
Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, Departamento del Vichada, Colombia, febrero de 2005

Secretaría Departamental de Salud del Vichada.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un serio problema de salud pública a nivel mundial, en Latino América y en Colombia, debido a que son la principal causa de mortalidad, representan una enorme morbilidad, carga económica y social, afectando principalmente a la población más vulnerable. Por esto es necesario conocer la distribución de sus factores de riesgo, de tal manera que puedan orientarse y planearse sobre una base sólida de evidencia las políticas e intervenciones para su prevención y control. En este orden de ideas se desarrollo un estudio sobre la distribución de los factores de riesgo del comportamiento comunes a enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento del Vichada, Colombia.

El trabajo se desarrollo teniendo en cuenta experiencias previas en otras regiones de Colombia, como en San Juan de Pasto en 2004, Valledupar en 2003 y Manizales en 1997. Sin embargo en esta oportunidad se realizó el estudio por medio de encuestas directas o cara a cara.

Para la recolección de la información se realizó un muestreo por conglomerados, el instrumento se estructuró con base en el cuestionario del año 2002 recomendado por la Organización Panamericana de la Salud, se sistematizó la información en Epi Info 2004 y se realizaron análisis univariados y bivariados. Para efectos de seguimiento se compararon los resultados con las encuestas nacionales previas y se espera que este estudio sea línea de base para comparaciones futuras y evaluación en el departamento del Vichada. En este informe se presentan los resultados del estudio, con su correspondiente análisis y discusión, las conclusiones más relevantes, así como las principales recomendaciones para la orientación de las acciones.

Objetivo

Desarrollar un estudio de la distribución de los factores de riesgo del comportamiento asociados con enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento del Vichada, Colombia, como insumo de línea de base para contribuir a orientar las acciones para su prevención y control.

Metodología

Tipo de estudio: corte transversal

Muestra

Tamaño de muestra: el universo general del estudio fue la población de tres de los cuatro municipios del departamento del Vichada, Puerto Carreño, La primavera y Santa Rosalía, no se incluyó en municipio de Cumaribo por su extensión rural y la dificultad que esto implicaría para al recolección de la información. El universo de referencia correspondió a todas las personas mayores de 15 años de edad de los tres municipios mencionados del departamento, que de acuerdo con datos de la secretaría departamental de salud son 6.519 personas en Puerto Carreño, 5.548 personas en Primavera y 1.282 personas en Santa Rosalía.

El tamaño de la muestra fue calculado para encontrar representatividad de los indicadores más importantes con un error alfa = 0.05. Como base se tomó la distribución esperada de la serie de variables de interés, obteniéndose que en Puerto Carreño el mayor tamaño de muestra requerido para estimar la prevalencia global de los factores de riesgo en la población fue de 349 encuestas, en Primavera 346 personas y en Santa Rosalía 286 personas. Sin embargo se aumentó el tamaño de muestra corrigiendo por 2 con el fin de obtener un número suficiente para el análisis en el cruce de variables.

Técnica de Muestreo

La muestra fue extraída por el método de conglomerados. Debido a que los municipios son pequeños, se tomaron como conglomerados todas las manzanas de los tres municipios como unidades primarias de muestreo, por lo que no hubo necesidad de estratificar por el tamaño de los conglomerados para controlar un posible sesgo en las estimaciones por el tamaño de los mismos, ni aumentar el tamaño de la muestra para compensar el efecto de un diseño complejo. También debido a que los municipios son pequeños, todas las manzanas fueron elegidas para el estudio, excepto aquellas manzanas que correspondían a unidades diferentes a viviendas, como por ejemplo parques, unidades deportivas, colegios, guarniciones militares, plazas, cementerios, hospitales, iglesias, empresas o instituciones.

Se seleccionaron al azar solo tres viviendas de las manzanas elegidas y dentro de las viviendas se eligió también en forma aleatoria a una persona mayor de 15 años para ser encuestada. De esta manera se desarrolló un proceso escalonado de selección por etapas, con unidades de muestreo de primera, segunda y tercera etapa (manzanas, viviendas y personas mayores de 15 años respectivamente).

Instrumento

El instrumento se estructuró con base en las encuestas de vigilancia de factores de riesgo del comportamiento validadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, año 2002) y estudios previos sobre factores de riesgo del comportamiento asociados a enfermedades crónicas no transmisibles realizados en Valledupar (Colombia, 2003) y en San Juan de Pasto (Colombia, 2004).

Recolección de la información

Las encuestas cara a cara se realizaron con el instrumento previamente diseñado, en la recolección de la información participaron jóvenes bachilleres de la misma región de cada municipio, previamente capacitados en el diligenciamiento del instrumento y la realización de las encuestas, con el fin de estandarizar la recolección de la información.

En caso que la persona seleccionada para la encuesta no se encontrara en el momento de la visita se realizaba una cita y se regresaba a la vivienda para practicar la encuesta. Si la cita no era cumplida en más de dos ocasiones por parte de la persona seleccionada, se reemplazaba la vivienda por otra de la misma manzana mediante sorteo. Si la persona seleccionada se negaba a responder la encuesta, también se reemplazaba la vivienda por otra de la misma manzana mediante sorteo.

Sistematización de la información

Se sistematizó la información en una base de datos Epi Info 2004 con controles de calidad para minimizar los errores de digitación. La sistematización fue realizada por una enfermera profesional que apoyó la capacitación y supervisión de los encuestadores. Posteriormente se realizó el alistamiento de la base de datos, con el fin de validar la información y corregir inconsistencias.

Análisis de la información

Se realizaron análisis univariados calculando proporciones de prevalencia, medias y medianas según el nivel de medición de cada variable. Se calcularon sus correspondientes intervalos de confianza del 95%.

Se realizaron análisis bivariados estratificando por grupos de edad (15 a 44 años, y de 45 y más años), género (masculino y femenino), estrato socioeconómico (estratos I y II, y estratos III a VI),

afiliación al sistema de seguridad social (si afiliados y no afiliados) y escolaridad (sin estudio a secundaria y tecnólogo a postgrado). Se estimaron diferencias calculando los correspondientes intervalos de confianza del 95%, pruebas de hipótesis y significancia estadística.

Resultados

Se realizaron 749 encuestas en Puerto Carreño, 746 encuestas en La Primavera y 325 encuestas en Santa Rosalía. A continuación se presentan los resultados de los análisis univariados y bivariados, siguiendo el orden de las secciones que componen el instrumento de recolección de los datos.

Sección1: Caracterización de la muestra

Se presenta la caracterización de la muestra, teniendo en cuenta los datos sociodemográficos de la población encuestada.

Fueron encuestados 690 hombres (38,0%) y 1128 mujeres (62,0%). La media de edad fue de 35,0 años con una desviación estándar de 15,4 años, oscilando entre 15 y 88 años. La mediana fue de 32 años (p25=22, p75=44). En la tabla 1 se puede apreciar la distribución por grupos de edad.

Tabla 1. Distribución por grupos de edad

Grupo edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
15 a 19 años	301	16,5%	16,5%	14,90%	18,30%
20 a 24 años	275	15,1%	31,6%	13,50%	16,90%
25 a 29 años	209	11,5%	43,1%	10,10%	13,10%
30 a 34 años	245	13,5%	56,6%	11,90%	15,10%
35 a 39 años	184	10,1%	66,7%	8,80%	11,60%
40 a 44 años	159	8,7%	75,4%	7,50%	10,20%
45 a 49 años	124	6,8%	82,3%	5,70%	8,10%
50 a 54 años	93	5,1%	87,4%	4,20%	6,20%
55 a 59 años	75	4,1%	91,5%	3,30%	5,20%
60 y más años	155	8,5%	100,0%	7,30%	9,90%
Total	1820	100,0%			

La mayor proporción de los encuestados fueron blancos-mestizos (90,4%), indígenas el 8,2% y de raza negra el 1,4%. En la distribución por estado civil, la mayor proporción de encuestados eran los que viven en unión libre (38,8%), seguidos por los solteros (34,4%) y los casados (17,6%), en menor proporción los separados (4,5%), viudos (3,4%) y divorciados (1,3%).

Según la condición o estrato socioeconómico, se encuestó a una mayor proporción de población de los estratos bajos, lo cual corresponde a lo esperado según la composición de la población (tabla 2).

Tabla 2. Distribución por estrato socioeconómico

Estrato Soc-Eco	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
1	1530	84,7%	84,7%	82,90%	86,30%
2	229	12,7%	97,3%	11,20%	14,30%
3	26	1,4%	98,8%	1,00%	2,10%
4	0	0,0%	98,8%	0,00%	0,00%
5	1	0,1%	98,8%	0,00%	0,40%
Desconocido	21	1,2%	100,0%	0,70%	1,80%
Total	1807	100,0%			

En la distribución según afiliación a la seguridad social, la mayor proporción de encuestados pertenecen al régimen subsidiado, se puede apreciar que más de una cuarta parte de la población aún no esta afiliada a ningún tipo de sistema de seguridad social (tabla 3).

Tabla 3. Distribución por afiliación a la seguridad social

Tipo de afiliación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
Contributivo	253	14,1%	14,1%	12,60%	15,90%
Subsidiado	858	47,9%	62,1%	45,60%	50,30%
Especial	154	8,6%	70,7%	7,40%	10,00%
No afiliado	501	28,0%	98,7%	25,90%	30,10%
No recuerda	24	1,3%	100,0%	0,90%	2,00%
Total	1790	100,0%			

En la tabla 4 se presenta la distribución según el nivel de educación, como se puede observar la mayor proporción de la población tiene un nivel de educación secundaria o almenos primaria.

Tabla 4. Distribución por nivel de educación

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
Primaria	721	40,5%	38,20%	42,80%
Secundaria	796	44,7%	42,30%	47,00%
Tecnólogo	49	2,7%	2,10%	3,60%
Universitario	75	4,2%	3,30%	5,30%
Postgrado	12	0,7%	0,40%	1,20%
Sin estudios	129	7,2%	6,10%	8,60%
Total	1782	100,0%		

Sección 2: Situación laboral y de escolaridad

El 26.9% (IC95%: 24.9 – 29.0) de los encuestados manifestó no estar trabajando. Se encontraron diferencias en la proporción de personas que se encuentran trabajando según el género, siendo mayor la proporción de mujeres que se encuentran trabajando.

La proporción de personas que no trabajan y se encuentran buscando un trabajo (desempleados) fue del 10.4% (IC95%: 9.0 – 11.9). Se encontraron diferencias en la proporción de personas desempleadas según el género, siendo mayor el desempleo en los hombres (17.2%, IC 95%: 14.5 – 20.3) que en las mujeres (6.5%, IC 95%: 5.1 – 8.1) ($p < 0.0000$); y según afiliación al sistema de seguridad social, siendo mayor la proporción de personas desempleadas en los no afiliados al sistema de seguridad social (13.2%, IC 95%: 10.4 – 16.5) que en los afiliados (9.2%, IC 95%: 7.7 – 10.9) ($p < 0.0073$).

