

**USO DE SERVICIOS DE SALUD EN LA COMUNA 12 DE BUENAVENTURA:
ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA EN UN PERIODO DE 1995 Y SUS
FACTORES DETERMINANTES**

POR: MARIA PATRICIA SANCHEZ G
Trabajo realizado como requisito
parcial para optar el título de Magister
en Epidemiología

**DIRECTOR: Dr. GABRIEL
CARRASQUILLA Profesor Asociado**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA**

Santiago de Cali, septiembre de 1997

INTRODUCCION

El método epidemiológico aplicado a la investigación sobre los servicios de salud está orientado a la identificación de áreas críticas en el proceso de prestación de la atención, ya sean éstas de tipo administrativo ó técnico asistencial'.

La nueva legislación modifica el sistema general de seguridad social y refuerza, entre otras, la capacidad del individuo de escoger libremente las instituciones de afiliación en salud. Paralelamente la responsabilidad de administrar los recursos para la salud es descentralizada al nivel municipal.

En éste orden de ideas cobra particular importancia para el nivel local el disponer de datos sobre su realidad para planear la prestación de los servicios públicos.

El presente estudio, enmarcado en éste contexto, aborda el indicador uso de servicios de salud con el propósito de describir las factores sociales, económicos y demográficos que determinan en el individuo la decisión de acudir a ellos en caso de enfermedad.

Esta investigación hace parte de un proyecto formulado por el Instituto de Salud del Pacífico (INSALPA) dirigido a controlar la malaria en un área urbana de Buenaventura con base en la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria y el fortalecimiento de todos sus componentes.

Considerando todas las posibilidades frente a la concepción del uso de servicios, en el estudio se delimitó el término al acto espontáneo por el cual un individuo solicita atención sanitaria a una persona ó entidad oferente de servicios de salud.

De manera particular, y atendiendo a las características epidemiológicas del área en estudio, se hizo especial énfasis en los determinantes de uso de servicios de salud ante un diagnóstico presuntivo ó confirmado de malaria.

Se realizó un estudio de prevalencia empleando un cuestionario que fué aplicado una muestra de mujeres en todos los grupos étnicos y los hombres en edad económicamente dependiente habitantes de la comuna 12.

Los resultados pretenden servir a la comprensión del fenómeno de uso de servicios formales de salud en un área del país donde práctica de la medicina popular para la solución de problemas sanitarios reporta una alta ocurrencias.

El uso de servicios de salud se analiza a la luz de las características demográficas del individuo, su percepción de los eventos de salud y enfermedad, sus experiencias previas y su capacidad real de resolver éste tipo de problemas. Pero el análisis debe contemplar también las condiciones de acceso a los servicios de salud locales.

Finalmente, dentro del enfoque de atención primaria, el objetivo de control de la malaria debe considerar una mirada a la prestación de servicios de salud, sean éstos formales ó informales. Un análisis específico en este sentido es contemplado en el presente estudio.

Los resultados de ésta investigación se suman a los demás conocimientos producidos por el Proyecto en los campos de la epidemiología, de la entomología' y de la investigación social", para implementar la estrategia de atención primaria en el control integrado de malaria en el área urbana de Buenaventura.

JUSTIFICACIÓN

La planeación de los servicios de salud tanto a nivel local como regional se realiza con base en la información disponible sobre morbilidad y mortalidad. Esta se aproxima de alguna manera a la caracterización del estado de salud de la población en una unidad territorial dada.

El perfil de morbilidad para toda la población es obtenido a partir de los registros de consulta a los servicios estatales de atención en salud, es decir, esta directamente relacionado con los individuos que hacen uso de los servicios de salud pública.

No obstante, existen tres grupos poblacionales que no están necesariamente representados por quienes logran establecer contacto efectivo con los servicios de salud: aquellos que demandan servicios y no logran ser atendidos, aquellos que usan otros proveedores de atención en salud (vgr. Médicos particulares y proveedores de medicinas populares y/o alternativas), y aquellos que aun percibiendo alteraciones en su estado de salud no demandan atención".

Se desconoce entonces si los perfiles de morbilidad, la condición social y económica, los factores demográficos y la percepción de salud y enfermedad que caracteriza a la población de usuarios de servicios de salud pública son similares a los de la población que por diversas circunstancias no hace uso de los mismos. Es posible que quienes usan los servicios no son precisamente quienes mas los necesitan; y quienes en verdad los necesitan, es posible que no estén haciendo uso de ellos.

El Estudio Nacional de Salud - Colombia 1977-1980 reporta que durante el periodo de estudio el 33.8% de los entrevistados se sintió enfermo, pero de estos solo el 24.4% sintió necesidad de consultar.

¿Que determina entonces la decisión de consultar un proveedor de servicios de salud cuando se padece alguna molestia? Que características sociodemográficas distinguen la población que usa los servicios de salud? ¿Que factores influyen para elegir uno u otro tipo de proveedor, sea este medico o no medico, particular o estatal?

En relación con la ocurrencia de malaria, cuyo comportamiento es endémico en el municipio de Buenaventura, cabe resaltar que la comuna 12 aporta el 40% de los casos de enfermedad reportados en el área urbana. Además de los servicios de salud publica, la comuna 12 dispone de una red de microscopistas entrenados para diagnosticar y brindar tratamiento antimalarico a los pacientes en su área de influencia; los microscopistas han sido entrenados por el equipo técnico de INSALPA y el seguimiento de ellos constituye una actividad usual del instituto. Bien vale tener un conocimiento mas detallado sobre el comportamiento especifico de la población ante situaciones presuntivas y/o confirmadas de malaria, y los factores que se asocian a la toma de decisiones para el manejo de la enfermedad.

Investigar sobre estos interrogantes fundamentándose en métodos de la epidemiología provee información valida y confiable, necesaria para orientar los procesos de planeación y organización de los servicios de salud en función de sus "clientes" potenciales.

El propósito del presente estudio es contribuir a la solución de las preguntas antes mencionadas entre los habitantes de la comuna 12 de Buenaventura, un área

urbano-marginal del municipio cuya población se encuentra en franco incremento durante los últimos años.

Los resultados serán útiles, no solo a los proveedores estatales de atención (centro, puestos de salud) sino también a la cada vez mayor, franja de oferentes no estatales.

En el contexto de la reforma del sector salud, que estimula, entre otras, la eficiencia y competitividad de los servicios asistenciales de salud y habilita al usuario para escoger aquellos que respondan a sus expectativas, la información generada por esta investigación constituye un marco de referencia sobre un segmento importante de la población de la comuna con mayor cantidad de habitantes en Buenaventura.

MARCO TEORICO

Modelo Conceptual

El uso de servicios de salud es un resultado operacional de la interacción entre la población a atender y el sistema de prestación de servicios.

Este concepto general, a su vez, es manejado bajo dos enfoques diferentes: extensión de uso e intensidad de uso.

La extensión de uso corresponde a la proporción de la población que usa un servicio de salud en un área y un periodo de tiempo determinados. El cálculo de éste indicador es facilitado por la frecuente disponibilidad de información en las instituciones de salud: tanto los registros de atención de primera vez en el año (numerador), como las proyecciones anuales de población para cada división territorial (denominador).

Frecuentemente el término extensión de uso es interpretado de manera similar a la cobertura, la cual se define como la proporción de la población servida con una actividad entre el total de población que requiere esa actividad". Por lo tanto el concepto de cobertura lleva implícita la identificación de necesidades de la población y requiere de mayores esfuerzos para ser calculado. Esta diferencia conceptual convierte el uso y la cobertura en herramientas útiles para diferentes motivos en la aplicación de la epidemiología a los servicios de salud.

Es también común encontrar una equivalencia entre los términos extensión de uso y utilización de servicios. Para el presente estudio es importante aclarar la distinción que de los dos indicadores realiza Hipólito Pabón: la utilización es la

relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o servicio por unidad de tiempo, y por lo tanto es la fracción del recurso disponible que se utiliza realmente¹⁵.

La intensidad de uso es definida como el número promedio de servicios recibidos por los usuarios en un periodo de tiempo, y su obtención depende de los datos sobre el total de usuarios de primera vez en un servicio y el total de actividades realizadas en ese servicio. En general es posible hacer la equivalencia entre este término y el de concentración, cuando de servicios ambulatorios se trata.

Cuando los recursos disponibles permanecen constantes, el incremento en la extensión de uso (llegar a más personas con los servicios existentes), ocasiona una disminución en la intensidad de uso (brindar mayor cantidad de servicios a las mismas personas); también puede ocurrir el efecto contrario: una elevación en la intensidad de uso reduce la extensión de uso. De ahí la importancia de definir cuáles son los objetivos de las agencias prestadoras de servicios de salud cuando éstas carecen de recursos suficientes, situación común en las instituciones del nivel I de atención.

Ahora bien, el funcionamiento de los servicios de salud debería ser descrito como un proceso dinámico de necesidades - demanda - oferta - uso - necesidades, y el conjunto de éste deberá ser estudiado para poder entender sus cambios"; en consecuencia la descripción y análisis del uso de servicios, va más allá del simple cálculo aritmético y origina una revisión de múltiples elementos y circunstancias.

¿Qué determina el uso de servicios de salud? Es un cuestionamiento que ha merecido diversos abordajes, ninguno de los cuales podría ser absolutamente

descartado, y cuya aceptación completa es también relativa, en tanto la respuesta a esta pregunta resulte quizás de una óptima combinación de las alternativas hoy disponibles.

Irving Rosentock" propone un modelo basado en el supuesto de que el uso de los servicios de salud depende de un proceso de toma de decisiones individuales fundamentado en tres condiciones:

- La persona tiene disposición psicológica para tomar medidas respecto a determinada condición de salud. Esta disposición de actuar es definida en función de que la persona se considere susceptible a la condición de que se trata.
- La persona cree que someterse al procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico es factible y apropiado para reducir su susceptibilidad o la gravedad del evento mórbido.
- Se produce una señal que desencadena la acción.

El modelo indica que en la decisión que adopta un individuo de tomar medidas en relación con su salud, intervienen el grado en que está dispuesta a actuar, sus creencias personales y las determinadas por la sociedad sobre la eficacia de medidas alternativas, las barreras psicológicas, las influencias interpersonales y uno o mas estímulos o incidentes críticos que desencadenan una respuesta.

