

**Caracterización de la población afiliada al Régimen Subsidiado en Cali**Luis F. Rendón, M.D., MSP, EE<sup>1</sup>, Miyerlandi Torres, Bact. EE<sup>2</sup>, Guillermo Llanos, M.D.<sup>3</sup>**RESUMEN**

*Este estudio señala las prevalencias de factores de riesgo y morbilidad sentida por grupos de edad dentro de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali, así como también el uso de los servicios de salud. Para lograr los objetivos se realizó una encuesta poblacional a 413 familias del régimen subsidiado escogidas por muestreo estratificado probabilístico por conglomerados de distribución proporcional según la administradora del régimen subsidiado y comuna de residencia, investigando variables relacionadas con la vivienda, saneamiento básico, ingresos económicos, factores de riesgo por ciclo vital, morbilidad en las últimas dos semanas al momento de la encuesta y el uso de servicios de salud. Se presentan las prevalencias por cada ciclo vital y la correlación entre el tiempo de afiliación y la distribución del riesgo en la población afiliada.*

Palabras claves: Prevalencia. Factores de riesgo. Régimen subsidiado.

A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 en el sector de la salud ocurren profundos cambios en relación con la prestación de los servicios y su financiación. Uno de los cambios fundamentales se encuentra en el traslado del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. Esto significa que los dineros que antes financiaban el funcionamiento de las instituciones públicas pasan ahora al subsidio de la población más pobre y vulnerable identificada a través del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) y cuyos recursos los manejan las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

Según el Acuerdo 117 de 1998<sup>4</sup> del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), estas ARS deben implementar las estrategias necesarias para la identificación de la población a riesgo y desarrollar en conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) las actividades de prevención y control de la morbilidad y mortalidad evitable con el fin de lograr un cambio positivo en la población.

Para Cali, la base de datos del

SISBEN informó en 1999 un total de 206,293 afiliados al régimen subsidiado, los recursos son administrados por nueve ARS y los servicios de primer nivel son prestados por la red de instituciones públicas pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública Municipal.

El análisis de la base de datos de facturación de las IPS de la Secretaría de Salud Pública Municipal correspondientes al primer semestre de 1999 reveló que aproximadamente 70% de los servicios facturados correspondían a las actividades de recuperación de la salud (consulta médica ambulatoria y de urgencias, laboratorio clínico y atención de odontología) y sólo 24.2% a las actividades relacionadas con la promoción de la salud y la prevención. Además, se observó un bajo cumplimiento de la facturación con relación al monto de la capitación contratada.

Las ARS tienen debilidad en la implementación de los sistemas de información para la identificación de la población a riesgo y en la planeación de sus actividades de demanda inducida. No se conocen las prevalencias

para las principales enfermedades que afectan la población beneficiaria del régimen y las actividades no responden a una planeación que busque un impacto en las condiciones de salud.

La población, por su parte, desconoce los derechos y deberes como afiliados al régimen. A pesar del tiempo transcurrido de implementación, aún existe confusión en la población sobre las coberturas de la afiliación, las instituciones que deben consultar y el buen uso de los servicios de salud, tanto educativos como curativos.

Esta investigación busca dar a conocer las características demográficas y sociales de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali, sus factores de riesgo más prevalentes y la relación entre el perfil de riesgo, el tiempo de afiliación a las ARS y el uso de los servicios de salud, como un aporte a la conducción de la planeación de los programas de promoción y prevención y la evaluación futura de los mismos.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte, para determinar las prevalencias de factores de riesgo y morbilidad sentida por grupo de edad

1. Gerente Hospital Mario Correa Rengifo, Cali. Docente, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Bacterióloga, Hospital Carlos Carmona, Cali.

3. Profesor Emérito, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

y la correlación entre el perfil de riesgo, el tiempo de afiliación a las ARS y el uso de servicios.