Las principales actividades entre los encuestados fueron las de ama de casa (45.7%), comercio (15.0%), otra actividad no especificada (8.8%), agropecuaria (5.8%), servicio doméstico (5.0%), educación (5.0%), trabajo de oficina (3.9%), construcción (3.7%), salud (2.9%) y manufactura (1.9%).

La media de años de escolaridad fue de 6.7, con una desviación estándar de 4.3, oscilando entre 0 y 25 años. La mediana fue de 6 años (p25=3, p75=11). La proporción de población sin ningún nivel de escolaridad fue del 7.2% (IC95%: 6.1 – 8.6). El 84.7% de los encuestados alcanzan la educación secundaria (IC95%: 82.9 – 86.3), mientras que aquellos con algún grado adicional de educación (desde tecnólogo hasta postgrado) representan el 7.7% (IC95%: 6.5 – 9.0).

En relación con el grado de escolaridad, se encontraron diferencias según estrato socioeconómico. El 33.3% (IC 95%: 16.5 – 54.0) de las personas de estrato III a VI tienen un nivel de escolaridad de tecnólogo a postgrado, frente al 7.1% (IC 95%: 6.0 – 8.5) de las personas de estrato I y II ($p < 0.0000$).

Sección 3: Cobertura y acceso a la atención médica

Menos de tres cuartas partes de la población (71.6%, IC 95%: 69.5 – 73.7) se encuentran afiliados al sistema de seguridad social en salud. Cerca de la mitad se encuentra en el régimen subsidiado (47.9%, IC 95%: 45.6 – 50.3), una sexta parte en el régimen contributivo (14.1%, IC 95%: 12.6 – 15.9) y el 8.6% (IC 95%: 7.4 – 10.0) en otro régimen especial. Mientras que más de una cuarta parte (28.0%, IC 95%: 25.9 – 30.1) no están afiliados al sistema. Entre los afiliados no se encontraron diferencias según las variables sociodemográficas estudiadas.

El 78.3 % (IC 95%: 76.4 - 80.2) de los encuestados refirió haber consultado en el último año a un profesional de la salud. Se encontraron diferencias según el género, siendo mayor la proporción de quienes han consultado en el último año en las mujeres (85.3%, IC 95%: 83.1 – 87.3), que en los hombres (67.0%, IC 95%: 63.3 – 70.4) ($p < 0.0000$). No se encontraron diferencias entre afiliados y no afiliados al sistema de seguridad social.

En cuanto al tipo de profesional de la salud consultado, se encontró que el médico fue el más consultado con el 96.4% (IC 95%: 95.3 – 97.3), le siguen otros profesionales (2.2%, IC 95%: 1.5 – 3.1) y las enfermeras (1.2%, IC 95%: 0.7 – 1.9).

Según cuando fue la última consulta a un profesional de la salud, la mayor proporción respondió que durante el último año (77.9%, IC 95%: 75.9 – 79.7), en los dos últimos años el 11.3% (IC 95%: 9.9 – 12.9), de dos a cinco años el 6.1% (IC 95%: 5.0 – 7.3) y cinco o más años el 1.9% (IC 95%: 1.3 – 2.6), mientras que el 0.5% respondió que nunca ha consultado (IC 95%: 0.2 – 1.0).

Sección 4: Salud general

Una proporción alta cercana a una tercera parte de la población, percibe su propia salud entre regular a mala (29.9%, IC 95%: 27.8 – 32.1); mientras que alrededor de dos terceras partes considera que tiene una salud entre buena y excelente (70.1%, IC 95%: 67.9 – 72.2).

Al comparar el percibir una buena salud (excelente, muy buena y buena) con no tener buena salud (regular y mala), se encontraron diferencias significativas según grupo de edad, género y nivel de escolaridad. No se encontraron diferencias por estrato socioeconómico y afiliación al sistema de seguridad social.

Las personas de 45 y más años de edad, perciben en una mayor proporción que su salud no es buena (49.9%, IC 95%: 45.2 – 54.6), frente a los menores de 45 años (23.4%, IC 95%: 21.2 – 25.7) ($p < 0.0000$). Las mujeres sienten con mayor frecuencia que los hombres que su salud no es buena, 34.6% (IC 95%: 31.8 – 37.5) frente a 22.2% (IC 95%: 19.2 – 25.5) respectivamente ($p < 0.0000$). Quienes tienen menor grado de escolaridad (sin estudio a secundaria) perciben con

mayor frecuencia que su salud no es buena (30.9%, IC 95%: 28.7 – 33.2), en comparación con quienes tienen un nivel de escolaridad de tecnólogo a postgrado (17.9%, IC 95%: 11.9 – 25.2) ($p < 0.0003$).

Sección 5: Tabaquismo

El 24.4% (IC 95%: 22.5 - 26.5) de los encuestados refirió haber fumado alguna vez en su vida, mientras que el 18.2% (IC 95%: 16.5 – 20.1) cayeron dentro de la definición de tabaquismo (haber fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida). La media de edad de inicio de fumar fue de 18,0 años, con una desviación standard de 6,9 años, valor mínimo de 10 años y máximo de 45 años. La mediana fue de 17 años (p25=15, p75=20).

Para el tabaquismo, se encontraron diferencias según grupos de edad y género, más no por estrato socioeconómico, afiliación al sistema de seguridad social y nivel de escolaridad. El tabaquismo fue mayor en las personas de 45 o más años de edad (30.9%, IC95%: 26.7 – 35.4) en comparación con las menores de 45 años (14.1%, IC95%: 12.3 – 16.0) ($p < 0.0000$); y en los hombres (28.2%, IC95%: 24.9 – 31.8) que en las mujeres (12.0% IC95%: 10.2 – 14.1) ($p < 0.0000$).

La proporción de quienes actualmente fuman fue menor (11.0%, IC 95%: 9.6 – 12.5) a la de quienes sufrieron tabaquismo. Para los fumadores actuales, según las variables sociodemográficas estudiadas se encontraron diferencias según el género, siendo mayor la proporción de fumadores actuales entre los hombres (18.5% IC 95%: 15.7 – 21.7) que entre las mujeres (6.4% IC 95%: 5.1 – 8.0) ($p < 0.0000$). La media de cigarrillos fumados al día entre los fumadores fue de 8.4 cigarrillos, la mediana de 5 cigarrillos (p25=2, p75=10), un mínimo de 1 y un máximo de 100.

El 72.6% (IC 95%: 65.8 – 78.7) de los fumadores actuales piensan dejar de fumar. De acuerdo con las variables sociodemográficas estudiadas, no se encontraron diferencias entre los fumadores actuales en cuanto a la intención de dejar de fumar, según grupo de edad, género, estrato socioeconómico, afiliación a la seguridad social, ni nivel de escolaridad.

Un porcentaje importante de fumadores (42.6%, IC 95%: 35.6 – 49.9) refirieron no haber recibido consejo por parte del personal de la salud en los últimos doce meses, para dejar de fumar. Aún cuando la gran mayoría de los fumadores actuales (96.4%, IC 95%: 92.7 – 98.5), son conscientes de que fumar es dañino para su propia salud y el 92.9% (IC 95%: 88.4 – 96.1) considera que fumar en sitios cerrados o próximo a otras personas puede dañar la salud de los que están a su alrededor.

Sección 6: Factores de la dieta

El 14.7% (IC 95%: 13.1 – 16.4) refirieron que le adicionan sal a los alimentos una vez preparados. De acuerdo con las diferentes variables sociodemográficas estudiadas se encontraron diferencias significativas en la adición de sal a los alimentos una vez preparados, según grupo de edad, estrato socioeconómico y afiliación a la seguridad social. Es más frecuente este hábito en los menores de 45 años (16.2%, IC 95%: 14.3 – 18.3), que en los mayores de 44 años (10.1%, IC 95%: 7.5 – 13.3) ($p < 0.0005$). En las personas de estrato socioeconómico III a VI (33.3%, IC 95%: 16.5 – 54.0) que en las personas de estrato socioeconómico I y II (14.4%, IC 95%: 12.8 – 16.2) ($p < 0.0074$). Así como en los afiliados al sistema de seguridad social (16.7%, IC 95%: 14.7 – 18.9) que en los no afiliados (10.4%, IC 95%: 7.9 – 13.5) ($p < 0.0002$).

El 95.4% de los encuestados refieren usar con más frecuencia aceite vegetal para preparar los alimentos (IC 95%: 94.3 – 96.3), mientras que el 4.6% (IC 95%: 3.7 – 5.7) utilizan otra grasa. En este aspecto no se encontraron diferencias según las variables sociodemográficas estudiadas.

El 20.1% (IC 95%: 18.2 – 22.1) de la población consume diariamente jugos de frutas tales como: naranja, toronja, mandarina, limón, guayaba o tomate de árbol. Se encontraron diferencias según grupo de edad, género y nivel educativo. Es mayor la proporción de quienes consumen diariamente jugos de frutas en las personas menores de 45 años (21.7%, IC95%: 19.5 – 24.1) en comparación con las de 45 o más años de edad (15.1%, IC95%: 11.9 – 18.9) ($p<0.0012$); en las mujeres (22.5%, IC95%: 20.1 – 25.2) que en los hombres (16.1% IC95%: 13.4 – 19.2) ($p<0.0005$); y en las personas con nivel educativo superior desde tecnólogo hasta postgrado (32.8%, IC 95%: 25.1 – 41.4), frente a aquellos con nivel educativo inferior (19.0%, IC 95%: 17.1 – 21.0) ($p<0.0001$).

El 13.8% (IC 95%: 12.2 – 15.5) de la población consume diariamente frutas. Se encontraron diferencias significativas según el nivel educativo, siendo mayor la proporción de personas que consumen diariamente frutas en aquellos con nivel educativo superior desde tecnólogo hasta postgrado (28.1%, IC 95%: 20.8 – 36.5), frente a aquellos con nivel educativo inferior (12.6%, IC 95%: 11.0 – 14.3) ($p<0.0000$).

El 14.9% (IC 95%: 13.3 – 16.7) de la población consume vegetales diariamente. Se encontraron diferencias significativas según nivel de escolaridad. La proporción de personas que consumen vegetales diariamente fue mayor en las personas con nivel de escolaridad superior (23.7%, IC 95%: 16.8 – 31.8) que en las de nivel de escolaridad desde sin estudios hasta secundaria (14.1%, IC 95%: 12.5 – 16.0) ($p<0.0023$).

El 21.8% (IC 95%: 19.9 – 23.8) de la población consume diariamente huevo. Se encontraron diferencias significativas según grupo de edad. Fue mayor la proporción de quienes consumen huevo diariamente en los menores de 45 años (23.5%, IC 95%: 21.2 – 25.9) que en los mayores de 44 años (16.6%, IC 95%: 13.3 – 20.6) ($p<0.0013$).