En consecuencia, afirma Rosentock, es necesario incidir sobre la conducta individual frente a alguno o todos estos factores determinantes para modificar el comportamiento de las personas frente al uso de servicios." Ronald Andersen" considera que, además de los elementos de comportamiento y decisión frente a la salud y enfermedad, existen otras circunstancias que determinan el uso de los servicios y establece un modelo que incluye los factores de predisposición (composición familiar, estructura social y creencias frente a la salud), factores de

capacidad (recursos familiares y comunitarios) y factores de necesidad (respuesta ante la enfermedad).

En 1974 Andersen y Aday^{2º} publicaron un modelo mas sofisticado en relación con el uso de servicios de salud, resumido en la figura 1. Con éste modelo se ratifica además la afirmación sobre interdependencia de factores planteada por Morris. Los autores analizaron su esquema: El sistema de prestación es definido como la forma de orientar la prestación para la potencial atención a los consumidores; por tanto su unidad de análisis, mas que el individuo, son los recursos (humanos, materiales, infraestructurales) y la organización (forma como se coordinan y controlan los procesos para brindar servicios).

FIGURA No. 1

FACTORES ASOCIADOS AL USO DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MODELO EXPANDIDO DE COMPORTAMIENTO DE ADAY Y ANDERSEN

<p>Características sistema de prestación de servicios</p> <p>Recursos Volumen Distribución</p> <p>Organización Ingreso Estructura</p>	<p>Características de Población en Situación de Riesgo</p> <p>Predisposición Mutable Inmutable</p> <p>Capacidad Mutable Inmutable</p> <p>Necesidad Percibida Evaluada</p>
<p>Uso de los servicios de salud</p> <p>Tipo Lugar Motivo Intervalo de tiempo</p>	<p>Satisfacción de las necesidades del consumidor</p> <p>Conveniencia Costo Coordinación Amabilidad Información Calidad</p>

FUENTE:

Las características de la población en situación de riesgo, como habían sido ya presentadas por Andersen, comprende variables como edad, sexo, religión, valores atribuidos a la salud y la enfermedad (predisposición), nivel de ingreso, cobertura de seguros médicos, distribución urbano rural (capacidad) y percepción de enfermedad tanto por el individuo como por los patrones predeterminados por el sistema de salud (necesidad).

En relación con la población, es el individuo y no el sistema, quien se convierte en unidad de análisis.

Con el objeto de modificar la posibilidad de los grupos humanos de tener acceso al sistema de prestación, generalmente las políticas de salud intentan incidir sobre las variables más manipulables: creencias, nivel de ingresos ó cobertura de servicios; en tanto los atributos biológicos que enmarcan predisposición y algunas características poblacionales, como distribución urbano-rural, son empleados para caracterizar los diversos grupos de población.

El uso de servicios de salud puede caracterizarse según el tipo, es decir, la clase de servicio y el agente de salud que lo provee; según el lugar donde se presta, ya sea consultorio, hospital, servicio ambulatorio; según el tipo de la visita, que puede ser como respuesta a una necesidad de prevención, tratamiento ó atención personal en un ámbito no médico; y finalmente puede caracterizarse el uso según el intervalo de tiempo comprendido para una visita: quiénes, cuántos y con qué frecuencia ingresaron al sistema y quiénes no lo hicieron.

El efecto de los distintos determinantes de la utilización puede variar según el tipo, lugar, motivo o intervalo de tiempo analizados.

Los sistemas de prestación pueden afectar directamente los modelos de uso y satisfacción de los consumidores si se incide sobre su estructura misma sin que sean necesariamente alterados por las características de los usuarios potenciales. A su vez las características de la población pueden afectar el uso y satisfacción de los consumidores, independiente de las propiedades del sistema; éstas son las

relaciones citadas con más frecuencia en las investigaciones sobre uso de servicios de salud por parte de una población de posibles consumidores.

Formulación del problema

Los determinantes de uso de servicios de salud han sido tema de interés entre diversos autores; la mayoría de ellos se han apoyado en el Modelo de Comportamiento de Andersen para orientar sus investigaciones.

Utilizando un diseño de casos y controles, Jensen y colaboradores²¹ analizaron la relación entre factores de riesgo como predictores de uso de servicios y/o la presencia de signos de enfermedad en niños. Los sujetos de estudio fueron pareados por sexo, edad y estado socioeconómico. El tamaño de la familia, así como el estado civil y condiciones de salud mental de los padres fueron predictoras tanto de la presencia de síntomas de enfermedad como del uso de servicios (27%); sin embargo un 13% adicional de la varianza en el uso de servicios fué explicada por historia familiar de divorcio y niveles de stress intrafamiliar. Los hallazgos de que los predictores de enfermedad en los niños son diferentes de los predictores de uso de servicios sugieren la necesidad de involucrar variables psicológicas en el modelo de determinantes de uso de servicios.

Riley y colaboradores exploraron los factores psicosociales que determinan el uso de servicios de salud entre niños de 5 a 11 años inscritos en un programa de mantenimiento de la salud, de quienes se obtuvo información sobre visitas domiciliarias realizadas a 450 sujetos en un período retrospectivo de dos años. Dada las condiciones de pertenencia de todas las familias al mismo sistema de atención prepagada, no se encontraron diferencias significantes entre los factores de capacidad modelados por Andersen. Sin embargo las variables de

caracterización psicosocial de la familia tales como patrones de cuidados de la salud establecidos por la madre y presencia de conflictos intrafamiliares aportaron al modelo explicativo una varianza de 33%, cifra mayor a la obtenida por modelos menos completos en estudios anteriores. De otro lado, la presencia de depresión en los niños o de familias "no blancas" fue un predictor relacionado con el bajo uso de servicios de salud.

Empleando nuevamente el modelo de comportamiento de Andersen para determinar la relación entre morbilidad infantil y uso de servicios de salud en seis países de Africa Sub-Sahariana, Foss GB23, reportó que a pesar de la alta prevalencia de enfermedades de la infancia, entre 23 y 68% de los niños no establecían contacto con los servicios de salud, y que los principales factores diferenciales de uso de servicios incluían la edad y nivel educativo de la madre, los recursos familiares, la residencia en áreas rurales y el numero de episodios de enfermedad reportados.

El uso de servicios de salud también ha sido estudiado entre adultos mayores y ancianos; incluyendo la existencia de una red social de soporte al individuo, no ha sido posible obtener resultados consistentes, excepto al determinar los patrones de uso de servicios en una cohorte de ancianos inscritos en programas de servicios médicos en British Columbia, donde los hallazgos sugieren diferencias en el uso según el sexo.

Otros estudios han abordado el asunto del uso de servicios de salud y sus determinantes, no desde la óptica individual, sino asumiendo a la familia como sujeto de análisis frente a los servicios. Johnsen y colaboradores describieron el comportamiento de las familias con niños escandinavos frente a los contactos con el médico general y la influencia de las características de la familia en el uso de los

servicios de salud. Reportó entonces que los datos demográficos de la familia, la edad o el número de niños no tienen gran significancia frente al número de contactos. En cambio resaltaron como factores importantes la prevalencia de enfermedades crónicas, estabilidad psicológica de los padres y ocurrencia de cambios en la composición de la familia.

Poland y colaboradores analizaron, con un modelo logístico, en qué medida el ambiente del hogar, las características personales y la accesibilidad influyen en el uso de los servicios de salud en la India. Efectivamente, el ambiente sociogeográfico, demográfico, los comportamientos frente a la salud y la movilidad geográfica de la familia emergen como contribuyentes al fenómeno de uso de los servicios.

En Colombia, se realizó entre 1965-1966 la Investigación Nacional de Morbilidad (INM) y en 1977-1980 el Estudio Nacional de Salud (ENS), cuyos objetivos y metodología guardaron similitud con el anterior para garantizar la comparabilidad de ambos estudios en lo que a características de la demanda y uso de servicios se refiere. La información obtenida con el E.N.S. describe las características de las personas (edad, sexo, estado civil, actividad, ocupación, educación, afiliación a sistemas de seguridad social, migración); aspectos que intervienen en la demanda de servicios (percepción de enfermedad, necesidad de consultar e incapacidad); características de la demanda efectiva (consulta, atención hospitalaria, demanda insatisfecha, atención obstétrica); características de los hogares (accesibilidad a servicios de salud, ingreso económico familiar y condiciones de la vivienda).

Posteriormente los investigadores realizaron un análisis causal empleando regresiones múltiples y path análisis para establecer los determinantes de uso de servicios ambulatorios de salud. En el estudio la "consulta general" como variable

dependiente es explicada por el acceso geográfico a los servicios, el nivel de educación secundaria y el sentirse enfermo; en tanto la variable "consulta al medico" es explicada por la educación promedio, el acceso geográfico y la incapacidad en cama. Sin embargo la validez del análisis causal en esta investigación ha sido cuestionada dado que empleó para el análisis multivariado datos obtenidos de clusters (submuestras de varias ciudades colombianas), lo cual reduce la variabilidad de los datos y ofrece resultados sesgados. En razón a lo anterior, la variación en las variables dependientes, explicadas por los modelos propuestos es superior al 60% ($R^2 = 0.61, 0.64$), datos excesivamente altos si se comparan con los reportados en estudios similares realizados en otros países. Adicionalmente los investigadores no contemplaron en los modelos propuestos, variables tradicionalmente asociadas al uso de servicios de salud, tales como edad, género, afiliación a servicios de salud y empleo.

Es difícil obtener resultados concluyentes al revisar la literatura disponible, pues la comparabilidad de los estudios esta limitada por:

- La diversidad de objetivos con que fueron concebidos y los abordajes metodológicos asumidos en cada caso (análisis estadísticos vs. estudios cualitativos de actitud y comportamiento).
- Las diferencias de las poblaciones en estudio, que ha variado en tiempo (algunos años), lugar (diversas regiones) y persona (desde análisis para individuos de cierto grupo etareo, hasta la dimensión de la familia como unidad de análisis).
- Las fuentes y métodos para recolección de información varían entre los estudios; igual ocurre con el tipo de servicio objeto de estudio (preventivos unos, y curativos otros).

Existen adicionalmente dos elementos que es necesario considerar: De una parte, la reforma al sistema de seguridad social en Colombia, que rige desde 1993, garantiza la atención subsidiada en salud a la población de bajos ingresos y

habilita a todos los usuarios para seleccionar el proveedor de servicios que considere mas conveniente al momento de requerir atención medica.