Cali presenta una división política-administrativa en 21 comunas y contaba para el año del estudio con una población estimada, según los datos de la Secretaría de Salud Pública Municipal con 1'915,429 habitantes, de los cuales, de acuerdo con la base de datos del SISBEN, 206,293 se encontraban afiliados al régimen subsidiado. Teniendo en cuenta que el promedio estimado de personas dentro de una familia es de cuatro, se tiene una población de referencia de 51,573 familias, de las cuales se tomó una muestra probabilística por conglomerados estratificando proporcionalmente, primero por ARS y luego por comuna. Como unidad de muestreo se consideró la familia y la unidad de observación fue cada persona del hogar.

Para el cálculo del tamaño de muestra se tomaron como parámetros un nivel de confianza de 95% (un margen de error de 5%), un poder estadístico de 80% (error beta de 20%), una estimación poblacional de uso de servicios de 50% ( $p=0.5$ ), una población cercana a las 51,573 familias afiliadas, para un tamaño de muestra de 381 familias. Con 8% de no-respuesta se trabajó con un tamaño final de muestra de 413 familias y 1,372 personas.

Las personas incluidas en la muestra se seleccionaron a través del número de la ficha SISBEN que identifica a cada familia y sus miembros, solicitando a cada una el carné de afiliación vigente. No se tuvieron criterios de exclusión diferentes a la no-afiliación al régimen subsidiado.

El instrumento utilizado para la recolección de la información consta de una primera parte acerca de los integrantes de la familia y las características de la vivienda. Se estudiaron

variables sobre saneamiento básico, ingresos familiares y convivencia con animales. La segunda parte, es específica para las personas según su ciclo vital. Para cada persona, se recolectó la información sobre tiempo de afiliación a la ARS, nivel educativo, asistencia a institución escolar, programas preventivos y factores de riesgo específicos para cada ciclo vital.

El trabajo de campo se realizó contando con 10 encuestadores y 2 supervisores de campo. Además, uno de los investigadores constantemente verificó la realización adecuada del trabajo de campo. Este personal recibió capacitación en el manejo del instrumento y del proceso de selección de la muestra. Las visitas se realizaron en cada una de las comunas siguiendo una orientación de occidente a oriente. Los supervisores de campo realizaron la limpieza de los datos y la re-encuesta para 10% de las familias muestreadas. La digitación de los datos se realizó utilizando el programa EpiInfo 6.04b y para el análisis se utilizó el mismo programa y Stata 6.0. Se realizó análisis univariado y bivariado utilizando las pruebas estadísticas con un nivel de confianza de 95% (error de 0.05).

## RESULTADOS

La muestra se seleccionó de las siguientes ARS: Calisalud, Coopsacoc, Comfandi, Comfenalco, Unimec, y Coomunalud, las cuales tienen el mayor número de afiliados en la ciudad. La encuesta se realizó en 413 familias. La distribución por ARS se observa en el Cuadro 1.

En Cali 63.4% de la población afiliada reside en las comunas del Distrito de Aguablanca (comunas 13, 14 y 15) y en las zonas de ladera (comunas 18 y 20). El resto de afiliados se distribuye en las comunas de la

**Cuadro 1**  
**ARS proporcional al número de afiliados en Cali**

ARS	Frecuencia	%
Calisalud	139	33.7
Coopsacoc	107	25.9
Comfandi	65	15.7
Comfenalco	49	11.9
Unimec	28	6.8
Coomunalud	25	6.1
Total	413	100.0

zona céntrica de la ciudad y del sector nororiental.

Entre los datos más relevantes en cuanto a la vivienda se encontró que 48 (12%) tenían paredes construidas en madera y 11 (2.7%) construidas con materiales de desecho; 32 (7.7%) tienen sus pisos en tierra y sólo 11 (2.7%) viviendas no cuentan con acueducto al interior de la vivienda. Con relación al tipo de cocina se encontró que 43 (10.4%) viviendas no tienen su cocina independiente de los cuartos.

Con respecto al tipo de vivienda se encontró que 16 (3.9%) familias viven en viviendas consideradas como tugurios y 49 (12%) familias viven en condiciones de vivienda inadecuada. Con relación al número de cuartos por vivienda se observaron 118 (28.5%) viviendas con hacinamiento y una diferencia no significativa según el estrato socioeconómico ( $\chi^2 = 2.64$  gl=2  $P= 0.09$ ).

