de las familias son propietarias de sus viviendas; lo cual reafirma que la movilidad en la población puede ser baja y, por ende, los programas propuestos pueden tener mayor continuidad.

Al indagar por problemas relacionados con entorno de la vivienda, se encontró que la mitad de los encuestados identifica las condiciones de limpieza con una gran dificultad en el medio ambiente; 37 % problemas de contaminación, 34 % que no existen zonas verdes, y poco menos de una tercera parte no cuenta con transporte y hay muchos ruidos externos a la vivienda. Vale la pena aclarar que estos porcentajes son analizados de manera horizontal, es decir, cada pregunta es abordada de manera independiente.

INSTRUMENTOS DE SALUD FAMILIAR

Tabla 6. Funcionalidad familiar determinada por APGAR familiar y Ciclo Vital Familiar, corregimiento Salgar Atlántico 2014

Función Familiar	Número de familias	Porcentaje
Buena función familiar	288	69%
Disfunción leve	84	20%
Disfunción moderada	25	6%
Disfunción severa	21	5%
Total		
Ciclo vital familiar	Numero	Porcentaje
Consolidación. Familia con hijos adolescentes	159	38%
Familia Apertura. Plataforma de lanzamiento	62	15%
Familia Posparental Familia en edad mediana	46	11%
Consolidación Familia con hijos escolares	46	11%
Expansión Familia con hijos preescolares	42	10%
Expansión Familia Gestante-Crianza inicial Neonatos- lactantes	25	6%
Formación de la pareja	17	4%
Familia Posparental Familia anciana	17	4%
Viudez	4	1%

Fuente: Encuesta realizada por grupo investigador.

Luego de aplicar el test de Apgar se encontró que 69 % mostró buena función familiar; entre los que mostraron algún grado de disfunción predominó la leve (20 %).

Respecto al ciclo vital familiar, se encontró que en el 38 % de las familias su hijo mayor es adolescente, por lo que son categoriza-

das en etapa de “consolidación”; seguidos de familias en las que su hijo mayor es un joven, por lo cual son denominadas familias en “plataforma de lanzamiento”(15 %). Tener en cuenta este aspecto es fundamental para considerar los programas de intervención; en el otro extremo, 1% de las familias corresponde a la etapa de “viudez” y 4 % a familia anciana.

En cuanto al tipo de recursos faltantes en las familias, cada categoría es independiente y no excluyente de la otra, y se destaca que en el 71 % de los casos hace falta el recurso del vínculo con la familia extensa, en el 45 % carencia de recursos culturales, y en el 38 % recreación. Llama la atención que solo 4 % indicó falta del recurso “salud”.

En cuanto a los riesgos identificados por los antecedentes familiares, un 59 % reportó antecedentes de patologías de riesgo cardiovascular (hipertensión, infartos, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares) y antecedentes metabólicos (diabetes, sobrepeso, obesidad, dislipidemias) 17 %.

Con los resultados se iniciaron intervenciones en la comunidad con estudiantes y docentes de los programas de Medicina y Enfermería de las asignaturas “Promoción y Prevención”, “Salud a colectivos”, “Epidemiología clínica”, “Rotación de medicina familiar” y “Prácticas de enfermería y gestión”; las intervenciones se realizaron en el centro de salud, con visitas domiciliarias, en hogares de bienestar, instituciones de Educación Básica y Media. Capacitación a grupos organizados de la comunidad, como adultos mayores, jóvenes y madres comunitarias; además se realizaron las siguientes actividades:

- Socialización y entrega de informe de resultados a entidades gubernamentales

y no gubernamentales: alcalde, Secretaría de Salud, gestora social, organizaciones de jóvenes y de adultos mayores, madres comunitarias e Iglesias.

- Valoración nutricional de niños de hogares de bienestar y educación sobre autocuidado a madres comunitarias.
- Curso-taller sobre patologías cardiovascular y metabólicas a adultos mayores del corregimiento.
- Proyecto ambiental con participación de estudiantes internacionales en el área de la salud pública y capacitación de jóvenes de la comunidad.
- Capacitación en pedagogía electoral para promover el empoderamiento comunitario con el apoyo de Instituto de Desarrollo Político e Institucional del Caribe (IDEPi).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La caracterización de la población es fundamental para poder implementar un modelo de atención con enfoque de APS. En la caracterización se utilizó el ecomapa para determinar necesidades de recursos externos al grupo familiar y poder identificar otros sectores con los que deba articularse el trabajo de intervención.

También se identificaron riesgos de salud individual por ciclo vital y género. Además, la adherencia que se tiene a programas de detección temprana y protección específica disminuye a medida que aumenta la edad de los jóvenes. Es posible que esto esté asociado a los subsidios que les brindan a las familias por la asistencia a los controles de los hijos lactantes y preescolares.

Entre los resultados más importantes se encuentran:

Un total de 418 familias, constituidas por 1649 personas residentes en los diversos barrios; 57 % pertenece al estrato 1; el 25 % de las familias desconocen en qué nivel del Sisbén se encuentran.

El 76 % de las familias son originarias del corregimiento; se encontró familias con estadía reciente, de las cuales un 9 % tiene como motivo el desplazamiento forzado. Son en su mayoría familias numerosas, 62 % están conformadas por cuatro personas o más y el 92,5% de las familias están afiliadas al sistema de salud. A medida que aumenta la edad disminuye la asistencia a controles de salud médica; también hay baja asistencia a programas de salud oral. Seis de cada diez familias reportaron por lo menos un miembro con problemas cardiovasculares. Y una de cada cinco familias reportó antecedentes de enfermedades metabólicas.