De otro lado, el proceso de descentralización del Estado confiere a los municipios la responsabilidad sobre la atención sanitaria en el nivel local²⁹. Estas 2 circunstancias ratifican la importancia de realizar estudios que, en el nivel local, orientes las acciones del sector salud.

El estado del arte frente al uso de los servicios de salud y sus factores asociados evidencia la necesidad de realizar investigaciones locales sobre el tema, que contribuyan a una mejor planeación de los servicios sobre la base de herramientas que, como ésta, pueden arrojar información relevante tanto de la población como de las agencias de salud en Buenaventura.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los factores sociales, demográficos y económicos asociados con el uso de proveedores de salud en caso de enfermedad sentida en general, y de malaria en particular, entre los habitantes de la comuna 12 de Buenaventura durante los meses de abril a julio de 1995.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la prevalencia de uso de servicios de salud en las mujeres de todas las edades y los hombres en edad económicamente dependiente que residen en la comuna 12.
2. Identificar las características de los sujetos en el estudio que determinan el uso de servicios ofrecidos por diversos proveedores.
3. Definir los factores asociados al uso, específicamente en casos presuntivos o confirmados de malaria durante el último año.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de prevalencia en el que se reúnen los factores demográficos, sociales, perceptuales y económicos para caracterizar el uso de servicios de salud en caso de enfermedad sentida y/o malaria dentro de la comuna 12 de Buenaventura.

Población objetivo y descripción del área

El estudio esta dirigido a la población de mujeres en todos los grupos etareos y los hombres económicamente dependientes (menos de 15 años y mas de 64 años) residentes en la comuna 12.

Se decidió excluir del estudio los hombres en edad económicamente productiva considerando que el énfasis de atención en los servicios de salud es dado al binomio materno-infantil y a la población de la tercera edad. Para estos individuos se ofrecen numerosas actividades asistenciales de tipo preventivo y curativo; por lo tanto se asumió que la frecuencia de uso seria mayor, dada la disponibilidad de una mayor oferta de servicios para ellos.

Existió además un criterio de conveniencia para la selección de la población en estudio, dado que la recolección de información se dificulta en el grupo de hombres trabajadores porque su actividad laboral generalmente los mantenía fuera de las viviendas durante el horario de aplicación de la encuesta.

Para delimitar la comuna se tomaron los bordes establecidos por la Alcaldía Municipal en su división territorial del área urbana en doce comunas. La comuna 12 es la más periurbana de Buenaventura; esta ubicada en el sector continental y sus barrios se disponen de manera irregular a lado y lado de las dos carreteras que conducen a Cali. Ver figura 2.

Según el Plan de Desarrollo de Buenaventura la comuna 12 contaba en 1995 con 20.536 habitantes (Proyecciones basadas en Censo DANE de 1985). No obstante, es posible que la población total sea más alta si se tiene en cuenta que esta es una de las áreas hacia donde más se ha desplazado un proceso de urbanización no planificado en el municipio.

De acuerdo con la información del DANE esta comuna tiene una elevada proporción de necesidades básicas insatisfechas: 45 a 55% de los hogares (NBI general para Buenaventura es 33.5% y para Cali 21.7%). Alrededor de un 20% de los habitantes de esta comuna viven en miseria extrema (10.9% para Buenaventura).

Una encuesta sanitaria adelantada por la Unidad Ejecutora de Saneamiento en Buenaventura en 1991 mostró que el 89.7% de las viviendas de la comuna contaba con suministro de agua, un 15.6% disponía de alcantarillado y en menos de 1% había servicios de recolección de basuras.

De otra parte, la mayoría de sus calles no están pavimentadas. Su terreno es quebrado y posee un buen número de lotes sin construcción, donde abunda la vegetación tropical. Varias quebradas atraviesan la comuna, algunas de ellas con

altos grados de contaminación por los desechos líquidos y sólidos de los habitantes.

La comuna cuenta con un Núcleo de Atención Primaria en Salud conformado por el centro de salud Matia Mulumba que brinda atención 24 horas y puestos de salud en los barrios Nueva Granada y La Unión.

Un estudio descriptivo realizado por Wiest et al en 1995 evidencio que en la comuna 12 existe además, una numerosa gama de proveedores populares de servicios de salud, que reúne 35 curanderos, 34 parteras, 14 sobanderos, 3 espiritistas y 2 farmaceutas que atienden igual numero de droguerías.

Tamaño de muestra

La unidad de análisis para el presente estudio es el individuo.

Los datos sobre prevalencia de uso de servicios de salud en Buenaventura son escasos.

El Estudio Nacional de Salud reporto en 1980 que en Colombia la proporción de individuos enfermos que consultaban era de 24.4%. En 1993 Méndez reporto para la comuna 12 de Buenaventura una prevalencia de uso de 39.8% que variaba en tres sub-zonas geográficas con similar volumen de población. Las proporciones fueron 51.0, 32.3 y 33.3 para las zonas 1, 2 y 3 respectivamente.

Para estimar la prevalencia de uso, asumiendo una proporción poblacional (P) de 40%, a un nivel de significancia (α) de 0.05 y con una precisión absoluta de 4%, el tamaño de muestra necesario (n) es 576. Este cálculo emplea la formula:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 [P(1-P)/d^2]$$

No obstante, el resultado de prevalencia debía permitir encontrar diferencias significantes entre los usuarios y no usuarios de servicios de salud al hacer mediciones comparativas. Una condición aceptable debería encontrar variación de la prevalencia en 15% o menos. Se calculó entonces el tamaño de muestra para evaluar la hipótesis de que dadas dos proporciones poblacionales (P1 y P2) 40% y 25%, P1 es mayor que P2 a un nivel de significancia (α) de 0.05, con un poder (1 - β) del 95%. El tamaño de muestra ascendió a 600 individuos. La ecuación aplicada es:

$$n = (z_{1-\alpha/2})^2 / [2(\arcsin P_2 - \arcsin P_1)^2]$$

Dado que el muestreo seleccionaba familias dentro de la comuna (ver método de muestreo) se tuvo en cuenta que estos conglomerados infringen al estudio una variabilidad explicada por la varianza entre y dentro de ellos, lo que se conoce como efecto de diseño (DEF).

Para resolver el DEF fue necesario ajustar el tamaño de la muestra. La literatura disponible no reporta el comportamiento del DEF para estudios similares a este; por lo tanto el cálculo se realizó aplicando el valor más alto de la constante, es decir, multiplicando por dos.

El tamaño de muestra definitivo fue 1200 individuos de la comuna.

Método de muestreo

El muestreo fue realizado en dos etapas: una primera de muestreo sistemático, y otra de muestreo aleatorio simple.

En la primera etapa se seleccionaron sistemáticamente las viviendas a muestrear. Se tomo como registro de las viviendas de la comuna el listado mensual de ACUAVALLE para lectura de consumos de agua potable. Este listado es el mejor registro de los habitantes de la zona y se estima que alrededor de un 95% de las viviendas están incluidas. Cada vivienda es identificada en este listado con un código que corresponde y puede ser ubicada en un mapa a escala 1:1000.

Un trabajo adicional de actualización de los mapas fue requerido, dado que la información gráfica obtenida había sido colectada en 1985 y el crecimiento de la zona desde entonces ha sido notable; los registros de consumo de cada vivienda, por su parte, se encontraron actualizados casi en su totalidad.

En terreno, una pequeña proporción de viviendas dentro de los barrios fué encontrada sin código en el listado. En éstos casos el muestreo sistemático de las viviendas se ajustó, para incluir una proporción de ellas en la muestra.

Ubicada la vivienda, en la segunda etapa se seleccionaba al azar una persona del grupo familiar. Para ello se hacia un listado de todos los integrantes de la familia, y se procedía con una tabla de números aleatorios a escoger el individuo del estudio, previa exclusión de los hombres en edad económicamente productiva.

Si la persona seleccionada no se encontraba en la vivienda, se hacía una cita para una próxima fecha, en la que se pudiera encontrar. Si la persona no aceptaba participar en el estudio, se procedía con la casa vecina de igual manera.

Instrumentos

Se diseñó una encuesta estructurada para ser aplicada en el domicilio.

La construcción del cuestionario se apoyó en una serie de instrumentos existentes y probados en diversas encuestas de hogar realizadas en Colombia y otros países. Por lo tanto la mayoría de las preguntas formuladas ya han sido probadas y validadas previamente.

Dicha encuesta (ver Anexo 1) tenía los siguientes componentes:

1. Registro de Entrevistas: donde se registraba la fecha y hora de la visita; así se establecía un control de los resultados obtenidos en cada oportunidad.
2. Datos de identificación: para describir la dirección de la vivienda, el barrio y el código de Acuavalle.
3. Selección: en esta parte se consignaban nombre, género, edad, escolaridad y empleo de todos los miembros de la familia. Adicionalmente se señalaba el número aleatorio con el cual se había elegido al individuo a entrevistar.
4. Características generales: a partir de este ítem toda la información recolectada hace referencia al sujeto que ingresa al estudio. Se describía aquí etnia, tiempo de residencia en el barrio, procedencia y ocupación del individuo.

5. Percepción del Estado de Salud: se interrogaba aquí sobre la concepción que cada uno tiene de su propio estado de salud, tipo de molestias de salud padecidas en los últimos dos meses y gravedad de las mismas.

6. Uso de servicios de salud: preguntas relacionadas con las conductas tomadas en caso de haber padecido alguna molestia en el periodo de estudio, si consulto, a quién y por qué, y si no consulto cuales fueron sus motivos. Se indagaba además sobre afiliación a algún proveedor de servicios, preferencias particulares y razones para ello. Finalmente se interrogaba en quien recaía la decisión de consultar o no en caso de enfermedad del sujeto del estudio.

7. Percepción del Centro o Puesto de Salud: interrogantes específicos sobre experiencias vividas al usar los servicios de salud publica disponibles en la comuna; oportunidad, calidad y costos de la atención fueron indagados.

8. Acceso a Servicios de salud: condiciones de accesibilidad geográfica de los puestos y centro de salud de la comuna, de acuerdo con la percepción de los individuos en el estudio.

9. Malaria: grupo específico de preguntas relacionadas con conocimientos y practicas sobre prevención y diagnostico de malaria, medidas tomadas en caso de haber padecido algún episodio de enfermedad en el ultimo año y disponibilidad de medicamentos antimaláricos en casa.