Sección 7: Actividad física

El 77.3% (IC 95%: 75.2 – 79.2) de las personas camina al menos 10 minutos al día por tres o más días a la semana para trasladarse de un lugar a otro, para practicar deportes o actividades recreativas. Al aumentar el tiempo en que camina a 20 minutos al día por tres o más días a la semana la proporción disminuyó al 65.5% (IC 95%: 63.3 – 67.7). Al aumentar el tiempo a 30 minutos al día por tres o más días a la semana la proporción disminuyó a 47.1% (IC 95%: 44.8 – 49.4).

Se encontraron diferencias significativas según el grupo de edad, siendo mayor la prevalencia de quienes caminan en los menores de 45 años. Al considerar el tiempo de caminata de al menos 10 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los menores de 45 años fue del 79.6% (IC 95%: 77.3 – 81.7) frente al 70.2% (IC 95%: 65.7 – 74.3) en los mayores de 45 ($p<0.0000$). Para un tiempo de caminata de al menos 20 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los menores de 45 años fue del 67.9% (IC 95%: 65.4 – 70.4) frente al 58.1% (IC 95%: 53.3 – 62.7) en los mayores de 45 años ($p<0.0000$). Al aumentar el tiempo de caminata al menos a 30 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los menores de 45 años fue del 49.3% (IC 95%: 46.6 – 52.0) frente al 40.4% (IC 95%: 35.8 – 45.1) en los mayores de 45 años ($p<0.0005$).

Al considerar el tiempo de caminata de al menos 20 minutos al día por tres o más días a la semana y de al menos 30 minutos al día por tres o más días a la semana, también se encontraron diferencias significativas según el género, siendo mayor la prevalencia de quienes caminan en los hombres que en las mujeres, Para un tiempo de caminata de al menos 20 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los hombres fue del 70.9% (IC 95%: 67.3 – 74.2) frente al 62.2% (IC 95%: 59.3 – 65.0) en las mujeres ($p<0.0000$). Al aumentar el tiempo de caminata al menos a 30 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los hombres fue del 53.6% (IC 95%: 49.8 – 57.4) frente al 43.0% (IC 95%: 40.1 – 46.0) en las mujeres ($p<0.0000$).

El 39.4% (IC 95%: 37.1 – 41.7) realiza actividades físicas moderadas al menos durante 10 minutos al día por tres o más días a la semana, como andar en bicicleta, nadar a un ritmo normal u otra actividad deportiva a un ritmo normal. Al aumentar el tiempo de estas actividades físicas a 20 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción fue menor (33.6%, IC 95%: 31.4 – 35.9). Al aumentar el tiempo a 30 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción fue de 26.2% (IC 95%: 24.2 – 28.4). Se encontraron diferencias significativas según el género y grupo de edad, siendo mayor la prevalencia de quienes realizan actividades físicas moderadas en los hombres que en las mujeres y en los menores de 45 años de edad que en los mayores.

Según el grupo de edad, al considerar la realización de actividades físicas moderadas por al menos 10 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los menores de 45 años fue del 44.7% (IC 95%: 42.0 – 47.4) frente al 23.0% (IC 95%: 19.2 – 27.3) en los mayores de 45 años ($p < 0.0000$). Al aumentar el tiempo de realización de actividades físicas moderadas al menos a 20 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los menores de 45 años fue del 38.4% (IC 95%: 35.8 – 41.0) frente al 18.9% (IC 95%: 15.4 – 23.0) en los mayores de 45 años ($p < 0.0000$). Para un tiempo de realización de actividades físicas moderadas de al menos a 30 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los menores de 45 años fue del 29.7% (IC 95%: 27.3 – 32.3) frente al 15.5% (IC 95%: 12.3 – 19.3) en los mayores de 45 años ($p < 0.0000$).

En cuanto al género, al considerar la realización de actividades físicas moderadas por al menos 10 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los hombres fue del 50.9% (IC 95%: 47.1 – 54.7) frente al 32.2% (IC 95%: 29.5 – 35.1) en las mujeres ($p < 0.0000$). Al aumentar el tiempo de realización de actividades físicas moderadas al menos a 20 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los hombres fue del 45.5% (IC 95%: 41.7 – 49.3) frente al 26.3% (IC 95%: 23.7 – 29.0) en las mujeres ($p < 0.0000$). Para un tiempo de realización de actividades físicas moderadas de al menos a 30 minutos al día por tres o más días a la semana, la proporción en los hombres fue del 38.5% (IC 95%: 34.8 – 42.2) frente al 18.7% (IC 95%: 16.5 – 21.2) en las mujeres ($p < 0.0000$).

El 29.6% (IC 95%: 27.6 – 31.8) de los encuestados refirieron haber recibido consejo por parte de un profesional de la salud sobre realizar ejercicio físico. Se encontraron diferencias según grupo de edad y género, mas no se encontraron diferencias significativas para las demás variables sociodemográficas estudiadas. Fue mayor la proporción de personas de 45 o más años de edad que han recibido consejo sobre realizar ejercicio físico (40.2%, IC 95%: 35.7 – 45.0) en comparación con las personas menores de 45 años (26.2%, IC 95%: 23.9 – 28.6) ($p < 0.0000$). Fue mayor la proporción de mujeres que han recibido consejo sobre realizar ejercicio físico (33.3%, IC 95%: 30.6 – 36.2) en comparación con los hombres (23.7%, IC 95%: 20.6 – 27.1) ($p < 0.0000$).

La razón más frecuente por la cual han recibido consejo sobre la realización de actividad física, entre quienes han recibido este consejo por parte de un profesional de la salud fue para mantenerse saludable 51.2% (IC 95%: 46.9% - 55.5%), mantener o controlar el peso 28.5% (IC 95%: 24.8% - 32.6%), como complemento a una dolencia 18.4% (IC 95%: 15.2% - 22.0%), mientras que por otra razón el 0.8% (IC 95%: 0.2% - 2.0%).

Sección 8: Consumo de alcohol

Descontando aquellos que no respondieron o que se negaron a responder, la proporción de personas que refirieron haber bebido por lo menos un trago de alcohol en el último mes fue de 20.1% (IC 95%: 18.3 – 22.1).

Se encontraron diferencias según grupo de edad, género y nivel de escolaridad. La proporción de consumo de alcohol fue mayor en las personas menores de 45 años (22.8%, IC 95%: 20.6 – 25.1) en comparación con las personas de 45 o más años de edad

(12.0%, IC 95%: 9.2 – 15.4) ($p < 0.0000$). Los hombres consumen alcohol con mayor frecuencia (33.1%, IC 95%: 29.6 – 36.8) que las mujeres (12.2%, IC 95%: 10.4 – 14.3) ($p < 0.0000$). La proporción de personas que consumen alcohol es mayor en quienes tienen nivel de escolaridad de tecnólogo a postgrado (32.6%, IC 95%: 24.9 – 41.1) en comparación con aquellos de nivel de escolaridad inferior (19.1%, IC 95%: 17.2 – 21.1) ($p < 0.0001$).

Entre quienes respondieron que ingirieron trago durante el mes pasado, el promedio de días que ingirieron trago fue de 3.5, con desviación estándar de 4.9, mediana de 2, valor mínimo 1 y máximo 30, $p_{25}=1$ y $p_{75}=3$.

El promedio de tragos ingeridos por los encuestados en los días que ingirieron trago, fue de 28.7, con desviación estándar de 40.3, mediana de 16, valor mínimo 1 y máximo 302, $p_{25}=8$ y $p_{75}=30$.

El promedio de veces durante el mes anterior que ingirieron los encuestados más de cinco tragos fue de 3.6, con desviación estándar de 9.7, mediana de 2, valor mínimo 0 y máximo 77, $p_{25}=1$ y $p_{75}=3$.

Del 20.1% de los encuestados que admitieron haber bebido en el último mes, el 88.7% (IC 95%: 84.7 – 91.9) de ellos refirió haber tomado más de 5 tragos por lo menos en una ocasión. Se encontraron diferencias según el género, siendo mayor la proporción en los hombres (94.1%, IC 95%: 89.9 – 96.9) que en las mujeres (79.8%, IC 95%: 68.9 – 84.0) ($p < 0.0000$).

El 2.1% (IC 95%: 1.5 – 3.1) de los encuestados respondieron que consumen alcohol a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para aliviar la resaca del día anterior. Se encontraron diferencias según el género, siendo mayor la proporción en los hombres (4.2%, IC 95%: 2.7 – 6.3) que en las mujeres (0.8%, IC 95%: 0.4 – 1.8) ($p < 0.0000$).

De las personas encuestadas que respondieron haber bebido por lo menos un trago de alcohol en el último mes el 10.4% (IC 95%: 8.9 – 12.2) refirió que al menos una vez manejó automóvil, moto o bicicleta, después de haber tomado más de un trago. Se encontraron diferencias según grupo de edad, género y estrato socioeconómico. Fue mayor en las personas menores de 45 años (12.4%, IC 95%: 10.5 – 14.6) que en las de 45 o más años de edad (4.1%, IC 95%: 2.3 – 7.0) ($p < 0.0000$), en los hombres (21.0%, IC 95%: 17.7 – 24.8) que en las mujeres (3.8%, IC 95%: 2.7 – 5.4) ($p < 0.0000$) y en las personas de estrato socioeconómico III a VI (28.6%, IC 95%: 11.3 – 52.2) que en las personas de estrato socioeconómico I y II (10.1%, IC 95%: 8.6 – 11.9) ($p < 0.0101$).

Entre quienes respondieron haber bebido por lo menos un trago de alcohol en el último mes, el promedio de veces al mes que manejaron un automóvil, moto o bicicleta después de haber tomado más de un trago fue de 2.6, con desviación estándar de 3.1, mediana de 2, valor mínimo 1 y máximo 20, $p_{25}=0$ y $p_{75}=0$.

Al cruzar el hecho de haber tomado más de cinco tragos con manejar algún vehículo después de beber alcohol, se observó que el riesgo de manejar con tragos es 50 veces mayor entre los que han tomado más de cinco tragos que entre los que no (OR = 50.05, $p < 0.0000$).

El 7.8% (IC 95%: 5.3 – 11.3) de las personas que consumieron alcohol durante el mes anterior refirieron conocer algún sitio de ayuda para dejar de beber alcohol. No se encontraron diferencias según las diferentes variables sociodemográficas estudiadas.

Sección 9: Peso corporal

El 20.8% (IC 95%: 19.0 – 22.8) de los encuestados conoce que esta pasado de peso, obeso o con sobrepeso o que pesa más de lo que debiera, por que un profesional de salud se lo diagnosticó. Se encontraron diferencias según género, siendo mayor la proporción entre las mujeres (23.9%, IC 95%: 21.4 – 26.5) que entre los hombres (15.9%, IC 95%: 13.3 – 18.9), ($p < 0.0000$).

Una proporción similar se encontró en la pregunta que indagaba sobre como consideraba el encuestado que era su peso, pues un 22.7% (IC 95%: 20.8 – 24.7) refirieron que ellos personalmente se consideraban con sobrepeso y un 0.3% (IC 95%: 0.1 – 0.7) con obesidad.