En relación con la disposición de excretas sólo se encontraron seis viviendas (1.5%) con letrina, 98% restante cuenta con por lo menos un sanitario o tasa sanitaria; 47% de las viviendas recolecta las basuras en recipientes adecuados (con tapa) y sólo en 3 viviendas se informó la ausencia del servicio de recolección; 60.5% (250) de las viviendas no tienen al menos un lavamanos; 97% de las familias informan menos de un salario mínimo de ingresos por mes.

No se encontraron diferencias significativas en relación con estas variables y el estrato socioeconómico.

### FACTORES DE RIESGO POR CICLO VITAL

**Lactantes y menores de cuatro años.** Se observaron en la muestra un total de 94 niños con edades comprendidas entre el primer mes de edad y los cuatro años. De ellos, 70% recibió lactancia materna por lo menos durante los primeros cuatro meses de edad, 86% asisten al programa de crecimiento y desarrollo y sólo 16% tienen esquema de vacunación completo.

La prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) en las dos últimas semanas fue 67%, IRA con algún grado de dificultad respiratoria 18%. Informaron al menos un episodio diarreico agudo 17% de los niños y 25% algún problema dermatológico. Del total de niños, 74.6% presentaron algún síntoma de enfermedad y de estos sólo 57.4% acudieron a consulta. El promedio de factores de riesgo por niño fue 5 y no se encontró una correlación entre el tiempo de afiliación y el riesgo según la asistencia a la institución de salud.

**Escolares.** El grupo de escolares en la muestra fue de 246 niños, con edades entre los 5 y 10 años. El promedio de edad fue 7.5 años y la mediana 8. Del total de la población estudiada 51 (20.7%) niños no asistían a institución escolar (deserción escolar).

La mayor parte de las enfermedades informadas durante las dos últimas semanas previas al momento de la encuesta fueron las infecciones respiratorias agudas (IRA) con 47.9% (IC: 43.2- 51.4%), las enfermedades diarreicas con 12% (IC: 8.4-16.9), las enfermedades dermatológicas con 20% (IC: 15.5-25,5%). En relación

con los problemas visuales, oculares o de salud oral los resultados se observan en El Cuadro 2.

**Cuadro 2**  
Morbilidad sentida en escolares

Enfermedad	Prevalencia (%)	IC (95%)
Problemas visuales	26.4	21.3-30.7
Problemas auditivos	12.6	8.6-17.4
Enfermedad oral	22.3	17.1-27.4
Caries dental	13.1	9.1-17.9

Del total de los escolares 70.3% presentaron algún síntoma de enfermedad y de ellos sólo 38% acudió a la institución de salud. El promedio de factores de riesgo encontrado por cada escolar fue de 6 y no se confirmó una correlación entre el tiempo de afiliación y el riesgo según la asistencia a la institución de salud.

**Adolescentes.** Se encuestaron 250 personas con edades comprendidas entre los 11 y 18 años; de ellos 46% era hombres. El promedio y mediana de edad fue 14 años. Sólo 78% asiste a alguna institución escolar y en promedio han cursado y aprobado 6 años de educación formal.

La prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes fue de 39% y en su mayoría fuma cigarrillo. Sólo 3 de los 250 encuestados admitieron usar sustancias psicoactivas y 8.4% admitió usar bebidas alcohólicas y su mayor frecuencia de uso fue mensual; 70% de los adolescentes admite haber recibido educación sexual en la escuela. Este valor coincide con la asistencia a la institución informada antes; 21% de los adolescentes informó vida sexual activa y sólo 8% usa métodos de planificación familiar.

En el grupo de las adolescentes se encontró que 9 (6.7%) se ha realizado una citología en el último año con resultado normal, 18 (13.4%) ha realizado autoexamen de seno y 2 de las 134 adolescentes están en embarazo, una de ellas asiste al control prenatal

desde la semana 12.