10. Disponibilidad de electrodomésticos: se averiguaba sobre la existencia en la vivienda de algunos equipos de uso cotidiano. La pregunta fue intencionalmente ubicada al final del cuestionario para favorecer un ambiente de mas familiaridad entre el encuestador y el individuo del estudio al momento de formularla, dada su condición de "pregunta comprometedora".

Procedimientos

A la persona seleccionada que aceptaba participar en el estudio se le solicitaba firmar una constancia de consentimiento. Si el sujeto seleccionado era menor de 15 años, el informante era la madre o el adulto responsable del niño, en cuyo caso la firma registrada es la del proxi.

En el caso de la variable escolaridad, se decidió asignar al niño el nivel educativo alcanzado por su madre o cuidador.

La encuesta fue validada previamente en otros barrios de Buenaventura con características socioeconómicas similares. Se hicieron ajustes en relación con la formulación de las preguntas para adecuarlas al contexto local.

Un grupo de 10 encuestadores fue entrenado en el diligenciamiento de la encuesta. La supervisión en terreno fue realizada por el investigador principal. Se realizaba supervisión directa (observación de procedimientos realizados por los encuestadores) e indirecta (revisión diaria de un proporción de formularios aleatoriamente seleccionados).

Una submuestra de cuestionarios en donde los individuos reportaban haber usado los servicios del centro o puestos de salud de la zona en el ultimo bimestre fue confrontada con las correspondientes historias clínicas para verificar la información obtenida.

Procesamiento de datos:

Se construyó una base de datos en Dbase IV, que fue revisada posteriormente para verificar que la digitación no presentara errores.

Se exporto luego la base al programa estadístico STATA 3.1, donde se realizó inicialmente un análisis univariado. Se calcularon los respectivos intervalos de confianza y se practicaron test de normalidad (skewness y kurtosis) a las variables continuas. Seguidamente se realizaron algunas transformaciones de escala a las variables continuas y se evaluó normalidad.

Con el objeto de evaluar la asociación entre cada variable dependiente y las variables independientes, con cada variable respuesta se efectuó un análisis de asociación tipo casos y controles, inicialmente con tablas de contingencia y luego con regresión logística para selección de las variables. Este análisis se llevó a cabo en el grupo poblacional que constituía la muestra total para cada variable.

Se tuvieron en cuenta 4 variables dependientes:

- Enfermedad en el último bimestre
- Consulta a algún proveedor en caso de enfermedad (Consulta general)

RESULTADOS

A. Prevalencia de uso de servicios de salud:

1. Área muestreada

La recolección de la información fué hecha entre los meses de abril y julio de 1995.

La distribución de la muestra según los barrios de cada una de las zonas fue la siguiente:

Tabla 1

Distribución de la muestra según barrios, Comuna 12 - Buenaventura

Zona 1		
BARRIO	FRECUENCIA	%
12 de Octubre	16	
La Unión	16	5.0
El Triunfo - Retén	125	39.3
Nueva Granada	177	55.7
<i>Sub-total</i>	<i>334</i>	<i>100.0</i>
Zona 2		
Matia Mulumba	9	2.5
El Ruiz	36	11.1
Las Palmas	57	17.5
Cabal Pombo	71	21.8
La Libertad	82	25.1
Nueva Frontera	49	15.0
La Campiña	23	7.0
<i>Sub-total</i>	<i>327</i>	<i>100.0</i>
Zona 3		
Rafael Uribe	22	4.1
Caldas	102	18.9
Unión de Vivienda	197	36.5
Alfonso López	136	25.2
El Cambio	43	7.9
Jorge Eliecer Gaitán	39	7.4
<i>Sub-total</i>	<i>539</i>	<i>100.0</i>
TOTAL	1200	

Los tamaños muestrales por barrio son proporcionales al tamaño de los mismos según los listados de ACUAVALLE.

- Consulta a médico en caso de enfermedad (Consulta médica)
- Consulta en caso de malaria

Seguidamente se procedió a realizar con cada variable respuesta regresiones múltiples para la obtención de un modelo estadístico a través del método stepwise de selección de variables.

En cada modelo obtenido se forzó el ingreso de variables como género, edad y escolaridad. Una vez escogido el modelo óptimo para las variables dependientes, se buscó la existencia de interacción entre las variables independientes seleccionadas. En cada modelo se evaluó colinearidad y bondad del ajuste. Los resultados se muestran a continuación.

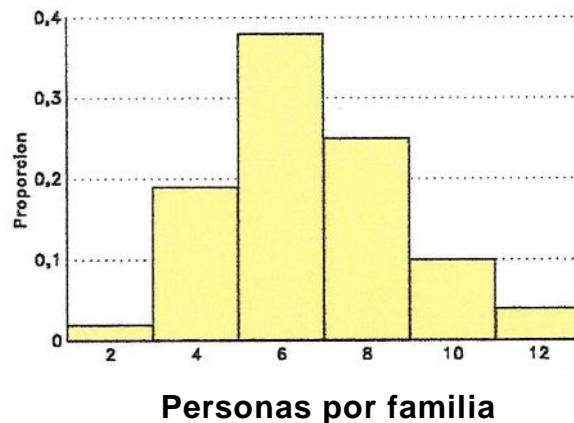
2. Población muestreada

a. Personas por familia

En la muestra total de la comuna, el número de personas por familia tuvo un rango entre 1 y 12, la media fue de 5.3 personas y la mediana fue 5. Del total de la población un promedio de 2 personas por familia fueron ignoradas al momento de seleccionar la muestra, en razón de los criterios de exclusión (hombres en edad económicamente productiva). La distribución de frecuencias se presenta en

histograma (figura 3). En general podemos concluir que se trata de una distribución con mediana menor que el promedio (sesgada a la derecha), no distribuida normalmente.

Figura 3
HISTOGRAMA PERSONAS POR FAMILIA
COMUNA 12, BUENAVENTURA



b. Género

La muestra total de la comuna tuvo un 72.9% de mujeres y un 27.1% de hombres. La desproporción de las poblaciones está explicada por la ausencia de la población masculina económicamente productiva en el estudio. Un análisis discriminado por grupos de edad excluyendo las mujeres entre 15 y 64 años, indica una distribución con 52.6% de mujeres y 47.4% de hombres. La distribución por género de la población de Buenaventura, de acuerdo al censo de 1985 era 51.4% mujeres y 48.6% hombres; las diferencias no fueron significantes (I.G. 95% Porcentaje de mujeres= 48.7 - 56.5; $p=0.3$).

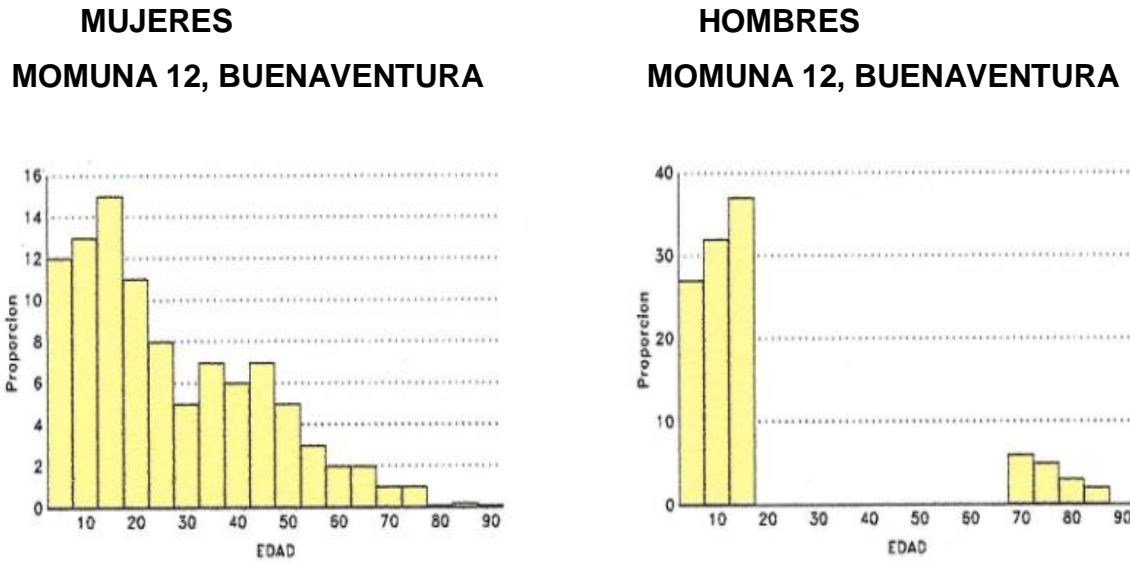
c. Edad

La media de edad para toda la comuna fué de 20.5 años, con un rango entre 0 y 87 años. La distribución de frecuencias por grupos quinquenales para cada genero se representa en histogramas (figura 4) mostrando una distribución desviada a la derecha para las mujeres. Las estadísticas univariadas, para la población

femenina permiten descartar que la distribución sea normal (skewness alrededor de 1.0; kurtosis entre 2 y 3; probabilidad conjugada=0.000).

La población masculina se distribuye en las edades extremas dada la exclusión de los hombres entre 15 y 64 años para el estudio.

Figura 4
Distribución por sexo y edad



c. Etnia

El 65.3% (I.C. 95% 62.5 - 68) de la población se clasificó, por fenotipo predominante, como de raza negra. El resto de la población fué categorizada como 'no negra' y agrupa los individuos mestizos e indígenas incluidos en el estudio.

d. Lugar de nacimiento y procedencia

Casi la totalidad de la población (89.1%) ha nacido en área urbana, ya sea de Buenaventura, resto del Valle, Cauca, Nariño, Chocó ó el 'viejo Caldas'.

Al indagar sobre el ultimo lugar de residencia antes del actual, 91.7% de los individuos proceden de diferentes barrios y veredas dentro del municipio de Buenaventura. Sólo el 8.3% restante ha migrado a la comuna 12 desde otros municipios.

e. Tiempo de permanencia en la comuna

La distribución de ésta variable muestra una marcada desviación a la derecha, con un rango de 0 a 19 años de permanencia en la comuna. La mediana de permanencia se ubicó en 3 años y el promedio en 4.4 años.

No obstante la kurtosis de la distribución fué 3.2 (Pr kurtosis= 0.08), el análisis estadístico de simetría mostró una distribución sesgada a la derecha con skewness 0.99 (Pr skewness 0.000) y una probabilidad conjugada de 0.000.

f. Escolaridad:

La escolaridad medida con el número de años cursados fué determinada en toda la población; para los individuos con edad inferior a los 15 años, se asignó como nivel de escolaridad el máximo grado alcanzado por la madre del menor.