De acuerdo con el peso y la talla referido por los encuestados, el Índice de Masa Corporal (IMC) promedio fue de 24.25, con desviación estándar de 4.50, mediana de 23.6, valor mínimo 13.8 y máximo 41.90, $p_{25}=21.10$ y $p_{75}=26.90$.

La proporción de hombres con un IMC mayor o igual a 27.8 (sobrepeso) fue del 18.0% (IC 95%: 15.0 – 21.3), mientras que la proporción de mujeres con un IMC mayor o igual a 27.3 (sobrepeso) fue del 23.7% (IC 95%: 20.9 – 26.7), no se encontraron diferencias significativas entre los dos géneros. Para ambos sexos se encontraron diferencias según el grupo de edad, siendo mayor la proporción de hombres y de mujeres con sobrepeso en los mayores de 44 años en comparación con los menores de 45 años. La proporción de hombres con sobrepeso mayores de 44 años fue de 26.8% (IC 95%: 19.9 – 34.7) y la de aquellos menores de 45 años fue de 15.1% (IC 95%: 12.0 – 18.7) ($p < 0.0008$). La proporción de mujeres con sobrepeso mayores de 44 años fue del 31.2% (IC 95%: 24.7 – 38.3) frente al 21.6% (IC 95%: 18.6 – 24.9) ($p < 0.0036$) en aquellas menores de 45 años.

La proporción de personas con un IMC mayor o igual a 30 (obesidad) fue del 11.5% (IC 95%: 10.0 – 13.3). Se encontraron diferencias según grupo de edad, siendo mayor la proporción de personas con obesidad en aquellos mayores de 44 años (17.2%, IC 95%: 7.6 – 16.3) que en los menores de 45 años (9.9%, IC 95%: 2.0 – 5.2) ($p < 0.0001$).

Menos de una quinta parte (17.8%, IC 95%: 16.1 – 19.7) de las personas encuestadas manifestaron que están tratando de bajar o perder peso. Se encontraron diferencia por género, siendo mayor la proporción en las mujeres (21.7%, IC 95%: 19.4 – 24.3) que en los hombres (11.5%, IC 95%: 9.3 – 14.2) ($p < 0.0000$).

Por otra parte la proporción de aquellos que están en un programa para control de peso, es decir, para no aumentar de peso, fue del 16.1% (IC 95%: 14.4 – 17.9). Se encontraron diferencias por género, siendo mayor la proporción en las mujeres (19.1%, IC 95%: 16.9 – 21.6) que en los hombres (11.1%, IC 95%: 8.9 – 13.7) ($p < 0.0000$).

Descontando aquellos que no respondieron o no estaban seguros, el 89.3% (IC 95%: 87.7 – 90.7) de los encuestados se pesaron en el último año. Se encontraron diferencias por género, siendo mayor la proporción de mujeres que se pesaron en el último año (91.5%, IC 95%: 89.7 – 93.1) que de hombres (85.6%, IC 95%: 82.7 – 88.2) ($p < 0.0000$). Se encontraron diferencias según el tiempo desde la última vez que se midieron el peso. En la tabla 5 se puede apreciar la distribución según la última vez que se peso.

Tabla 5. Distribución según última vez que se peso

Última vez que se peso	Frecuencia	Porcentaje	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
Un año o menos	1549	85,6%	83,90%	87,10%
Entre 1 y 2 años	139	7,7%	6,50%	9,00%
Más de 2 años	47	2,6%	1,90%	3,50%
No sabe o no responde	67	3,7%	2,90%	4,70%
Nunca se ha pesado	8	0,4%	0,20%	0,90%
Total	1810	100,0%		

El 13.6% (IC 95%: 12.1 – 15.3) de las personas refirieron conocer algún sitio de ayuda para bajar de peso. No se encontraron diferencias según las variables sociodemográficas estudiadas.

Sección 10: Hipertensión arterial

El 84.3% (IC 95%: 82.6 – 86.0) de los encuestados refirieron que un profesional de la salud les ha medido o tomado la tensión arterial. Se encontraron diferencias por grupo de edad, género, estrato socioeconómico y afiliación al sistema de seguridad social. Fue mayor la proporción de quienes les han tomado la tensión arterial en el grupo de mayores de 44 años 91.7% (IC 95%: 88.6 – 94.0) que en los menores de 45 años 81.9% (IC 95%: 79.8 – 83.9) ($p<0.0000$); en las mujeres (86.3%, IC 95%: 84.1 – 88.2) que en los hombres (81.1%, IC 95%: 78.0 – 84.0) ($p<0.0018$); en las personas de estrato socioeconómico I y II (84.8%, IC 95%: 83.0 – 86.4) que en las personas de estrato socioeconómico III a VI (66.7%, IC 95%: 46.0 – 83.5) ($p<0.0105$) y en los afiliados al sistema de seguridad social (85.8%, IC 95%: 83.7 – 87.6) que en los no afiliados (81.0%, IC 95%: 77.2 – 84.2) ($p<0.0063$).

Según la última vez que se tomó la tensión arterial, descontando aquellos que no saben o no respondieron, el 86.6% (IC 95%: 84.8 – 88.3) de los que alguna vez les han medido la tensión arterial se la han medido en el último año. Se encontraron diferencias según género, siendo mayor la proporción de personas que se han tomado la tensión arterial en el último año en las mujeres (89.9%, IC 95%: 87.7 – 91.7) que entre los hombres (81.0%, IC 95%: 77.4 – 84.1) ($p<0.0000$).

El 21.1% (IC 95%: 19.2 – 23.1) de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado hipertensión arterial. La proporción de personas a las cuales un profesional de la salud les ha diagnosticado hipertensión arterial fue mayor en los mayores de 44 años (33.7%, IC 95%: 29.3 – 38.4) que en los menores de 45 años (16.9%, IC 95%: 15.0 – 19.1) ($p<0.0000$).

Entre los que han sido diagnosticados con hipertensión arterial, el 52.5% (IC 95%: 46.3 – 58.6) están llevando a cabo algún tratamiento para el control de la tensión arterial. Se encontraron diferencias por grupo de edad y afiliación al sistema de seguridad social. Siendo mayor la proporción de quienes están llevando a cabo algún tratamiento para el control de la tensión arterial en los mayores de 44 años (66.9%, IC 95%: 58.2 – 74.8) que en los menores de 45 años (37.9%, IC 95%: 29.6 – 46.7) ($p<0.0000$) y en los afiliados al sistema de seguridad social (57.8%, IC 95%: 50.4 – 65.0) que en los no afiliados (39.0%, IC 95%: 28.0 – 50.8) ($p<0.0028$).

Según el tipo de tratamiento para la hipertensión arterial, los medicamentos son el tratamiento más frecuentemente utilizado por los pacientes, significativamente mayor que el tratamiento con dieta, ejercicio y control del peso, y que la combinación de los dos tipos de tratamiento (tabla 6).

Tabla 6. Distribución según tipo de tratamiento para la hipertensión arterial

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
Medicamentos	105	65,6%	57,70%	72,90%
Dieta, ejercicio, control de peso	23	14,4%	9,30%	20,80%
Las dos anteriores	29	18,1%	12,50%	25,00%
Ninguno	3	1,9%	0,40%	5,40%
Total	160	100,0%		

Sección 11: Diabetes mellitus

El 48.2% (IC 95%: 45.8 – 50.5) de los encuestados refirió que alguna vez le han medido la glucemia. Se encontraron diferencias por grupo de edad, género y nivel de escolaridad. Fue mayor la proporción de quienes les han medido la glucemia en el grupo de mayores de 44 años 65.1% (IC 95%: 60.4 – 69.5) que en los menores de 45 años 42.7% (IC 95%: 40.0 – 45.4) ($p<0.0000$); en las mujeres (51.8%, IC 95%: 48.9 – 54.8) que en los hombres (42.2%, IC 95%: 38.5 – 46.0) ($p<0.0000$); y en las personas con nivel de escolaridad de técnico a postgrado (68.8%, IC 95%: 60.4 – 76.4) que en los de nivel de escolaridad inferior (46.4%, IC 95%: 44.0 – 48.9) ($p<0.0000$).

Según afiliación a la seguridad social, solo a cerca de la mitad de las personas afiliadas se les ha medido la glucemia (50.3%, IC 95%: 47.5 – 53.1). Aunque pareciera que la proporción de evaluados es mayor en los afiliados que en los no afiliados según la prueba de hipótesis ($p<0.0055$), los límites de los intervalos de confianza se cruzan con respecto a la proporción de evaluados entre los no afiliados al sistema de seguridad social (43.6%, IC 95%: 39.3 – 48.1).

Según la última vez que se midieron la glucemia, descontando aquellos que no saben o no respondieron, el 63.5% (IC 95%: 60.1 – 66.7) de los que alguna vez les han medido la glucemia se la han medido en los últimos seis meses. El 81.7% refirió haberse medido la glucemia durante el último año. No se encontraron diferencias según las diferentes variables sociodemográficas estudiadas.

El 5.4% (IC 95%: 4.4 – 6.6) de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre. Se encontraron diferencias según grupo de edad y género, siendo mayor la proporción de personas que les han diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre en los mayores de 44 años (10.9%, IC 95%: 8.2 – 14.3) que en los menores de 45 años (3.5%, IC 95%: 2.6 – 4.7) ($p<0.0000$) y en las mujeres (6.7%, IC 95%: 5.3 – 8.3) que en los hombres (3.3%, IC 95%: 2.1 – 5.0) ($p<0.0008$). Entre las mujeres que han sido diagnosticadas con diabetes, en el 27.7% (IC 95%: 18.4% - 38.6%) esto ocurrió como diabetes gestacional.

Entre aquellos que han sido diagnosticados con diabetes, la mitad de ellos (50.0%, IC 95%: 38.0 – 62.0) están llevando a cabo algún tipo de tratamiento para el control de la misma. No se encontraron diferencias según las diferentes variables sociodemográficas estudiadas. Entre los afiliados al sistema de seguridad social solo el 48.2% (IC 95%: 34.7 – 62.0) están llevando a cabo algún tipo de tratamiento para su control.

Según el tipo de tratamiento para el control de la diabetes, los medicamentos son el tratamiento más frecuentemente utilizado por los pacientes, aunque no se encontraron verdaderas diferencias en las proporciones entre los diferentes tipos de tratamiento (tabla 7).

Tabla 7. Distribución según tipo de tratamiento para la diabetes mellitus

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
Medicamentos	16	43,2%	27,10%	60,50%
Dieta, ejercicio, control de peso	13	35,1%	20,20%	52,50%
Las dos anteriores	7	18,9%	8,00%	35,20%
Ninguno	1	2,7%	0,10%	14,20%
Total	37	100,0%		

Sección 12: Colesterol

El 40.7% de los encuestados (IC 95%: 38.4 – 43.0) refirió que le han medido el colesterol. Se encontraron diferencias por grupo de edad y género, más no por las demás variables

sociodemográficas. Fue mayor la proporción de personas a quienes les han medido el colesterol en el grupo de mayores de 44 años (57.5%, IC 95%: 52.7 – 62.1) que en los menores de 45 años (35.2%, IC 95%: 32.7 – 37.8) ($p < 0.0000$); y en las mujeres (44.8%, IC 95%: 41.9 – 47.8) que en los hombres (34.0%, IC 95%: 30.5 – 37.7) ($p < 0.0000$).