La morbilidad sentida más frecuentemente se registró para los síntomas de enfermedad visual, auditiva, oral y genitourinaria. Las prevalencias encontradas se resumen en el Cuadro 3.

**Cuadro 3**  
Síntomas de morbilidad sentida en adolescentes

Síntoma	Frec.	%	IC (95%)
Dificultad para ver	74	29.6	24.0-35.7
Usa lentes	17	6.8	4.0-10.7
Dificultad para escuchar	42	16.8	12.4-22.0
Enfermedad oral	59	23.5	20.4-26.3
Enfermedad urinaria	20	7.9	5.0-8.7

La proporción que se encontró de adolescentes con algún síntoma de enfermedad fue de 60% sin diferencias significativas entre hombres y mujeres; 30% de los enfermos acudió a los servicios de salud. El promedio de factores de riesgo por persona fue de 2 y no se observó una correlación entre la distribución del riesgo y el tiempo de afiliación a la ARS.

**Adulto.** Se incluyeron en la muestra 600 personas con edades comprendidas entre los 18 y 50 años, de las cuales 63.1% correspondió al género femenino. La mediana de edad fue 30 años y el tiempo promedio de afiliación 37.6 meses (me = 36); 253 (42.1%) adultos se encontraban laborando en el momento de la encuesta. Las ocupaciones más frecuentes fueron: oficios varios (26.4%), independientes (10.6%), vendedores (9.09%), construcción (7.1%) y vigilantes (4%), las demás ocupaciones son actividades económicas informales.

En relación con los hábitos de comportamiento, se encontró una práctica baja de deportes, sólo 25% de la población encuestada manifestó realizar algún deporte con regularidad. Se encontró una prevalencia del hábito de fumar de 18.2% (109 personas). La prevalencia es mayor en hombres pues del total de fumadores,

61.4% pertenecen a este género.

El consumo de bebidas alcohólicas tiene una frecuencia de 33.7%. Su prevalencia fue mayor en los hombres (51.6%) en comparación con las mujeres (23.2%); esta diferencia se encontró estadísticamente significativa ( $\chi^2=34.7$  gl:1  $p=0.001$ ).

Aunque 93% de las personas tienen relaciones sexuales, sólo 39.3% utilizan métodos de planificación familiar, donde el más utilizado es el condón. La citología vaginal en el último año fue realizada por 49.6% mujeres. Las ARS con menor proporción de mujeres con citología fueron: Comunisalud 25.9% y Calisalud 45%; Comfenalco 51% y Comfandi 54%; 86.7% de las mujeres tuvo un resultado normal de su citología. El autoexamen del seno solamente lo realizan 32.7% de las mujeres.

Los principales problemas de salud sentidos por los encuestados se refieren a los relacionados con la capacidad para ver y escuchar, la presión alta, diabetes, colesterol alto en sangre, depresión, problemas en la cavidad oral, caries o problemas dentales o problemas genitourinarios. Las prevalencias encontradas y sus intervalos de confianza se resumen en el Cuadro 4.

Entre los adultos de 18 y 50 años se observó una proporción de 71.2% personas con algún síntoma de enfermedad, de las cuales 20.7% acudieron a los servicios de salud (125 personas) encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres siendo los primeros los que más presentaron problemas de salud; sin embargo, fueron las mujeres las que más acudieron a los servicios médicos.

**Adulto mayor.** La población en este ciclo vital (mayores de 50 años) fue de 182 personas donde 62% pertenecen al género femenino. El promedio de edad fue 63 años y la media-

**Cuadro 4**  
Morbilidad sentida en el grupo adulto

Problema de salud	Frecuencia	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza
Dificultad para ver	235	39.2	35.3-43.2
Dificultad para escuchar	83	13.8	11.2-16.9
Presión alta	99	16.5	13.7-19.8
Azúcar en la sangre	23	3.8	2.5-5.8
Depresión	39	6.5	4.7-8.9
Colesterol alto	21	3.5	2.2-5.4
Enfermedad oral	429	71.5	67.7-75.0
Caries dental	98	16.3	8.2- 19.3
Enfermedad urinaria	513	85.5	82.4-88.2