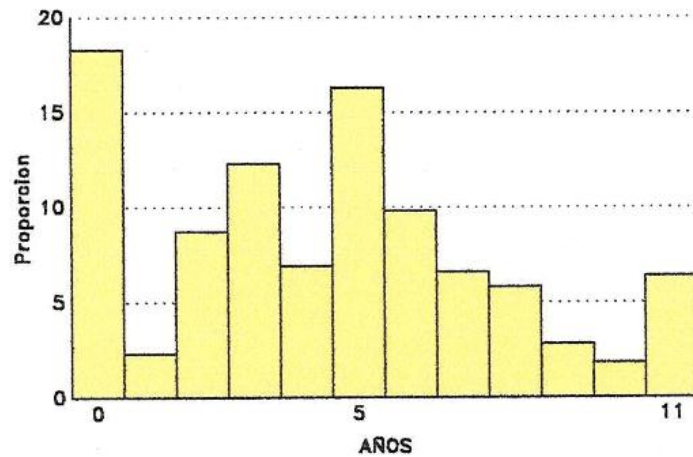
La distribución es asimétrica, con media de 4.4, mediana de 5 y moda de 0 años de escolaridad. Ninguno de los individuos entrevistados accedió a educación superior.

El 18.3% de la población no tenía ningún grado de escolaridad (I.0 95% 16.2 - 20.6); un 48.5% había alcanzado entre 1 y 5 años de educación básica primaria y el resto había estudiado hasta algún nivel de secundaria. La figura 5 indica la distribución de los individuos según sus años de escolaridad.

g. Ocupación

La ocupación más frecuente para la población en edad de trabajar (mayores de 15 años, n= 525) fué dedicación a las actividades del hogar (51.2%). El 11.5% de los entrevistados son estudiantes. El 10.1% de la población refirió estar empleado (contratado), la mayoría con trabajos en el área de servicios generales (aseadores, vigilantes). El 27.2% restante se reporta como 'trabajador independiente', categoría que incluye ocupaciones varias e inestables, que probablemente cubren un desempleo real de proporciones importantes.

Figura 5
HISTOGRAMA DE ESCOLARIDAD
COMUNA 12, BUENAVENTURA



h. Estrato socioeconómico

La dificultad para estratificar la población de Buenaventura por su ubicación geográfica llevo en el presente estudio al empleo de dos indicadores proxí del nivel socioeconómico de los individuos en el estudio:

- El índice de dependencia económica, expresado como la razón de individuos económicamente productivos vs. individuos económicamente dependientes que constituyen una familia y cuyo jefe de hogar tiene escolaridad superior al 2° grado. Se considera como un índice de necesidades básicas insatisfechas cuando la cifra es inferior a 0.3.
- La tenencia de electrodomésticos en el hogar, particularmente nevera y televisor, los cuales reportan una asociación significativa con el índice de dependencia económica.

El 49.3% de la población observa un índice de dependencia económica inferior a 0.3. En relación con los electrodomésticos, 13.2% de los individuos carecen de ambos equipos (I.C. 95% 11.4 - 15.3); 30.2% de ellos poseen al menos uno (I.C.

95% 27.6 -32.9) y el 56.5 restante dispone de nevera y televisor (I.C. 95% 53.5 - 59.3).

3. Otros análisis exploratorios

El anterior análisis exploratorio para cada variable, se realizó adicionalmente discriminando en grupos más pequeños de población correspondientes a cada variable dependiente: enfermedad en el último bimestre, consulta en general, consulta a médico y consulta en caso de malaria. En todos los casos se observó una distribución similar de las variables de población aquí descritas.

4. Percepción del estado de salud

a. Estado general de salud

El 52.8% de los entrevistados manifiestan que su estado de salud, en términos generales es bueno (I.C. 95% 49.9 - 55.6). Los demás autodefinen su salud como regular (40.5%) ó mala (6.6%).

b. Comparación del estado de salud con el de otros expresa que su salud es mejor y una proporción similar se siente peor ó "mas poco saludable" que otras personas.

c. Enfermedad en los últimos dos meses

El 53.3% de los entrevistados refirieron "enfermedad" en el último bimestre. Los problemas descritos por los individuos se registran en la tabla 2.

Tabla 2

TIPO DE MOLESTIA	Frecuencia	
Cefalea	184	28.7
Gastrointestinales	61	9.5
Respiratorios	177	27.7
Gineco-obstétricos	41	6.4
Cardiovasculares	33	5.2
Osteomusculares	62	9.7
Cutáneos	28	4.4
Otros	54	8.4
	640	100.0

Al indagar por su percepción sobre la gravedad de dichos problemas, un 47.5% consideran que su problema de salud fué grave, en tanto el resto lo definen como leve y pasajero.

d. Incapacidad y/ó postración

Entre las personas que manifestaron haber padecido alguna molestia de salud en los últimos dos meses (n=640), el 43.3% tuvo que ausentarse de sus actividades cotidianas (estudio, trabajo, quehaceres domésticos) al menos por un día.

Y 228 de los anteriores individuos (82.3%) debió permanecer en cama al menos un día debido a su "enfermedad".

5. Uso de servicios de salud

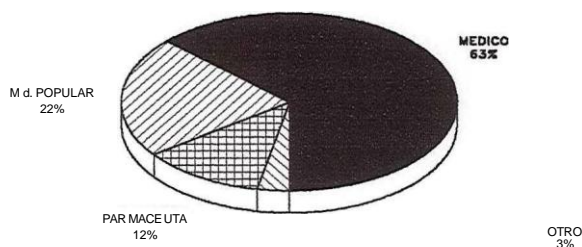
a. Consulta en caso de enfermedad

Las razones que motivaron éstas consultas fueron, en el 16% de los casos porque los individuos suelen consultar siempre que se sienten enfermos. El 84% de los individuos decidieron consultar dado que no mejoraron con remedios caseros y/ó su morbilidad se agravó.

b. Proveedor al que consulta y razones de preferencia

Se interrogó qué tipo de servicio había consultado la persona "enferma" y las razones que habían motivado la consulta a éste, y no otro proveedor de atención en salud. La figura 6 registra los proveedores de salud que fueron consultados por los individuos del estudio:

Figura 6
PROVEEDOR CONSULTADO
COMUNA 12. BUENAVENTURA



Entre los proveedores de la medicina popular que han sido consultados por los entrevistados, se cuentan curanderos (37 casos), parteras (21 casos), yerbateros (8 casos) y sobanderos (5 casos).

En el grupo de "otros proveedores" se incluyen consultas a voluntarios de salud, microscopistas y auxiliares del Programa de Enfermedades Tropicales (PET), antes denominado SEM.

El sitio de consulta y la principal razón de preferencia de cada uno de los sitios se clasificaron así:

Tabla 3
Sitio de consulta durante el episodio de enfermedad
Comuna 12, Buenaventura

SITIO DE CONSULTA	PROPORCION DE
Medicina Popular	24.5
Hospital Departamental	22.0
Puesto de Salud	21.1
Consultorio Particular	13.0
Farmacia	11.1
Medicina Pre-pagada	7.4
PET	0.9

Al discriminar las razones de preferencia para cada sitio de consulta se encuentra:

Tabla 4
Principal razón de preferencia para cada proveedor durante el episodio de
enfermedad
Comuna 12, Buenaventura

SITIO DE CONSULTA	Ia. RAZON DE	N
Medicina Popular	Calidad en el servicio	43 /79
Hospital Departamental	Calidad en el servicio	40 /71
Puesto de Salud	Accesibilidad económica	40 /68
Consultorio Particular	Tradicición	17 /42
Farmacia	Accesibilidad Geográfica	11 /36
Medicina Pre-pagada	Afiliación	24 /24
PET	Tipo de consulta	2 /3

Sin discriminar por el sitio de consulta, las razones de preferencia se ordenan así:

Tabla 5
Razones de preferencia para sitio de consulta durante el episodio de
enfermedad

Comuna 12, Buenaventura

RAZON DE PREFERENCIA	PROPORCION %
Calidad en el servicio	39.9
Tradición	17.6
Accesibilidad económica	14.6
Accesibilidad geográfica	12.4
Afiliación	9.3
Tipo de servicio	6.2

c. Razones para no consultar al puesto de salud

Del total de personas que consultaron en caso de "enfermedad" durante los últimos dos meses, 78.6% (254/323) lo hizo a un lugar diferente de los puestos y centro de salud localizado en la comuna 12.

Las razones para no recurrir a los servicios de salud pública locales incluyen falta de credibilidad en la calidad de atención de los dispensarios (64.5%), la accesibilidad económica (22%) y el no encontrar en dichas instituciones el tipo de servicio requerido en caso de algunos problemas de salud (12.5%).

d. Razones para no consultar en caso de enfermedad

317 entrevistados no solicitaron ayuda para resolver las molestias de salud padecidas en el último bimestre. Las razones por las cuales no consultaron están relacionadas con la falta de gravedad de sus molestias, por lo cual se manejaron con remedios caseros y/o automedicación (57.7%). El 42.3% de los enfermos no consultaron por carecer de dinero para el pago de la atención en salud.

e. Afiliación a servicios de salud

El 11.5% de los individuos en el estudio tienen derecho a usar servicios de medicina pre-pagada, ya sea en calidad de afiliados o beneficiarios de éstos.

f. Preferencias

Entre los 1200 encuestados, un 54.6% expresa que tiene preferencias por un tipo específico de proveedor de atención en salud, por razones como calidad de la atención recibida (344/655), accesibilidad económica (142/655), tradición familiar (91/655) y afiliación (78/655).

Los demás individuos (n=545) que no tienen atracción por algún proveedor específico manifiestan que en caso de enfermedad, acostumbran utilizar remedios caseros (36.1%), automedicarse (12.3%) ó consultar a diferentes servicios de acuerdo con el tipo de problema de salud que presenten (51.6%).

g. Decisión de usar servicios de salud

En caso de enfermedad son los mismos **individuos** quienes generalmente toman la decisión de consultar a uno ú otro proveedor (59.2% de los casos), o en su defecto las mujeres cabeza de familia (40.8%).

6. Experiencias previas con el centro o puesto de salud local

Durante el último año 445 personas entrevistadas han consultado a los servicios públicos de salud en la comuna 12.