Aproximadamente, uno de cada diez habitantes se autorreportó como hipertenso, y de estos, el 18 % no asiste a control. Con respecto a diabetes mellitus, se autorreportó 3 %, de los cuales 20 % no asiste a control. Esto genera condición de riesgo para complicaciones cardiovasculares, renales y oculares, entre otras.

En cuanto a determinantes individuales de los comportamiento de riesgo para eventos cardiovasculares, se encontró 8.3 % de fumadores en personas de 20 a 59 años y consumo de alcohol en 34 % de personas entre 20 y 59 años, lo cual cuadriplica la cifra promedio nacional (7.6 %), de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud. Ambos comportamientos son factores asociados a enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a determinantes ambientales, existe contaminación ambiental (37 %), escasa infraestructura y áreas verdes que posibiliten la actividad física (34 %) y ruido ambiental (30 %).

La intervención enmarcada en el Área Estrategia de la División Ciencias de la Salud, proyecto Salud Global, en el área de patologías crónicas no transmisibles, muestra la necesidad de realizar acciones intersectoriales para intervenir de manera eficaz los determinantes sociales (26-27).

Como tareas pendientes se identifican: caracterizar el resto de la población, fortalecer alianzas para trabajo intersectorial, incrementar cobertura de programas como planificación familiar, salud oral, programa del joven y adulto sanos, acciones en salud ambiental y en patologías crónicas no transmisibles.

Por otra parte, seguir fortaleciendo los escenarios de práctica comunitaria, que permitan que los estudiantes tengan la posibilidad de familiarizarse con la realidad social y poder proponer intervenciones acorde con las necesidades de la población, pero teniendo en consideración la normatividad legal vigente. “Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal” (28).

Agradecimientos: Se les agradece a los estudiantes y docentes de la asignatura Promoción y Prevención de Enfermería y Medicina de la Universidad del Norte, a los habitantes de Salgar y funcionarios de los servicios de salud de Salgar y Puerto Colombia.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud de Colombia. Boletín electrónico n° 12 del 11 de noviembre de 2012. APS: la apuesta del Gobierno nacional. http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_12.pdf
- Universidad del Valle. Plan de desarrollo Facultad de Salud 2011-2030. Oscar echeverri. APS: Una nueva oportunidad.
- Starfield B. *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. New York: Oxford University Press; 1998
- Starfield B. *Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política*. New York: Oxford University Press; 1992.
- Starfield B et al. Atención primaria y responsabilidades de Salud Pública en seis países de Europa y América del Norte: Un estudio Piloto. *Rev. Esp. Salud Púb* 2004; 78(1):17-26. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n1/original1.pdf>
- Universidad del Norte, Departamento de Salud Pública. Programa de práctica, asignatura Promoción de la salud. Barranquilla, enero de 2013.
- Homedes N, Ugalde A. Condiciones y condicionantes de salud y reforma. En: Foro Internacional: La Reforma del Sector Salud, Anales, pp. 137-147. Ciudad de Guatemala: Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud; 1999.
- Giovanni AI. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis* [en línea] 2010, 9 de diciembre [fecha de acceso: 3 de mayo de 2015]. URL disponible en: <http://polis.revues.org/958>
- Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Rev. Salud colectiva* 2009;5 (1): 27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s1851-82652009000100003&script=sci_arttext
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe, sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud, más necesaria que nunca; 2008.
- Barceló R, Cervantes J. *UNI Barranquilla. Un compromiso Social*. Ediciones Uninorte; 2004.
- Díaz JC. Participação comunitária nos programas de saúde. *Rev Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais* 1986; 14(2): 103-110. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600008
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013.
- Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021.
- Consejo de Liderazgo de la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible. Una Agenda de Acción para el Desarrollo Sostenible. Informe para el secretario general de las Naciones Unidas. Octubre de 2013.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978.
- Martín A, Cano JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 2ª ed. Barcelona; 1994.
- Navarro E. La vigilancia epidemiológica local. Participación activa de la academia, los servicios y la comunidad en el Proyecto Uni-Barranquilla. *Salud Uninorte* (barranquilla, Colombia) 1999; 14.
- Ministerio de Salud Colombia. Resolución 4505 del 2012. Diciembre 2012.
- Alcaldía Puerto Colombia. Plan de Desarrollo 2012-2015. “Unidos por el Cambio y la Prosperidad”; 2012.
- Gobernación del Atlántico. Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015. “Atlántico más social”; 2012.
- Universidad del Norte, Plan de desarrollo, “Educar para transformar”, 2013-2017. Barranquilla; 2013.

24. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Departamento de Medicina Comunitaria. Guías: Modelos de atención en Salud Familiar con enfoque de riesgo. Bogotá; 2011.
25. Ministerio de Salud de Colombia Encuesta Nacional de Salud Pública. Resultados nacionales 2007.
26. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D. C., 2008.
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de Salud (OMS). Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington, D. C.; 2005.
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de Salud (OMS). Documento de Posición: La formación en medicina orientada a la atención primaria de salud. Washington, D. C.; 2008.