Según la última vez que se midió el colesterol, descontando aquellos que no saben o no respondieron, el 78.2% (IC 95%: 74.9 – 81.1) de los que alguna vez les han medido el colesterol se lo han medido en el último año. No se encontraron diferencias significativas según las diferentes variables sociodemográficas estudiadas.

El 10.4% (IC 95%: 9.0 – 11.9) de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado hipercolesterolemia. Se encontraron diferencias según grupos de edad y género, siendo mayor la proporción de personas a las cuales un profesional de la salud les ha diagnosticado hipercolesterolemia en los mayores de 44 años (19.2%, IC 95%: 15.7 – 23.3) que en los menores de 45 años (7.5%, IC 95%: 6.2 – 9.1) ($p < 0.0000$); y en las mujeres (12.2%, IC 95%: 10.4 – 14.4) que en los hombres (7.4%, IC 95%: 5.6 – 9.7) ($p < 0.0005$).

Entre los que han sido diagnosticados con hipercolesterolemia, el 61.0% (IC 95%: 53.6 – 68.0) están llevando a cabo algún tratamiento para el control del colesterol. No se encontraron diferencias según las variables sociodemográficas estudiadas. Entre los afiliados al sistema de seguridad social solo cerca de dos terceras partes (65.0%, IC 95%: 56.4 – 72.9) están llevando a cabo algún tipo de tratamiento para su control.

Según el tipo de tratamiento para el control de la hipercolesterolemia, los medicamentos son el tratamiento más frecuentemente utilizado por los pacientes, aunque no se encontraron verdaderas diferencias en las proporciones entre el tratamiento con medicamentos y el tratamiento con dieta, ejercicio y control del peso, pero estos dos fueron significativamente mayores que la combinación de los dos tipos de tratamiento (tabla 8).

Tabla 8. Distribución según tipo de tratamiento para la hipercolesterolemia

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	L.inf. IC 95%	L.sup. IC 95%
Medicamentos	51	42,9%	33,80%	52,30%
Dieta, ejercicio, control de peso	46	38,7%	29,90%	48,00%
Las dos anteriores	19	16,0%	9,90%	23,80%
Ninguno	3	2,5%	0,50%	7,20%
Total	119	100,0%		

Sección 13: Servicios preventivos para las mujeres

El 11.9% (IC 95%: 15.6 – 23.1) de las mujeres se han practicado o hecho alguna vez una mamografía. Se encontraron diferencias según grupo de edad y nivel de escolaridad. Fue mayor la proporción de mujeres mayores de 44 años que se han practicado la mamografía (18.1%, IC 95%: 13.6 – 23.4) que la de las mujeres menores de 45 años (10.0%, IC 95%: 8.1 – 12.3) ($p < 0.0003$); así como en las de nivel de escolaridad de técnico a postgrado (21.9%, IC 95%: 13.1 – 33.1) que en las de nivel de escolaridad inferior (11.2%, IC 95%: 9.4 – 13.4) ($p < 0.0062$).

Según el tiempo transcurrido desde la última mamografía y descontando aquellas que no respondieron o no estaban seguras, el 60.8% (IC 95%: 51.8 – 69.2) de las mujeres que se han practicado ese examen lo han hecho en el último año. No se encontraron diferencias según las variables sociodemográficas estudiadas.

Al 28.6% (IC 95%: 26.0 – 31.4) de las mujeres les han realizado alguna vez un examen clínico de los senos. Se encontraron diferencias según nivel de escolaridad. La proporción de mujeres que se han realizado examen clínico de los senos fue mayor en las de nivel de escolaridad de técnico a postgrado (49.3%, IC 95%: 37.4 – 61.3) que en las de nivel de escolaridad inferior (27.1%, IC 95%: 24.4 – 30.0) ($p < 0.0000$).

Según el tiempo transcurrido desde el último examen clínico de los senos y descontando aquellas que no respondieron o no estaban seguras, el 66.3% (IC 95%: 60.8 – 71.6) de las mujeres que les han practicado ese examen lo hicieron en el último año. No se encontraron diferencias según las variables sociodemográficas estudiadas.

Descontando aquellas que no respondieron o no estaban seguras, el 71.7% (IC 95%: 66.3 – 76.6) de las mujeres a las que se les practicó un examen clínico de los senos este fue como parte de un chequeo médico, mientras que en el 28.3% (IC 95%: 23.4 – 33.8) este examen fue realizado por algún tipo de problema o cáncer. No se encontraron diferencias según las distintas variables sociodemográfica estudiadas.

El 70.8% (IC 95%: 68.0 – 73.5) de las mujeres encuestadas se han realizado alguna vez una citología cervico-vaginal. No se encontraron diferencias según las diferentes variables sociodemográficas estudiadas.

Según el tiempo transcurrido desde la última citología y descontando aquellas que no respondieron o no estaban seguras, el 72.8% (IC 95%: 69.4 – 75.9) de las mujeres que se han practicado citología lo hicieron en el último año. Se encontraron diferencias según grupo de edad, siendo mayor la proporción de mujeres que se han practicado citología del cuello uterino en el último año entre las mujeres menores de 45 años de edad (75.6%, IC 95%: 71.8 – 79.0) que entre las mujeres mujeres mayores (63.4%, IC 95%: 55.8 – 70.6) ($p < 0.0009$).

Descontando aquellas que no respondieron o no estaban seguras, el 87.0% (IC 95%: 84.3 – 89.3) de las mujeres que se practicaron una citología lo hicieron como parte de un examen de rutina, mientras que en el 13.0% (IC 95%: 10.7 – 15.7) este examen fue realizado por algún tipo de problema de salud. No se encontraron diferencias según las variables sociodemográficas estudiadas.

Discusión y conclusiones

Es posible que al agrupar las variables sociodemográficas en categorías diferentes a las aquí estudiadas puedan encontrarse algunas diferencias. Sin embargo para este estudio sobre factores de riesgo del comportamiento asociados con enfermedades crónicas no transmisibles, las agrupaciones de las variables sociodemográficas que se consideraron pertinentes y se tuvieron en cuenta fueron dos grandes grupos para edad (de 15 a 44 años, 45 y más años), estrato socioeconómico (estrato I y II, estrato III a VI), afiliación al sistema de seguridad social (afiliado, no afiliado) y nivel de escolaridad (sin estudio a secundaria, tecnólogo a postgrado).

Este estudio contribuyó como línea de base sobre los factores de riesgo del comportamiento asociados con las principales enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento del Vichada, para iniciar el proceso de vigilancia en salud pública de estos factores de riesgo, como contribución para orientar las políticas e intervenciones en salud pública así como para evaluar sus resultados.

Se estimó la prevalencia de los principales factores de riesgo del comportamiento asociados con enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento del Vichada y se realizó análisis estratificado por las variables sociodemográficas estimando las diferencias. A continuación se presenta la discusión y conclusiones de los principales resultados encontrados.

Caracterización de la muestra

El desarrollo del estudio alcanzó el tamaño de muestra requerido para encontrar representatividad de las variables estudiadas con un nivel de significancia por lo menos el 5%.

La distribución por género en la muestra difiere de la distribución por género según las proyecciones oficiales sobre el censo DANE. Sin embargo fue bastante similar a la distribución esperada por grupos de edad y estrato socioeconómico para el departamento del Vichada.

Situación laboral y nivel de escolaridad

La situación de desempleo observada estuvo por debajo de la esperada con respecto a los promedios nacionales. De acuerdo con lo esperado se encontró una mayor proporción de desempleados entre aquellas personas no afiliadas al sistema de seguridad social. Por otra parte, llama la atención que fue mayor la proporción de desempleo en los hombres que en las mujeres.

La distribución encontrada por actividad económica fue similar a la esperada considerando las principales actividades económicas en el departamento del Vichada, con el comercio como su principal actividad económica.

La cobertura de educación en el departamento del Vichada ha avanzado teniendo en cuenta que la proporción de población sin ningún nivel de escolaridad o analfabetismo fue cercana al siete por ciento, el ochenta y cinco por ciento de la población han alcanzado la educación secundaria.

Sin embargo, de acuerdo con las diferencias encontradas por estrato socioeconómico donde las personas de los estratos socioeconómicos superiores representan una mayor proporción entre los que tienen nivel de escolaridad de tecnólogo a postgrado, nos indica que se requiere avanzar para reducir la brecha de inequidad.

Cobertura y acceso a la atención médica

Se ha avanzado en la afiliación de la población al sistema de seguridad social en salud alcanzando una proporción cercana a la del promedio nacional con menos de tres cuartas partes de la población afiliada al sistema, sin embargo aún falta más de una cuarta parte de la población por acceder al mismo. El hecho de no haber encontrado diferencias significativas en la afiliación con respecto al estrato socioeconómico y al nivel de escolaridad podría indicar avances en la cobertura del sistema en la población más vulnerable.

La demanda de servicios de salud fue alta, más de tres cuartas partes de los encuestados manifestó haber consultado en el último año. De acuerdo con lo esperado, la demanda de servicios de consulta de salud fue mayor en las mujeres que en los hombres, puesto que en los estudios nacionales de salud se evidenció una mayor demanda de servicios en las personas mayores y en las de sexo femenino debido a la demanda ginecoobstétrica agregada, así como en las personas con mayor nivel de escolaridad. Sin embargo llama la atención que no se encontraron diferencias en la demanda con respecto a la afiliación al sistema de seguridad social, la edad, ni el nivel de escolaridad. En forma correspondiente con los estudios nacionales de salud, el profesional más consultado fue el médico.

Salud general

Es llamativo el hecho de que una alta proporción de personas, cerca de una tercera parte, consideran que en general su salud no es buena, aún cuando este porcentaje coincide con el de los estudios nacionales de salud, en los cuales se encontró una proporción similar de personas que se sintieron enfermas en las dos semanas anteriores a la entrevista. Esta percepción de salud regular o mala aumenta con la edad, también es mayor en las mujeres y entre quienes

tienen menor grado de escolaridad. Sin embargo, lo sorprendente es que en contraposición a lo esperado no se encontraron diferencias significativas según afiliación al sistema de seguridad social en salud.

Tabaquismo

La prevalencia de tabaquismo (18.2%, IC 95%: 16.5 – 20.1) fue ligeramente inferior a la prevalencia a nivel nacional encontrada en el II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II del año 1998 (19.8%), aunque no se encontraron diferencias significativas. Es alentador observar que la prevalencia de tabaquismo fue menor en la población más joven, aunque la media de edad de inicio de fumar (18 años) fue similar a la encontrada en el ENFREC II (17,9 años, IC 95%: 17.3 – 18.3).