El 83.3% de los entrevistados dista entre 2 y 15 minutos del centro o puesto de salud cercano a su residencia, empleando el medio regular de transporte.

Para llegar a la institución de salud, las personas lo hacen caminando (72.8%), en vehículos de transporte público (24.7%) o en bicicleta (2.5%).

La tabla 6 recoge las apreciaciones de los usuarios sobre el puesto de salud.

Tabla 6

ITEM	APRECIACION	PROPORCION
Tiempo de espera	Exagerado	35.0
	Normal	42.5
	Breve	22.5
Satisfacción con el servicio	Si (n=360)	56.4
	Amabilidad en atención	43.1
	Eficacia terapéutica	
	No (n=85)	58.9
	Falta de amabilidad	41.1
	Tratamiento inefectivo	
Tarifas	Económicas	25.0
	Justas	66.5
	Elevadas	7.5

7. Malaria y use de servicios de salud.

a. Malaria diagnosticada en el último año

Se interrogó sobre la ocurrencia de algún episodio confirmado de malaria durante el último año. El 15.8% (I.C. 95%: 9.6 - 22.1) de la población refirió que en alguna

ocasión durante ese periodo le habían diagnosticado al menos un episodio de malaria.

b. Sitio de consulta para diagnóstico de malaria

El principal sitio de consulta fue el SEM (74.7%), por ser considerado, en igual número de casos, como la institución más adecuada para este tipo de enfermedad. En segundo lugar fue referido el Hospital (12.3%) y el resto de personas han consultado al puesto de salud (6.5%) y la microscopista del barrio (6.5%).

c. Conocimientos sobre prevención de la malaria

El 84.4% de los entrevistados expresa tener conocimientos sobre las medidas preventivas para la malaria. De estos 1013 individuos, un 9.6% describen al menos tres conductas favorables directamente relacionadas con la prevención de la enfermedad; el 28.4% mencionan al menos dos y 44.5% describen al menos una. Un 11.4% de los individuos enumeran algunas prácticas saludables, no necesariamente relacionadas con la prevención de malaria. El 6.1% manifiestan prácticas inadecuadas como ingerir Cloroquina profiláctica o consumir bebidas alcohólicas ("biche").

Las medidas preventivas más frecuentemente mencionadas son uso de toldillo, eliminación de criaderos de zancudos, rociamiento intradomiciliario, aplicación de insecticidas y "sahumerios".

d. Conocimientos sobre servicios para la atención en caso de malaria

El 92.5% de los encuestados manifiestan tener certeza que en caso de padecer malaria, el lugar adecuado para acudir en busca de ayuda es el SEM debido a que

allí realizan el diagnóstico y tratamiento de manera gratuita. El resto de población menciona el Hospital, el puesto de salud, los consultorios particulares y las microscopistas como referentes para atención de malaria.

e. Antimalaricos en casa

Se interrogó sobre la existencia de medicamentos en casa, especificando sobre la disponibilidad de antimalaricos; la respuesta se verificó visualmente revisando el "botiquín" de cada familia.

El 27.8% de los entrevistados poseía en su vivienda medicamentos antimalaricos al momento de la visita. En 315/334 casos fue Cloroquina. En los casos restantes se identificó Primaquina y Falcidar en los hogares.

B. Análisis de asociación:

1. Enfermedad en el último bimestre

a. Bivariado

Existe asociación estadísticamente significativa de ésta variable dependiente con ser menor de 15 años y con tener la percepción de ser una persona poco saludable. La asociación con ser mujer y con índices de dependencia económica por debajo de 0.3 reportó OR > 1 con niveles de confianza "borderline". Tener algún grado de escolaridad parece no incidir en la ocurrencia ó no de episodios morbosos entre los individuos encuestados. (Ver tabla 7)

Tabla 7

VARIABLE INDEPENDIENTE	OR crudo	IC (95%)
1. EDAD <ul style="list-style-type: none"> • >15 años • <15 años 	1.00 0.75	0.59 – 0.94
2. GENERO <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	1.00 1.17	0.90 – 1.51
3. PARECPCION ESTADO DE SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Saludable • Poco saludable 	1.00 6.83	5.28 – 8.82
4. INDICE DEPENDENCIA ECONOMICA <ul style="list-style-type: none"> • >0.3 • 0.3 	1.00 1.17	0.93 – 1.46
5. PROCEDENCIA <ul style="list-style-type: none"> • Fuera de Buenaventura • De Buenaventura 	1.00 1.48	0.23 – 1.07
6. ESCOLARIDAD <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Algún nivel 	1.00 1.03	0.86 – 1.37
7. AFILIACION A SERVICIOS MEDICOS <ul style="list-style-type: none"> • No • Si 	1.00 1.35	0.75 – 1.54

b. Multivariado

Se incluyeron en el modelo logístico las variables con asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado y se forzó la participación de las variables género, procedencia y nivel educativo. Con la técnica stepwise para regresión logística se obtuvo el modelo 1:

Modelo 1:

Tabla 8

Variabes en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Ser poco saludable	2.13	2.10 – 2.17	0.00
Bajo índice dependencia económica	1.32	1.02 – 1.72	0.03
Nivel educativo: secundaria	1.23	0.93 – 1.62	0.13
Procedencia Buenaventura	0.70	0.44 – 1.12	0.14
Log Likelihood=-701.790 Pseudo R2 = 0.15			

Al modelo obtenido se forzó el ingreso de las variables edad, genero y afiliación a algún servicio de salud obteniéndose un nuevo modelo que no apporto cambios importantes.

Se evidencia sin embargo una tendencia ascendente en el OR de la variables escolaridad, organizada en las categorías ninguna, primaria, secundaria (chi cuadrado de tendencia = #___). Ver tabla 9

Modelo 2:**Tabla 9**

Variables en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Nivel educativo: ninguno	0.80	0.55 – 1.16	0.24
Nivel educativo: primaria	1.24	0.86 – 1.79	0.24
Nivel educativo: Secundaria	1.47	0.99 – 2.17	0.05
Ser poco saludable	2.13	2.10 – 2.17	0.00
Bajo índice dependencia económica	1.33	1.02 – 1.72	0.03
Ser mujer	1.03	0.74 – 1.43	0.83
Ser menor de 15 años	0.89	0.66 – 1.21	0.48
Procedencia Buenaventura	0.68	0.43 – 1.10	0.12
Afiliación a servicios medicos	1.17	0.78 – 1.75	0.43
Log Likelihood=-701.790 Pseudo R2 = 0.15			

Finalmente se selecciono como mejor modelo para explicar la presencia de enfermedad en el último bimestre al que contiene las variables Ser poco saludable y tener bajo índice de dependencia económica, que explica el 17% de la variable respuesta.

Modelo 3:**Tabla 10**

Variables en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Ser poco saludable	6.25	4.90 – 7.99	0.00
Bajo índice dependencia económica	1.40	1.08 – 1.81	0.01
Log Likelihood=-701.790 Pseudo R2 = 0.15			

2. Consulta en caso de enfermedad

a. Bivariado

Haber consultado a algún proveedor en caso de enfermedad durante el ultimo bimestre esta asociado significativamente con estar afiliado en algún servicio medico, vivir a menos de 10 minutos del puesto de salud, ser menor de 15 años, disponer de electrodomésticos en la vivienda, autoperibirse como una persona poco saludable, considerar que el episodio mórbido fue grave ó incapacitante.

Tabla 11

VARIABLE INDEPENDIENTE	OR crudo	IC (95%)
1. EDAD		
• >15 años	1.00	
• <15 años	1.27	0.98 – 1.64
2. AFILIACION A UN SERVICIO DE SALUD		
• Si	1.00	
• No	1.69	1.03 – 2.75
3. TENER ELECTRODOMESTICOS		
• No	1.00	
• SI	1.81	1.14 – 2.88
4. DISTANCIA AL PUESTO DE SALUD		
• >10 minutos	1.00	
• 10 minutos	1.47	1.06 – 2.04
5. PERCEPCION ESTADO DE SALUD		
• Saludable	1.00	
• Poco saludable	1.41	1.01 – 1.97
6. ENFERMEDAD GRAVE		
• No	1.00	
• Si	6.12	4.62 – 8.11
7. INCAPACIDAD		
• No	1.00	
• Si	15.28	11.2 – 20.8
8. MUJER		
• No	1.00	
• Si	0.46	0.35 – 1.02
9. ESCOLARIDAD		
• Ninguna	1.00	
• Algún nivel	1.09	0.93 – 1.16

b. Multivariado

Para realizar el análisis multivariado se analizó la colinealidad entre las tres últimas variables independientes. Se encontró asociación entre la percepción de gravedad respecto a la enfermedad padecida y la incapacidad generada por la misma.

A partir de la regresión por stepwise se obtuvo un modelo donde consultar ante enfermedad sentida es una variable explicada por ser un individuo poco saludable, percepción de padecer enfermedad grave y disponer de electrodomésticos en el hogar.

Modelo 1:

Tabla 12

Variabes en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Ser poco saludable	1.97	1.44 – 2.43	0.00
Disponer de electrodomésticos	1.23	1.02 – 1.46	0.02
Enfermedad grave	1.42	1.42 – 1.95	0.02
Log Likelihood=-668.134 Pseudo R2 = 0.09			

Se forzó el ingreso de las variables edad, género, escolaridad, por considerar que podrían tener relación con la decisión de consultar en caso de enfermedad; ninguna de estas aportó mayor significancia al modelo.

Modelo 2:

Tabla 13

Variabes en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Ser poco saludable	1.97	1.58 – 2.44	0.00
Disponer de electrodomésticos	1.23	1.03 – 1.58	0.02
Enfermedad grave	1.43	1.04 – 2.35	0.03
Ser menor de 15 años	0.99	0.99 – 1.00	0.89
Ser mujer	0.88	0.64 – 1.21	0.45
Algún nivel de escolaridad	0.99	0.94 - .103	0.66
Log Likelihood=-667.673 Pseudo R2 = 0.09			

Se retomo el primer modelo y se evaluo sin la variable "ser poco saludable" cuyas respuestas podrían estar sesgadas por la subjetividad de los individuos con un episodio de enfermedad reciente.

Modelo 3:

Tabla 14

Variabes en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Disponer de electrodomésticos	2.34	1.83 – 2.72	0.00
Enfermedad grave	1.63	1.25 – 2.04	0.02
Log Likelihood=-683.125 Pseudo R2 = 0.12			

No se encontró interacción entre las variables del modelo propuesto por stepwise; por lo tanto el modelo 3 se escogió como el óptimo para explicar la variable dependiente en mención.