**Cuadro 5**  
Factores de riesgo en la población adulta mayor

Factores de riesgo	Frecuencia	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza
Deporte	20	11.0	6.8-16.5
Fumar	41	22.5	16.7-29.3
Beber	36	19.8	14.3-26.3
Mujeres			
Citología	43	37.7	28.8-47.3
Autoexamen	37	32.5	24.0-41.0

**Cuadro 6**  
Morbilidad sentida en la población adulto mayor

Problema de salud	Frecuencia	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza
Dificultad para ver	147	80.8	74.3-86.2
Dificultad para escuchar	64	35.2	28.2-42.6
Presión alta	57	31.3	24.7-38.6
Azúcar	9	4.9	2.3-9.2
Depresión	11	6.0	3.1-10.6
Colesterol alto	22	12.1	7.7-17
Enfermedad oral	40	21.9	15.3-25.3
Ardor o dificultad al orinar	20	11.0	6.8-16.5

na 61.

Del total de personas 53% afirmó poseer algún tipo de discapacidad sensorial (40%) o motora (13%), especialmente dificultades para ver y escuchar. En relación con los hábitos saludables se indagó sobre la presencia de tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, práctica de la citología vaginal y autoexamen del seno. Los resultados aparecen en el Cuadro 5.

Los principales problemas de salud sentidos por la población estudiada se refieren a las limitaciones para ver o escuchar, los problemas de presión alta, diabetes, depresión, proble-

mas genitourinarios y enfermedades de la cavidad oral. Las prevalencias y sus intervalos de confianza aparecen en el Cuadro 6.

Del total de los ancianos 94% manifestó haber presentado algún problema de salud durante las dos últimas semanas, de los cuales acudieron a los servicios de salud un 93%.

## DISCUSIÓN

El régimen subsidiado fue creado en el nuevo marco de la seguridad social en salud para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de la

población pobre y vulnerable y para promover las medidas de promoción y prevención hacia los principales problemas<sup>5</sup>. La población subsidiada se encuentra en su mayor parte en la zona del Distrito de Aguablanca (comunidades 13, 14, 15) y en el sector de ladera (comunidades 1, 18 y 20). La muestra tomada guardó esta distribución y sus características se pueden considerar representativas de la población general.

La muestra es una población joven (mediana de edad = 20 años), su pirámide poblacional tiene características expansivas, con una mayor proporción de mujeres que en la población general de Cali. Posiblemente, las características del proceso de identificación de beneficiarios hacia la población femenina, embarazadas y mujeres cabeza de familia estén explicando el hallazgo. Esto también se puede ver reflejado en los índices de dependencia, pues la población del régimen subsidiado maneja índices de dependencia juvenil y general más altos que la ciudad<sup>6</sup>, mientras que los índices de dependencia senil no presentan una diferencia significativa (8.8%) y (7%) respectivamente, indicando que la población afiliada al régimen subsidiado cuenta con una alta proporción de personas menores de 15 años y que sus necesidades en salud corresponden a las de una población joven con condiciones socioeconómicas precarias<sup>7</sup>.

El hacinamiento y las condiciones de la vivienda serían los marcadores para la identificación de necesidades básicas insatisfechas<sup>8</sup>. Para el estrato socioeconómico 1 se encontró que 33% de las viviendas tenían hacinamiento y 26% para el estrato 2. Las peores condiciones de las viviendas se relacionaron con el tipo de paredes en madera o los pisos en tierra, y estas características estuvieron presentes en 12% de los hogares. Llama la

atención que 57% de las viviendas recolecta las basuras en forma inadecuada y 60.5% no tienen lavamanos. Es posible que estas condiciones no favorezcan buenas prácticas de higiene o saneamiento básico y puedan influir en las prevalencias de problemas respiratorios o gastrointestinales aunque dichas relaciones no fueron estadísticamente significantes.