Afortunadamente la proporción de quienes actualmente fuman (11.0%, IC 95%: 9.6 – 12.5) fue significativamente menor a la proporción encontrada en el ENFREC II para las zonas urbanas del país (17.7%, IC 95%: 15.8 – 19.6). Era de esperarse que la prevalencia fuera mayor en los hombres.

La proporción de fumadores que piensan dejar de fumar (72.6%, IC 95%: 65.8 – 78.7) fue inferior a la proporción encontrada en el ENFREC II a nivel nacional (87.9%). Sin embargo constituye una oportunidad de intervención considerando la proporción de personas que quieren dejar de fumar.

Una alta proporción de los profesionales de la salud no aconsejan a la población sobre dejar de fumar pues más del 40% de los fumadores refirieron no haber recibido consejo por parte del personal de la salud en los últimos doce meses para dejar de fumar, aún cuando la gran mayoría de los encuestados que alguna vez han fumado reconocen que el cigarrillo es nocivo para la salud.

Factores de la dieta

Ha sido demostrado que una dieta rica en sodio y baja en potasio constituye un importante factor de riesgo para hipertensión arterial. No se encontró información previa a nivel local ni nacional sobre la proporción de personas que acostumbran agregar sal adicional a los alimentos después de preparados, pero cerca del 15% de la población presenta este hábito y debe llamar la atención que es la población más joven la que con mayor frecuencia agrega sal adicional a los alimentos, además es preocupante el hecho de que sea mayor este hábito en la población afiliada a la seguridad social y en los estratos socioeconómicos altos, pues esto podría indicar que no están recibiendo consejo sobre evitar este factor de riesgo a pesar de ser los afiliados a la seguridad social y las personas de los estratos socioeconómicos altos los que tienen mayor acceso a los servicios de salud.

Otro importante factor de riesgo de la dieta para las enfermedades cardiovasculares es el consumo de grasas saturadas y como factor protector el consumo de grasas insaturadas como el aceite vegetal para preparar los alimentos. Afortunadamente es bastante alta la proporción de personas que prefieren utilizar los aceites vegetales en lugar de las grasas saturadas de origen animal.

Esta demostrado que el consumo diario de frutas y vegetales es un importante factor protector contra una amplia variedad de diferentes formas de cáncer, por los antioxidantes y vitaminas encontrados en estos alimentos. Sin embargo se encontró que menos de una sexta parte de la población consume diariamente frutas, solo una quinta parte refirieron consumir diariamente jugos de fruta y solo alrededor del 15% consume a diario vegetales.

Las diferencias encontradas según nivel educativo evidenciaron que las personas con menor nivel de escolaridad consumen en menor proporción vegetales y frutas, mientras que la

proporción de quienes consumen diariamente jugos de frutas fue menor en aquellos con menor nivel educativo, en los mayores de 44 años y en los hombres con respecto a las mujeres. Por lo cual las intervenciones para aumentar su consumo deberán orientar políticas y acciones tendiendo en cuenta principalmente a estos grupos.

Por otra parte al huevo se le ha atribuido un contenido importante de colesterol, por lo cual se ha atribuido su consumo frecuente como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico. Tanto para futuras comparaciones dentro del sistema de vigilancia de factores de riesgo, como para el desarrollo de las intervenciones tendientes a orientar su consumo deben tenerse en cuenta la proporción y las diferencias encontradas en este estudio, pues llama la atención que la proporción de personas que consumen diariamente huevo sea mayor entre los jóvenes.

Actividad física

Se ha demostrado que la actividad física regular, por lo menos tres veces por semana, es un importante factor protector de muerte prematura, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer de colon. Algunos autores consideran que realizar actividades físicas como caminar al menos durante diez minutos al día por tres días a la semana es factor protector, otros consideran veinte minutos y otros 30 minutos al día por tres días a la semana.

La proporción de personas que realizan caminatas fue inversamente proporcional a la duración de la misma, pues disminuye a medida que se aumenta el tiempo de la caminata. Para diez minutos al día la proporción estaba alrededor de tres cuartas partes de la población, para veinte minutos bajó a dos terceras partes de la población y para treinta minutos fue de menos de la mitad de las personas. Por otro lado, también se observaron cambios significativos en la proporción de personas que practican actividades físicas moderadas al aumentar el tiempo de la actividad de diez a veinte y a treinta minutos al día por tres o más días a la semana, para diez minutos la proporción fue alrededor del 40%, al aumentar a veinte minutos disminuyó la proporción a una tercera parte y al aumentar a treinta minutos fue de una cuarta parte de la población.

En ambas categorías, tanto para la realización de caminatas como para la realización de actividades físicas moderadas, se observó que las proporciones son mayores en los hombres que en las mujeres quienes presentan niveles más elevados de sedentarismo, así como y en los menores de 45 años de edad que en los mayores. En el ENFREC II a nivel nacional la proporción de personas que realizan ejercicio físico de tipo aeróbico al menos durante 20 minutos al día, por dos o tres días a la semana fue de alrededor del 10%, pero en ese estudio se consideró solo el ejercicio físico con un fin diferente a la actividad laboral o académica cotidiana por lo cual los resultados no son comparables. Sin embargo, en el ENFREC II la proporción de personas activas también fue mayor en los hombres y además fue inversamente proporcional a la edad y directamente proporcional al nivel educativo.

Los hallazgos encontrados muestran que los profesionales de la salud no están aconsejando a la población con la frecuencia que era de esperarse sobre la realización de actividad física, pues menos de la tercera parte de los encuestados refirieron haber recibido consejo sobre este aspecto y en menor proporción el grupo de personas más jóvenes y de género masculino (tener en cuenta que las mujeres y los mayores de 45 años asisten con mayor frecuencia a los servicios de salud). Refuerza este hecho, el que tampoco se encontraran diferencias según la afiliación a la seguridad social en la proporción de personas que han recibido consejo sobre este aspecto, es decir, que no haya diferencia tampoco con respecto a aquellos que tienen mayor acceso a los profesionales de la salud. Aún cuando la principal razón por la cual las personas han recibido este consejo sea para mantenerse saludables.

Consumo de alcohol

Es preocupante que alrededor de una quinta parte de la población consume alcohol, teniendo en cuenta que el abuso del alcohol ha sido relacionado con innumerables efectos negativos, no solo daños al organismo de tipo biológico como insuficiencia hepática y cirrosis, pancreatitis, cardiomiopatía, alteraciones musculares, factor de riesgo para hipertensión arterial y diabetes mellitus, alteraciones neurológicas, desórdenes reproductivos en hombres y mujeres, contribución a ciertos tipos de cáncer de hígado, esófago, estómago, intestino delgado, seno, nasofaringe y laringe; sino que además conlleva enormes consecuencias negativas de tipo social y económico; es causa directa de una alta proporción de accidentes de tránsito vehicular y de otro tipo de accidentes e indirecta de mucho sufrimiento y muertes. Más aún cuando se encontró que el consumo de alcohol es más frecuente en las personas jóvenes en comparación con las mayores de 44 años.

De acuerdo con los resultados encontrados, la proporción de personas que consumen alcohol es más alta en las personas con nivel educativo superior, a pesar de que las personas de mayor nivel educativo son quienes deberían conocer más sobre los efectos negativos del alcohol. También es importante para orientar los programas de prevención el hallazgo de que la proporción de personas que consumen alcohol es mayor en los hombres que en las mujeres.

Considerando el hecho de que beber más de cinco tragos en una misma ocasión altera el estado de conciencia, el hallazgo de que el 88,7% de aquellas personas que refirieron haber consumido alcohol en el último mes, admitieron que bebieron más de cinco tragos por lo menos en una ocasión al mes, que el promedio de tragos ingeridos es cerca de 29 con mediana de 16, mientras que el promedio de veces al mes que bebieron más de cinco tragos fue de 3.6, con mediana de dos; se puede observar un alto nivel de consumo de alcohol, también considerando que cerca del dos por ciento consumen alcohol a primera hora de la mañana indicando el grado de dependencia a esta sustancia.

Teniendo en cuenta que manejar un vehículo después de haber tomado más de un trago de alcohol representa un alto riesgo de accidentes, es preocupante que cerca del 10% de las personas que manifestaron haber consumido alcohol, admitieron que durante el último mes manejaron un vehículo después de haber tomado más de un trago, este hallazgo también fue mayor en los hombres, los menores de 45 años y las personas de estrato socioeconómico más alto. Además considerando el hallazgo de que el riesgo de manejar un vehículo con tragos fue cincuenta veces mayor entre quienes habían tomado más de cinco tragos, la probabilidad de accidentes aumenta considerablemente.

Solo alrededor del ocho por ciento de las personas que consumen alcohol manifestaron que conocen de algún sitio a donde acudir para recibir asesoría o ayuda para dejar de beber, lo cual indica que se requiere ampliar las actividades de promoción y asesoramiento para dejar de beber alcohol.

Peso corporal

La obesidad ha sido asociada con incremento de los niveles de colesterol LDL y triglicéridos, así como un descenso de los niveles de colesterol HDL, el índice de masa corporal probablemente está relacionado con los niveles totales de colesterol. La obesidad también está asociada con mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes. Por todas estas razones es preocupante que alrededor de una quinta parte de la población refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado alguna vez sobrepeso u obesidad. Estos hallazgos fueron ligeramente menores a la proporción encontrada a nivel nacional en el ENFREC II. Fue mayor la proporción de sobrepeso y obesidad en las mujeres con respecto a los hombres, de acuerdo con aquellos que informaron que fueron diagnosticados por un profesional de la salud y de acuerdo con aquellos que se perciben con sobrepeso, sin embargo al analizar el índice de masa corporal según los datos de peso y talla referidos por los entrevistados, la proporción aumentó ligeramente en las mujeres pero no se encontraron diferencias significativas.

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas afectan más a los adultos mayores, no sorprende el hecho de que la obesidad se presente con más frecuencia en este grupo de edad precisamente, en forma consistente tanto a través del cálculo del IMC con los datos de peso y talla referidos, como de acuerdo con aquellos que fueron diagnosticados por un profesional de la salud y de acuerdo con aquellos que se perciben con obesidad. Llama la atención la alta proporción de personas que a través del cálculo del IMC con los datos de peso y talla referidos resultaron con obesidad (11.5%), frente a la proporción considerablemente inferior encontrada en el ENFREC II a nivel nacional.

La proporción de personas que están tratando de bajar o perder peso, menor de una quinta parte de la población, es similar a la proporción de personas que han sido diagnosticadas por un profesional de la salud como pasadas de peso, obesas o con sobrepeso, lo cual indica que existe una relación entre la insatisfacción por el peso y las intenciones de modificación del mismo. No sorprende que esta intención de modificación del peso fuera mayor en las mujeres.