3. Consulta al medico en caso de enfermedad

a. Bivariado

Se estableció asociación estadísticamente significativa entre esta variable con estar afiliado a un servicio médico, percibir el episodio de enfermedad como grave, tener el hábito de consultar ante cualquier molestia y considerar que los servicios médicos son de buena calidad y de ID* costo. La disponibilidad de los electrodomésticos, indicador indirecto del nivel socioeconómico, reporta un OR > 1 con un intervalo de confianza 95% cuyo límite inferior es muy cercano a 1.

Tabla 15

VARIABLE INDEPENDIENTE	OR crudo	IC (95%)
1. AFILIACION A UN SERVICIO DE SALUD		
• No	1.00	
• Si	2.75	1.29 – 5.38
2. ENFERMEDAD GRAVE		
• No	1.00	
• Si	1.72	1.08 – 2.71
3. HABITO DE CONSULTAR SIEMPRE		
• No	1.00	
• Si	2.43	1.21 – 4.88
4. BUENA CALIDAD EN EL SERVICIO		
• No	1.00	
• Si	1.73	1.09 – 2.76
5. TENER ELECTRODOMESTICOS		
• No	1.00	
• Si	1.63	0.96 – 2.78
6. BAJO COSTO DEL SERVICIO		
• No	1.00	
• Si	1.96	1.97 – 2.64

b. Multivariado

El análisis multivariado con stepwise sugiere un modelo donde la decisión de consultar al médico está asociada con la gravedad de la enfermedad, la postración

en cama a causa de la enfermedad, la percepción de acerca de calidad y costo de los servicios solicitados.

Modelo 1:

Tabla 16

Variablen en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Enfermedad grave	1.89	0.95 – 3.75	0.06
Calidad en servicios médicos	2.22	1.01 – 4.96	0.04
Bajo costo de servicios médicos	3.22	1.31 – 7.69	0.01
Postración en cama	1.00	0.99 – 1.01	0.59
Log Likelihood=-98.734 Pseudo R2 = 0.07			

El modelo mejora su significancia estadística y la bondad del ajuste cuando se reduce a las variables de percepción del usuario sobre los servicios médicos.

Modelo 2:

Tabla 17

Variablen en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Buena calidad en servicios médicos	3.12	1.78 – 5.29	0.00
Bajo costo de servicios médicos	4.34	2.27 – 8.06	0.00
Log Likelihood=-198.87 Pseudo R2 = 0.14			

En este último modelo no se identificó interacción de las variables independientes. Por lo tanto el modelo 2 se selecciona como aquel que mejor explica la decisión de consultar al médico durante el último episodio de enfermedad en la población del estudio.

4. Haber consultado en caso de padecer malaria

a. Bivariado

En el análisis bivariado ésta se encuentra estadísticamente asociada con ser menor de 5 años, haber recibido algún nivel de escolaridad, haber vivido en el barrio menos de un año, conocer medidas preventivas para malaria, disponer de antimaláricos en casa y reportar un índice de dependencia económica superior a 0.3.

Tabla 18

VARIABLE INDEPENDIENTE	OR crudo	IC (95%)
1. EDAD <ul style="list-style-type: none">>15 años<15 años	1.00 4.61	2.25 – 9.43
2. GENERO <ul style="list-style-type: none">Ninguna1 o mas años	1.00 2.86	1.26 – 6.66
3. EMPLEO <ul style="list-style-type: none">NoSi	1.00 2.77	1.47 – 5.26
4. PARMANENCIA EN EL BARRIO <ul style="list-style-type: none">>1 año1 año	1.00 2.42	1.02 – 5.76
5. INDICE DEPENDENCIA ECONOMICA <ul style="list-style-type: none">0.3>0.3	1.00 1.92	1.05 – 3.57
6. TENER CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN MALARIA <ul style="list-style-type: none">NoSi	1.00 2.33	1.22 – 4.43
7. TENER ANTIMALARICOS EN CASA <ul style="list-style-type: none">NoSi	1.00 4.23	2.34 – 7.67

b. Multivariado

En el análisis multivariado con stepwise se explica la consulta en caso de malaria a partir de un modelo que conjuga factores como ser menor de 15 años, tener algún grado de escolaridad, conocer los servicios de atención para malaria (Antiguo SEM e INSALPA), disponer de antimaláricos en casa y estar clasificado por encima de 0.3 con el índice de dependencia económica.

Modelo 1

Tabla 19

VARIABLES EN EL MODELO	OR AJUSTADO	I.C. 95%	P VALUE
Ser menor de 15 años	4.53	2.38 – 7.37	0.00
Algún nivel de escolaridad	1.61	1.15 – 1.97	0.01
Conocer servisalud para malaria	6.16	3.05 – 18.47	0.03
Tener antimalaricos en casa	3.51	2.37 – 6.59	0.00
Alto índice de dependencia económica	1.91	1.06 – 3.78	0.03
Log Likelihood=-69.83 Pseudo R2 = 0.68			

Aunque se forzaron otras variables como género, ocupación, etnia y procedencia, el anterior continuó siendo el modelo de mejor ajuste.

Se evaluó interacción edad x escolaridad, escolaridad x índice dependencia económica, conocer servicios x tener antimaláricos. Ninguna de éstas reportó cambios en la significancia estadística del modelo.

Finalmente se exploró un modelo excluyendo la variable "conocer servicios de salud para malaria" y se obtuvo una significancia mayor que la anterior:

Modelo 2

Tabla 20

Variables en el modelo	OR ajustado	I.C. 95%	P value
Ser menor de 15 años	3.87	2.56 – 8.42	0.03
Algún nivel de escolaridad	2.36	1.45 – 2.71	0.02
Tener antimalaricos en casa	3.63	2.26 – 6.74	0.02
Alto índice de dependencia económica	1.97	1.36 – 3.18	0.01
Log Likelihood=-71.34 Pseudo R2 = 0.72			

DISCUSION

Los responsables de construir políticas en salud y los proveedores de servicios requieren urgentemente métodos e información que expliquen los factores que afectan el uso de servicios de salud.

La epidemiología aplicada a los servicios de salud garantiza la realización de una investigación rigurosa cuyos resultados sean confiables y orienten las decisiones sobre oferta de servicios en el nivel local.

Los hallazgos del presente estudio, basado en el método epidemiológico, orientan de alguna manera la respuesta a los interrogantes sobre factores que determinan el uso de servicios de salud entre la población de la comuna 12 de Buenaventura.

El diseño de ésta investigación, un estudio de prevalencia, requirió de una encuesta de hogares, lo que hizo necesario la selección de una muestra poblacional extensa para recoger información sobre las variables establecidas. Este diseño permitió:

- Recoger gran cantidad de información de manera rápida, sencilla y relativamente económica
- Medir la percepción de la población en el estudio sobre su estado de salud
- Incluir gran variedad de variables explicatorias
- Emplear un vocabulario acorde con la población en el nivel local

Esta investigación ofrece una visión sobre las variables asociadas al uso de servicios en un área urbano-marginal. El diseño transversal, sin embargo, nos

impide establecer asociación de tipo causal con los datos disponibles. La secuencia temporal de causa-efecto no podría determinarse con éste tipo de estudios.

Prevalencia de uso

El 26.9% de la población entrevistada ha consultado a algún proveedor de servicios de salud durante el periodo de estudio. Esta prevalencia es inferior a la reportada por Méndez en una investigación sobre ocurrencia de malaria realizada en la misma área geográfica durante 199351.

Sin embargo, si se considera la proporción de consultantes exclusivamente en relación con quienes enfermaron en el último bimestre, el dato es de 50%, cifra mayor que la reportada para Colombia por la Encuesta Nacional de Salud⁵². La diferencia está explicada, en parte, porque el reporte del estudio nacional se limita a consulta médica; en el presente estudio hace referencia a consulta general (incluye proveedores no médicos)

Llama la atención que las prácticas de automedicación y uso de remedios caseros son reportados como primera elección terapéutica en el 25% de los encuestados. Esta cifra es en realidad mayor si se tiene en cuenta que mas de dos terceras partes de quienes acudieron a proveedores de servicios lo hicieron después de que las medidas caseras habían sido fallidas (271/323 sujetos).

Específicamente para casos de malaria, Méndez encontró que solo un 25% de quienes había consumido Cloroquina lo habían hecho bajo prescripción médica.

Este resultado es consistente con que al momento de la entrevista, se identificó disponibilidad de medicamentos antimalaricos en el 27.8% de los hogares incluidos en éste estudio. Y aunque en ésta investigación no se indagó específicamente la práctica de automedicación en caso de malaria, un 6% de los encuestados refiere el uso de Cloroquina como medida profiláctica de la enfermedad.

En relación con el tipo de proveedor al que acude la población en estudio, una tercera parte de los usuarios entrevistados acudieron a proveedores no médicos; resultados de un estudio sobre Proveedores no estatales de servicios de salud en la comuna 1254 reporta la existencia de más de 200 agentes de salud no médicos en ésta zona, quienes atienden un volumen importante de población.

El hallazgo sugiere que es necesario medir con detalle el peso que tiene la oferta de servicios alternativos de salud entre los habitantes de la comuna al momento de elegir cómo resolver sus enfermedades. La calidad en la prestación del servicio y la atención personalizada son descritos por los entrevistados como principales móviles para preferir éste grupo de proveedores.

Enfermedad reciente

Existe un argumento biológicamente plausible para que la edad esté asociada de manera significativa con la ocurrencia de enfermedad: la población infantil es más vulnerable a morbilidad. Sin embargo, el OR ajustado de la variable la excluye en un modelo explicativo múltiple.

Los hallazgos asociados estadísticamente a "enfermar" son bajo nivel socioeconómico y la percepción de ser poco saludable que el individuo tenga de sí mismo. Esta última variable, sin embargo, puede estar influenciada por un sesgo de

memoria en el informante, que puede autodefinirse como "enfermizo" si ha padecido recientemente un episodio mórbido.

No existe evidencia de que otras variables sociodemográficas estén asociadas con casos de enfermedad durante el período de estudio.

Consulta general (decisión de uso)

Ingresos familiares y percepción del individuo sobre su salud afloran como determinantes de uso en éste estudio.