En relación con la capacidad económica se encontró que 94% de la población no cuenta con recursos suficientes para cubrir los gastos familiares; 68% informó ingresos familiares por debajo de medio salario mínimo mensual y se considera que a pesar de contar con el carné de afiliación a las ARS, esta limitación económica constituye una barrera para el acceso a los servicios de salud. Brunner *et al.*<sup>9</sup> analizaron la relación entre la condición socioeconómica y el riesgo cardiovascular encontrando que a más bajo ingreso económico aumenta la prevalencia de factores de riesgo como el sobrepeso, tabaquismo e inactividad física, además, existe una relación entre la condición social en la infancia y la presencia de determinados factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Es posible que el bajo nivel educativo genere las condiciones que establecen hábitos de comportamiento y de alimentación no saludables desde la infancia y que marcan una mayor prevalencia de factores de riesgo entre la población pobre y deprimida socialmente.

En el análisis de los factores de riesgo por cada uno de los ciclos vitales se encontró una muy baja proporción de lactantes y menores de cinco años con sus esquemas de vacunación completos (16%) a pesar de asistir al programa de crecimiento y desarrollo. Es posible que la inclusión de la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* y el incumplimiento en

los controles de vacunación estén explicando este bajo porcentaje. Sin embargo, es necesario revisar los procesos del programa y evaluar la eficacia de las intervenciones.

Para las madres de 74% de los menores de 5 años se presentó algún síntoma de morbilidad en las dos semanas previas a la entrevista. La prevalencia de síntomas respiratorios ascendió a 67% cifra más alta de la informada en otros estudios<sup>10</sup>. La prevalencia de EDA fue de 17% cifra más alta de la registrada en los registros de las instituciones de salud. Gran parte de los problemas gastrointestinales no se registran en las instituciones pues las madres usan tratamientos alternativos o remedios caseros.

Para la población de 5 a 10 años se encontró 21% de deserción escolar, cifra común entre los estratos socioeconómicos bajos. Esta característica se considera como una necesidad básica insatisfecha y su magnitud es preocupante como un indicador de la cobertura del sector educativo y sus estrategias para lograr la continuidad de la educación básica. El nivel educativo será un factor condicionante de la ocupación, el nivel de ingresos y de muchos problemas de salud<sup>11</sup>.

Los adolescentes corresponden a un grupo que por sus características es vulnerable a muchos problemas de salud. Para este grupo de edad se encontró una alta frecuencia de desocupación; 22% de los adolescentes está desocupado o se encuentra realizando labores diferentes a las de la actividad académica. Una cifra similar se registró para las personas que han iniciado su vida sexual y cuya tasa de uso de anticonceptivos o medios de protección es muy baja (8%), lo que constituye un riesgo para el embarazo a temprana edad o la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

El grupo de adultos (18-50 años)

representa una gran proporción de la población estudiada (45%) debido a las características demográficas y al intervalo de edad escogido para delimitar este ciclo vital. Los mayores factores de riesgo encontrados en la población corresponden a la baja práctica de actividades deportivas, tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas que puede llegar a 30%. La presencia de estos factores puede condicionar la prevalencia de hipertensión arterial y diabetes cuyas frecuencias oscilan entre 16% y 4% respectivamente.

Cerca de 94% de los adultos afirmó tener vida sexual activa, sin embargo, al interrogarlos por el uso de métodos de planificación familiar sólo 39% los usa. Es posible afirmar, que a pesar de las campañas educativas hacia el uso de los métodos de planificación aún no se logra un cambio de las actitudes y prácticas de la población con relación a la anticoncepción y la protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

En la población femenina se encontró un bajo cumplimiento de las actividades de protección específica. A pesar de que la población femenina usa con mayor frecuencia los servicios de salud, diferentes estudios han demostrado la presencia de barreras de acceso a los mismos según la capacidad económica, el grado educativo de la persona y la condición de inmigrante a un país o ciudad<sup>12</sup>.

La población adulta mayor (50 y más años) correspondió a 14% del total de la muestra. En esta población se observaron comportamientos similares a los del grupo adulto en cuanto a las actividades de promoción y protección específica.