Siendo la obesidad un factor de riesgo asociado con una mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares y considerando que el índice de masa corporal IMC mayor o igual a 30 según los datos referidos por los encuestados alcanzó a más del once por ciento de la población, es necesario hacer énfasis en la reducción de peso en aquellos con obesidad, teniendo en cuenta que se encontró una mayor prevalencia de este problema en los mayores de 44 años.

Afortunadamente se encontró que la amplia mayoría de las personas se midieron el peso dentro del último año. Parece ser que el control del peso no depende del acceso a los servicios de salud, pues no se encontraron diferencias según afiliación al sistema de seguridad social. Sin embargo sorprende que no se encontraran diferencias según la afiliación al sistema de seguridad social con respecto a conocer algún sitio de ayuda para bajar de peso, lo cual sugiere la necesidad de reforzar las acciones de los servicios.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial contribuye substancialmente al riesgo de enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular trombo embólica, así como a las complicaciones derivadas de la aterosclerosis, dañando el corazón, cerebro, riñón y otros órganos. Por lo cual el hallazgo de hipertensión arterial referida en 21% de la población representa un problema de salud pública, más aún teniendo en cuenta que este problema afecta a una alta proporción de la población más vulnerable, que un 47.5% de los hipertensos no estén llevando a cabo ningún tipo de tratamiento para su control y que entre quienes sí están en tratamiento este es principalmente con medicamentos y menos aún con dieta, ejercicios y control del peso.

La prevalencia de población informada como hipertensa según la segunda encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas ENFREC II fue menor a nivel nacional (12.3%). Por otra parte los resultados encontrados coinciden con dicha encuesta en que la prevalencia de hipertensión arterial es más alta en los grupos de mayor edad.

En relación con las actividades de detección temprana y control, aún cuando un alto porcentaje de la población refirió que alguna vez le han tomado o medido la tensión arterial, todavía existe una brecha de cerca de una sexta parte de la población que no ha sido evaluada. La proporción de personas que han tenido acceso al procedimiento de toma de presión arterial no difiere con respecto a lo encontrado en el ENFREC II. De acuerdo con lo esperado esta brecha es aún mayor en los no afiliados al sistema de seguridad social, en los más jóvenes y en los hombres. Sin embargo es preocupante que cerca de un 40% de los hipertensos afiliados al sistema de seguridad social no estén llevando a cabo ningún tipo de tratamiento.

En relación con la frecuencia de medición de la tensión arterial, dado que este factor de riesgo es más frecuente en las mujeres, como era de esperarse este grupo se ha medido la tensión arterial en mayor proporción en el último año. Por el contrario, sorprende que no se hayan encontrado

diferencias en relación con el tiempo desde la última medición de la presión arterial según afiliación al sistema de seguridad social, pues se esperaría que hubiera sido mayor en los afiliados al sistema.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es responsable de una enorme incapacidad y complicaciones como enfermedad coronaria del corazón, ceguera, falla renal, alteraciones de la circulación periférica y sensitivas del sistema nervioso periférico con infecciones, heridas y amputaciones de las extremidades, además está relacionada con hipertensión arterial y neuropatía, con un impacto económico muy alto. Por lo anterior, la prevalencia encontrada de 5.4% de la población mayor de 15 años de edad que refirió haber sido diagnosticada con diabetes o azúcar alta en la sangre representa un problema de salud pública muy importante.

De acuerdo con los límites de los intervalos de confianza no se encontraron diferencias en los resultados de este estudio (que tiene en cuenta la información referida por los encuestados) y los resultados encontrados a nivel nacional por medio de pruebas de laboratorio en el ENFREC II, en relación con la prevalencia de personas con diabetes o glucosa alterada en ayunas. Los resultados de esta encuesta también coinciden con los del ENFREC II en que la mayor prevalencia de diabetes o azúcar alta en la sangre se encuentra en las personas mayores de 45 años. Por otra parte vale la pena tener en cuenta para las intervenciones a desarrollar que la proporción de personas con este factor de riesgo fue mayor en las mujeres que en los hombres.

La proporción de encuestados que refirieron que alguna vez les han medido la glucemia fue ligeramente superior a la encontrada en el ENFREC II, pero continúa siendo muy alta la proporción de personas que no han accedido a la medición de la glucemia (más del 50%), principalmente entre las personas de menor nivel de escolaridad y en los hombres jóvenes. Aún así los mayores de 44 años tampoco se someten a la medición de la glucemia con la frecuencia recomendada, para la detección temprana de diabetes o azúcar alterada en ayunas. Llama la atención que contrario a lo esperado, no se hayan encontrado verdaderas diferencias con respecto a la afiliación al sistema de seguridad social y que además sea tan baja la proporción de personas que les han medido la glucemia entre los afiliados al sistema.

Es preocupante que la mitad de las personas que han sido diagnosticados con diabetes o azúcar alta en la sangre no estén llevando a cabo algún tipo de tratamiento para su control, así como que el tratamiento con dieta, ejercicio y control de peso sea inferior al tratamiento con medicamentos. Y que cerca de la mitad de los afiliados al sistema de seguridad social que han sido diagnosticados con diabetes o azúcar alta en la sangre no estén llevando a cabo ningún tipo de tratamiento para su control.

Colesterol

Los niveles de colesterol sérico elevado se encuentran relacionados principalmente con un mayor riesgo de aterosclerosis y enfermedad coronaria del corazón. Se estima que este factor de riesgo puede llegar a ser el responsable de cerca de un 20 al 30% de las enfermedades coronarias y los accidentes cerebro vasculares. De acuerdo con los resultados encontrados una considerable proporción de la población está a riesgo de enfermedad coronaria por hipercolesterolemia, con enormes consecuencias sanitarias y económicas.

No se encontraron diferencias significativas en relación con la prevalencia de la población informada con hipercolesterolemia con respecto a la encontrada a nivel nacional (13.3%) en el ENFREC II. También en concordancia con ese estudio la proporción de hipercolesterolemia es mayor con la edad y en las mujeres.

En relación con las actividades de detección temprana y control, solamente alrededor del 40% de la población alguna vez le han medido el colesterol y la proporción de personas que han tenido

acceso a la medición del colesterol fue similar a la encontrada en el ENFREC II a nivel nacional (34.8%), es decir que la proporción de personas a quienes no les han realizado esta evaluación es muy alta. Esta brecha fue aún mayor en los hombres y en las personas más jóvenes, pero llama la atención que no se hubieran encontrado diferencias entre afiliados y no afiliados a la seguridad social.

Dentro de aquellos que alguna vez les han medido el colesterol, llama la atención que con relación al tiempo en que se realizaron la última medición, la proporción de quienes se chequearon el colesterol durante el último año (78.2%, IC 95%: 74.9 – 81.1) fue superior a la encontrada a nivel nacional (22.2%) en el ENFREC II.

Es preocupante que cerca del 40% del total de los que han sido diagnosticados con hipercolesterolemia no estén llevando a cabo algún tipo de tratamiento para su control y que los medicamentos sean el principal tratamiento aunque sin diferencias significativas sobre la dieta, el ejercicio y el control de peso. Más importante aún es el hecho de que una tercera parte de los afiliados al sistema de seguridad social que a su vez han sido diagnosticados con hipercolesterolemia no estén llevando a cabo ningún tipo de tratamiento para su control.

Servicios preventivos para las mujeres

La proporción de mujeres a quienes les han practicado un examen clínico de los senos (28.6%) fue similar a la encontrada en el ENFREC II a nivel nacional (25.7%), aunque la proporción de mujeres que se han practicado el examen durante el último año (66.3%) fue mayor que los resultados encontrados en el ENFREC II (42.2%). No sorprende el hecho de que este examen también sea más frecuente entre las mujeres de mayor nivel educativo. Llama la atención que no se hayan encontrado diferencias en la proporción de mujeres que se han realizado este examen en relación con la afiliación al sistema de seguridad social.

Afortunadamente el motivo más frecuente que indujo el examen clínico de los senos fue el relacionado con una actitud preventiva, es decir, como parte de un chequeo médico, a diferencia de lo encontrado en el ENFREC II en el cual el motivo más frecuente fueron los problemas de salud relacionados con el seno.

La proporción de mujeres mayores de 44 años que se han practicado alguna vez una mamografía (18.1%) fue mayor a la encontrada para las mujeres mayores de 50 años en el ENFREC II a nivel nacional (10.0%); podría pensarse que esto se deba a que este estudio es urbano mientras que el ENFREC II incluyó áreas urbanas y rurales y a que posiblemente se haya incrementado la práctica de la mamografía en el departamento del Vichada. Era de esperarse una mayor proporción de mujeres que se han practicado ese examen en aquellas de mayor nivel educativo. Del total de mujeres que se han practicado la mamografía, la proporción que se ha realizado el examen durante el último año (60.8%) difirió de la encontrada en el ENFREC II a nivel nacional (38.9%).

Aún existe una brecha importante, de alrededor del treinta por ciento de las mujeres, que nunca se han practicado una citología cervico-vaginal. La proporción de mujeres que se han practicado alguna vez la citología fue inferior a los resultados encontrados en el ENFREC II a nivel nacional (80.8%). También llama la atención que no se encontraran diferencias significativas según afiliación al sistema de seguridad social y que entre las mujeres que han sido evaluadas en el último año la mayor proporción sean mujeres menores de 45 años de edad.

Afortunadamente y al igual que lo encontrado en el ENFREC II el motivo más frecuente por el cual se realizaron la citología cervico-vaginal fue el relacionado con una actitud preventiva, es decir como parte de un chequeo médico.