Los hallazgos sobre determinantes de uso de algún proveedor de servicios de salud en caso de enfermedad son consistentes con el modelo tradicional de Andersen para explicar la decisión de uso como un acto mediado por variables de predisposición, capacidad y necesidad. Aunque este modelo ha sido empleado en varios estudios, la mayoría explican la decisión a partir de las variables de capacidad y necesidad.

En la presente investigación las variables de capacidad (tenencia de electrodomésticos, sensor indirecto del nivel socioeconómico) y de necesidad (autopercepción de mala salud, severidad de la enfermedad) explican el 12% de la varianza en el modelo.

Las variables de predisposición reportadas por estudios previos son edad y género. En una investigación realizada por Estrada y colaboradores para identificar las barreras en la utilización de servicios entre la población mexicano-americana se

definieron la edad, el nivel de ingreso familiar, la educación y el estado percibido de salud como los principales determinantes de uso.

LaVeiest y colaboradores emplearon solamente factores de predisposición y capacidad para explicar las diferencias en la utilización de servicios prenatales entre mujeres blancas y negras en el estado de Michigan; sus hallazgos no son concluyentes y reconocen la ausencia de los factores de necesidad en el estudio como una limitante para aportar mayor información en sus resultados.

Consulta al médico (selección del proveedor)

¿Qué determina el uso de servicios médicos una vez se ha tomado la decisión de consultar por una enfermedad?. Los factores de satisfacción con el uso de servicios son incluidos en un modelo que explica en un 14% la variable respuesta. Los determinantes del modelo son apreciación de buena calidad en los servicios y bajo costo de los mismos. Este hallazgo por tanto es consistente con el modelo de Andersen y Aday.

El modelo completo de Andersen y Aday⁵⁸ involucra factores de la oferta de servicios como parte de los determinantes de uso. La accesibilidad geográfica, disponibilidad de servicios (tipo y horarios) y la calidad de atención (costo, amabilidad, conveniencia) son componentes del modelo.

La calidad por lo tanto constituye un factor importante en la decisión del sujeto sobre cuál proveedor elegir.

Sin embargo, al elegir un proveedor médico, sólo el 22% opta por los servicios ofrecidos en los puestos de salud de la comuna. El resto de usuarios seleccionan médicos en zonas alejadas de su vivienda. Este hallazgo indica que la accesibilidad geográfica de los servicios no es un factor suficiente para tomar la decisión de uso. Los encuestados refieren baja preferencia por los servicios públicos locales debido al tipo de servicios que ofrecen (no cubre todas las necesidades de salud de los usuarios) y las referencias de mala calidad en la atención.

Resultados similares son reportados por el grupo de trabajo de Egiwil en un estudio sobre determinantes de salud y de uso de servicios en áreas urbanas.

Uso de servicios en caso de malaria

En relación con el uso de servicios en caso de malaria, los hallazgos son particularmente importantes: la probabilidad de consultar por malaria es 4 veces mayor en el grupo de menores de 15 años, lo cual sugiere que es la población con que se tiene mayor cuidado ante los eventos de enfermedad⁶¹.

Los factores de conocimientos (nivel de escolaridad, conocimiento de los servicios de atención en caso de malaria) constituyen un hallazgo importante en el presente estudio, no sólo porque son consistentes con estudios previos sino porque se convierten en determinantes que pueden ser tenidos en cuenta al momento de programar intervenciones en salud para la prevención y el control de la malaria.

El grado de escolaridad ha sido identificado como un factor determinante de uso de servicios de salud en múltiples estudios.

Por su parte el conocimiento sobre medidas preventivas en caso de malaria ha sido identificado como un factor protector para la ocurrencia de infección malárica; éste hallazgo, sumado al del estudio actual, en el cual conocer sobre proveedores para atención en caso de malaria incrementa 6 veces la probabilidad de consultar, son elementos importantes para la planeación de servicios y acciones en éste campo.

También en la decisión de consultar por malaria el nivel socioeconómico del individuo es identificado como un factor asociado.

La asociación entre disposición de antimaláricos en el hogar y uso de servicios de salud en caso de malaria puede significar dos situaciones diferentes: aquellos que han padecido de malaria no han ingerido las dosis totales de medicamento y conservan en casa el excedente? ó después de mejorar de malaria adquieren dosis adicionales para automedicarse en los siguientes episodios de enfermedad?.

La comparabilidad de los resultados de ésta investigación con otras similares está limitada. La mayoría de estudios realizados sobre uso de servicios de salud seleccionan un grupo de población en particular (niños, mujeres, ancianos) y una ó dos actividades asistenciales (consulta médica, control prenatal, consulta psicológica).

A pesar de haber empleado un modelo logístico de regresión para el análisis de los datos, la varianza explicada en cada variables respuesta es baja, excepto en el caso de consulta por malaria (Pseudo R² = 0.72). Estos hallazgos son similares a los de estudios cuantitativos, en los cuales el conjunto de variables seleccionada no explica más allá del 20% de la variable en estudio.

Que variables del orden sociológico y/o psicológico influyen en la decisión de consultar en caso de enfermedad?. Es necesario abordar los métodos cualitativos que complementen la información cuantitativa obtenida. Existe fenómeno de agregación espacial entre la disponibilidad de proveedores no médicos de servicios de salud y el volúmen de usuarios de éste tipo de servicios?.

Investigaciones similares a esta se requieren para grupos de población con características sociodemográficas diferentes a las de la población en éste estudio. Adicionalmente es también importante obtener información sobre los fenómenos de uso de servicios de salud para todo el país a través de estudios multicéntricos ó con investigaciones que abarquen gran parte del territorio nacional.

Los resultados encontrados en éste estudio, sinembargo, son útiles para la orientación de intervenciones entre quienes toman las decisiones de prestación de servicios de salud a la población de la comuna 12 de Buenaventura y a grupos poblacionales con características sociodemográficas similares en el Pacífico colombiano.

BIBLIOGRAFIA

1. MORRIS, JN: "Uses of Epidemiology". E. & S. Livingstone. Second Edition. Edinburg and London. 1970. Pp. 76-79
2. REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Articulo 156
3. descentraliz mucpios
4. CARRASQUILLA, Gabriel y col: "Control de la Malaria en al área urbana de Buenaventura a través de la Estrategia de Atención Primaria" Informe de ejecución del proyecto. 1995
5. PABON A, Rodríguez E, Rico J: "Demanda y Utilización de Servicios de Salud. Estudio Nacional de Salud". Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Bogotá. 1984.
6. MENDEZ, Fabián: "Epidemiología de la malaria en el Area Urbana de Buenaventura: Análisis de la ocurrencia en el período 1987-1993 y Factores asociados a la Prevalencia de infección en la Comuna 12". Tesis de grado. 1994.
7. OLANO V, Carrasquilla G: "Transmisión de malaria en el área urbana de Buenaventura". Boletín Organización Panamericana de la Salud. En prensa. 1996
8. NIETO T, Carrasquilla G, Méndez F:"Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre malaria en el área urbana de Buenaventura". Memorias Congreso Colombiano de Parasitología y Medicina Tropical. 1995
9. CARRASQUILLA, Gabriel y col. Ibid 4

10. PABON, Hipólito: "Evaluación de los servicios de salud. Conceptos, Indicadores. Ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo." Universidad del Valle, Departamento de Medicina Social. 1985
11. PABON, Hipólito. Ibid 10
12. PABON A, Rodríguez E, Rico J. Ibid 5
13. PABON, Hipólito. Ibid 10
14. PABON, Hipólito. Ibid 10
15. PABON, Hipólito. Ibid 10
16. MORRIS, JN . Ibid 1
17. ROSENTOCK, Irving: "Porque la gente utiliza los servicios de salud?" en Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. OPS. Washington DC.1992
18. ROSENTOCK, irwing. Ibid 17
19. ANDERSEN, Ronald: "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter?". Journal of Health and Social Behavior. Vol. 36. Num 1. Marzo 1995
20. ADAY L, Andersen R y Fleming G: "Health care in the United States, Equitable for whom?". Sage publications, Inc. Denver. 1980
21. mediine 5
22. medline 7
23. mediine
24. medline
25. medline
26. medline

27. PABON A, Rodríguez E, Rico J. Ibid 5
28. REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993.
29. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. "Constitución Política de Colombia". 1991. Artículo 313
30. DANE: Buenaventura estadístico. 1985
31. ALCALDIA DE BUENAVENTURA: Plan de Desarrollo Municipal 1994-1997.
32. DANE. Ibid 30
33. UNIDAD EJECUTORADE SANEAMIENTO DE BUENAVENTURA: Encuestas Sanitarias Operación Barrido. 1991
34. SECRETARIA DE SALUD DE BUENAVENTURA Plan de Desarrollo para la prestación de los Servicios de Salud 1994-1997
35. WIEST A, SANCHEZ P, MENDEZ F, CARRASQUILLA G. "Estudios Descriptivo sobre Proveedores no Estatales de Servicios de Salud en la comuna 12 de Buenaventura" Mimeo. 1995
36. PABON A, Rodríguez E, Rico J. Ibid 5
37. WHO. "Sample size determination: a user's manual". Doc WHO/HST/ESM/86/1. Geneva, 1986:11-13
- 3.8 WHO. Ibid 37
39. KORN E, GRAUBARD B. "Epidemiologic Studies Utilizing Surveys: Accounting for tha Sampling Design". American Journal of Public Health. September 1991, Vol 81, No. 9
40. DANE: "Encuesta de Caracterización Socioeconómica". Colombia 1993
- 41 DAN E: "Encuesta Nacional de hogares. Fuerza de Trabajo"

42. censo dane
43. otra encuesta o libro
44. DBASE IV. Borland International, Pali Mall USA, copyright 1987-1992
45. STATA. Stata Corporation, Texas. Copyright 1984-1993
46. DANE, DNP, PNUD, UNICEF: "La metodología de las necesidades básicas insatisfechas" en La pobreza en Colombia. Tomo I . Bogotá. 1989
47. kendon
48. Korn
49. Kroeger
50. Fotocopia de axel
51. Tesis fabian
52. ens
53. fabian, paper en igles sobre cap
54. axel
55. chucho rico
56. andersen... donde carajos?
57. mexicano
58. black and white
59. desafio o tere tono
60. medline pag 20?
61. ens
62. cuales buscar

63. idem

64. idem

65. idem

66. fabian

67. buscar esto en medlines antiguos yo lo tengo