Para todos los ciclos vitales se examinó la relación entre el tiempo de afiliación a la ARS y la distribución de los factores de riesgo en los grupos que usaron o no los servicios de sa-

lud. Tal como se expone en el enfoque de riesgo, en la medida que se establecen acciones de prevención primaria o secundaria en una población se van encontrando factores de riesgo y/o enfermedades en la población. La incidencia en las primeras fases de la intervención va aumentando al igual que la prevalencia cuando se trata de problemas crónicos. Una vez que la intervención es efectiva y tiene la cobertura adecuada, la prevalencia de factores de riesgo tiende a disminuir al igual que la proporción de incidencia para los problemas más comunes.

El análisis realizado por cada ciclo vital demostró que a pesar del tiempo de afiliación no se observan cambios en la prevalencia de los factores de riesgo. Los índices de correlación entre estas dos variables fue bajo oscilando entre 5% y 15%. Lo que implica que el tiempo de afiliación a las ARS se correlaciona muy poco con el comportamiento del riesgo en la población. Este valor es un indicador indirecto del comportamiento de los servicios frente a la prevalencia de factores de riesgo y enfermedades en la población estudiada.

El enfoque de riesgo para la planeación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es fundamental en la búsqueda del impacto en salud pública. Hasta el momento, son pocas las evaluaciones del riesgo a nivel poblacional en especial, las cohortes del régimen subsidiado. La valoración del riesgo individual y colectivo cuando una persona es afiliada a las ARS y EPS determina el punto del arranque de las intervenciones en salud. La población debe conocer sus riesgos y trabajar en conjunto con el equipo de salud en su tratamiento y mejoría de sus condiciones de salud.

El diseño de las intervenciones desde las ARS o IPS debe tener en cuenta los mecanismos de evaluación

de los mismos. Las valoraciones de la población antes del inicio de la intervención son el punto de arranque de las mismas y la forma de lograr una mejor orientación hacia los grupos más necesitados (prioritarios en cuanto al riesgo). Una vez finalizadas las intervenciones o en su proceso, es necesario realizar mediciones de su eficiencia y efectividad. Los estudios de prevalencia con el presente, permiten realizar mediciones en diferentes momentos de la intervención y establecer diferencias que determinen la evolución del proceso y permitan realizar correcciones oportunas.

## SUMMARY

This study shows prevalence of risk factors and perceived morbidity by age groups in general population affiliated to subsidized system of medical care in Cali as well as use of medical services. With a probabilistic stratified sample by proportional clusters by ARS and *comunas* 413 families were selected for a direct survey. Variables included were dwelling units characteristics, sanitary conditions, income, risk factors for special age groups, perceived morbidity in last two weeks.

Key words: Prevalence. Risk factors. Subsidized system.

## REFERENCIAS

1. Tafur LA. *La salud en el sistema general de seguridad social. Ley 100 de 1993*. Cali: Centro Editorial Catorce, 1998. Pp. 153-185.
2. Alvarado E. *El régimen subsidiado de salud*. Bogotá: Fundación Creer, 1998. Pp. 73-87.
3. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia*. 3ª ed. Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona, 1998. Pp. 193-236.
4. Duque S. *Cali en cifras*. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 1997.
5. Macfarlane S, Racelis M, Mull-Muslime F. Public health in developing countries.

- 
- Lancet* 2000; 356: 841-846.
6. Scott W, Glyn L. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* 1998; 317.
  7. Brunner E. When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factor in adulthood. *Epidemiol Comm Health* 1999; 53: 757-764.
  8. Martínez O, Rivera G. *Prevalencia de IRA en la Comuna 9 de Cali*. Tesis de grado para optar al título de Especialización en Epidemiología. Universidad Libre de Cali. Octubre 1999.
  9. Rico-Velasco J. *Demografía y salud pública*. Cali: Editorial XYZ, 1990. Pp. 25-36.
  10. Bauer H, Rodríguez M, Szkupinski S. Barriers to health care for abused Latin and Asia immigrant women. *J Health Care* 2000; 11: 1-5.