Recomendaciones

-
1. Desarrollar periódicamente el estudio sobre los factores de riesgo del comportamiento asociados con enfermedades crónicas no transmisibles, con el fin de realizar seguimiento a esta problemática, evaluar el resultado de las intervenciones y contribuir a orientar las políticas y acciones en salud pública que permitan promover la salud, prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles en el Departamento del Vichada.
 2. Este estudio puede ser utilizado como línea de base para el seguimiento dentro de un sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento del Vichada, con el fin de monitorear los factores de riesgo, orientar y evaluar las políticas y las medidas de intervención sobre esta prioridad en salud pública.
 3. Se requiere continuar ampliando la cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en el departamento del Vichada debido a que más de una cuarta parte de la población aún no está afiliada al sistema.
 4. En la planificación de los servicios de salud tener en cuenta los hallazgos en cuanto a las diferencias encontrados de una mayor demanda de servicios por parte de las mujeres y que el volumen de la demanda es similar entre afiliados y no afiliados al sistema de seguridad social.
 5. Teniendo en cuenta la alta proporción de personas que perciben que su estado de salud no es bueno y que además no se encontraron diferencias en la percepción del estado de salud entre los afiliados y los no afiliados al sistema de seguridad social en salud, conviene revisar el tipo y calidad de los servicios prestados, el acceso y la utilización de los mismos, así como los servicios de promoción de la salud, para mejorar tanto el nivel de salud de la población como la percepción de los afiliados con respecto a la misma, focalizando principalmente en las mujeres y en las personas con menor grado de escolaridad y más vulnerables.
 6. Es necesario realizar un esfuerzo integral con la participación de los diferentes sectores y actores sociales para lograr disminuir la prevalencia de tabaquismo y de fumadores actuales en el departamento del Vichada, teniendo en cuenta que en comparación con el Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II de 1998 no ha disminuido la prevalencia de este que es el principal factor de riesgo para múltiples enfermedades crónicas.
 7. Para orientar las intervenciones sobre el hábito de fumar se recomienda tener en cuenta que es mayor la proporción de fumadores en los hombres y que no se encontraron diferencias según grupos de edad, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de seguridad social, ni por nivel de escolaridad. La estrategia debe orientarse principalmente hacia prevenir la adquisición de este hábito por parte de los jóvenes de ambos sexos, puesto que está demostrado que una vez que un joven cae en el vicio es muy difícil sacarlo de este, quedando prácticamente reclutado de por vida en la mayoría de los casos. Esto lo saben muy bien las compañías tabacaleras y por eso su mercado objetivo desde el punto de vista publicitario son los jóvenes, razón por la cual se requieren campañas para prevenir la adicción orientadas principalmente hacia los jóvenes, lo cual se corrobora con el hallazgo de que la edad de inicio está en los 18 años.
 8. Aún cuando existe una oportunidad buena de intervención sobre este hábito puesto que más de dos terceras partes de los fumadores quisieran dejar de fumar y la mayoría de los encuestados que alguna vez han fumado reconocen que el cigarrillo es nocivo para la salud; también se requiere capacitar a los profesionales de la salud para que aconsejen a la población sobre como prevenir y dejar de fumar, debido a que se encontró que un bajo porcentaje de profesionales de la salud aconsejan en este sentido a la población, pero además se requiere entrenamiento a los profesionales de la salud sobre las técnicas de cesación del hábito de fumar.
 9. Con respecto a los factores de la dieta y debido a la alta proporción de personas que agregan sal adicional a los alimentos después de preparados, se requieren medidas de intervención teniendo en cuenta que la población más joven es la que sufre en mayor proporción de este hábito nocivo, además de revisar e incentivar los programas de aconsejamiento sobre evitar este

hábito teniendo en cuenta el hallazgo de que es mayor este factor de riesgo en la población afiliada a la seguridad social y en los estratos socioeconómicos altos.

10. Se requiere promocionar el consumo de frutas y verduras, así como facilitar el acceso a estos alimentos, principalmente de las personas de los estratos socioeconómicos más bajos y de menor nivel de escolaridad, teniendo en cuenta también que la proporción de quienes consumen frutas y verduras es menor en las personas mayores y de género masculino. Orientar hacia el consumo de aceites vegetales en lugar de grasas saturadas y desestimular el consumo de alimentos con alto contenido de colesterol.

11. Los programas de promoción de la actividad física, con el fin de mejorar el nivel de salud de la población y prevenir enfermedades crónicas deberán tener en cuenta que las mujeres y las personas mayores de 45 años son quienes presentan niveles más elevados de sedentarismo. Además se requiere capacitar a los profesionales de la salud sobre el tema, para que aconsejen a la población sobre la práctica de actividad física y conozcan la forma adecuada de realizar esta orientación.

12. Con el propósito de disminuir y prevenir el consumo de alcohol se requiere desarrollar programas de prevención teniendo en cuenta que este consumo es más frecuente en los jóvenes, en los hombres y en las personas con mayor nivel educativo. Además deberá tenerse en cuenta que el consumo de alcohol es alto y que un diez por ciento de los bebedores admitieron conducir vehículos después de haber tomado más de un trago, más aún en los hombres, en los menores de 45 años y las personas de estrato socioeconómico más alto, así como que la mayoría de los bebedores no saben a donde acudir para recibir asesoría o ayuda con el fin de dejar de beber.

13. Desarrollar programas para el control del sobrepeso y la obesidad, en coordinación con los programas sobre hábitos alimentarios saludables y ejercicio, teniendo en cuenta que la proporción de personas que más sufren de sobrepeso y obesidad son las mujeres y los adultos mayores. Reforzar las acciones de los servicios sobre el control del peso, considerando la baja proporción de personas que conocen sobre sitios de ayuda para bajar de peso y que no se encontraron diferencias entre afiliados y no afiliados a la seguridad social. También se deberá tener en cuenta el hecho de que los hombres están menos involucrados que las mujeres en los programas para bajar o perder peso.

14. Implementar programas de prevención y control de la hipertensión arterial considerando la alta prevalencia de la misma, el alto porcentaje de la población que no han sido nunca evaluada y el bajo porcentaje de hipertensos que están llevando a cabo algún tipo de tratamiento para su control. Es necesario reforzar las acciones de control por parte de los servicios para garantizar el seguimiento de todos los pacientes, dada la alta proporción de afiliados a la seguridad social que no están llevando a cabo ningún tipo de tratamiento. Además se requiere revisar la orientación del tratamiento, considerando que se encontró con más frecuencia el tratamiento con medicamentos y menor con dieta, ejercicio y control del peso. Para las acciones de prevención tener en cuenta que los adultos mayores sufren con más frecuencia la enfermedad, aunque los adultos jóvenes con menor frecuencia se miden la presión arterial, así como el hecho de que la frecuencia de medición de la tensión arterial en el último año no haya sido mayor en los afiliados a la seguridad social como se esperaba.

15. Se requiere incrementar los programas de detección precoz de la diabetes mellitus considerando la alta proporción de personas que no han accedido a la medición de la glucemia, focalizando las acciones principalmente sobre las personas de menor nivel de escolaridad y los adultos jóvenes sin descuidar a los demás grupos. Dado que no se encontraron diferencias significativas entre afiliados y no afiliados a la seguridad social con respecto a la medición de la glucemia, la baja proporción de personas afiliadas a la seguridad social que les han medido alguna vez la glucemia y el alto porcentaje de enfermos afiliados al sistema que no están

llevando a cabo ningún tipo de tratamiento para su control, es indispensable lograr el compromiso de los servicios con las acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

16. Desarrollar los programas de detección temprana de la hipercolesterolemia teniendo en cuenta que la proporción de personas que han accedido a la evaluación del colesterol es mas baja en las personas más jóvenes y en los hombres, pero al mismo tiempo se requiere comprometer a los servicios, debido a que no se encontraron diferencias entre afiliados y no afiliados a la seguridad social en cuanto a la proporción de personas a quienes se les ha medido el colesterol. Implementar los programas de control de la hipercolesterolemia, teniendo en cuenta que quienes presentan en mayor proporción este factor de riesgo son los adultos mayores y las mujeres; igualmente se requiere comprometer a los servicios en el control del problema teniendo en cuenta que una muy baja proporción de los afiliados al sistema de seguridad social que han sido diagnosticados con hipercolesterolemia están llevando a cabo algún tipo de tratamiento.

17. Se requiere implementar programas de detección precoz del cáncer de seno incrementando la práctica del examen clínico de los senos y la mamografía debido a la baja proporción de mujeres que han sido examinadas. De acuerdo con los resultados encontrados, es necesario orientar las acciones focalizando sobre las mujeres de menor nivel educativo y además comprometer a los servicios para realizar los exámenes de detección precoz, teniendo en cuenta que no se encontraron diferencias entre afiliadas y no afiliadas al sistema de seguridad social y aún entre las afiliadas la proporción de mujeres evaluadas es muy baja.

18. Teniendo en cuenta que el cáncer de cuello uterino es un evento prevenible a través de las pruebas de detección precoz y que existe una gran brecha de alrededor del treinta por ciento de mujeres que nunca han recibido este servicio, se requiere intensificar los programas de citología cervico-vaginal orientando las acciones de acuerdo con los resultados encontrados principalmente hacia las mujeres mayores de 45 años. Así mismo es necesario exigir y comprometer a los aseguradores y prestadores en este programa teniendo en cuenta que contrario a lo esperado no se encontraron diferencias entre las afiliadas y las no afiliadas al sistema de seguridad social.

Agradecimientos

Por el apoyo logístico y operativo, a la Secretaría Departamental de Salud del Departamento del Vichada, Dr. Nelson González Maragua y Dra. Teodolinda Palacio.

A Sandra Parra enfermera profesional que apoyó el trabajo de campo, la capacitación y supervisión de los encuestadores, así como al personal de encuestadores.

Referencias

Baena J, et al. Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Rev Esp Salud Publica 2002; 76: 7-15.

Banegas j, Rodríguez F, Graciani A. Interacción de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 1-5.

Barrera J, et al. Encuesta de factores de riesgo para enfermedades crónicas y lesiones en el Departamento de Caldas, Colombia, diciembre de 1997. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2000.

Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. Surveillance of risk factors for noncommunicable diseases: The WHO STEPwise approach. Summary. Geneva: WHO; 2001.

Brownson R, Remington P, Davis J. Chronic Disease Epidemiology and Control. American Public Health Association. ISBN 0-87553-237-3. Washington, D.C. 1998.

Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System BRFSS. Atlanta: CDC;2003.

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The Burden of Chronic Diseases and Their Risk Factors. Atlanta: CDC; 2002.

González M, et al. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, Valledupar, Colombia, diciembre de 2003. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2004; 9 (4):49-60; 9(5):65-76; 9(6):81-88.

González M. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, San Juan de Pasto, Colombia, Junio de 2004. Ministerio de Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C.; 2004.

González M. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Colombia, de 1990 a 2001. Ministerio de Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C.; 2004.

González M. Mortalidad por enfermedades crónicas en Colombia, de 1990 a 2001. Ministerio de Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Bogotá D.C.; 2004.

González M, De la Hoz F. Mortalidad por enfermedades crónicas en Colombia durante el período de 1990 a 1999. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2002; 7 (14): 209-31.

González M. Principales causas de mortalidad por cáncer en Colombia. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2003; 8 (3): 41-52.

Litvak J, Ruiz L, Restrepo H, McAlister A. The growing noncommunicable disease burden, a challenge for the countries of the Americas. *PAHO Bull* 1987; 21:156-71.

Ministerio de Salud, Centro Nacional de Consultoría. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II. ISBN 8011-58-2. Bogotá. 1999.

Ministerio de Salud. La Carga de la Enfermedad en Colombia. Bogotá. 1994.

Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud: 1986-1989. ISBN 958-13-0053-8. Bogotá. 1991.

Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. La Salud de los Colombianos. Diagnóstico Integral de Salud. ISBN 958-13-0024-4. Bogotá. 1988.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Herramienta para Vigilancia de ENTs: Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. 26a Conferencia Sanitaria Panamericana. La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas. CSP26/15. Washington, D.C.: OPS/OMS; 23 al 27 de septiembre de 2002.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. 130a Sesión del Comité Ejecutivo. La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas. CE130/17. Washington, D.C.: OPS/OMS; 24 al 28 de junio de 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de salud en las Américas. Volumen I. Publicación científica No.549. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1994.

World Health Organization. Fifty-third World Health Assembly. Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Report by the Director-General. Geneva: WHO; 22 March, 2002.

World Health Organization. The world health report. Reducing risk, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.