

# DESCRIPCIÓN DE ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA. METROSALUD, 1997<sup>1</sup>

Nelson Mejía Escobar<sup>2</sup>  
Luz Elena Sema Galeano<sup>3</sup>  
Teresita Sierra Lopera<sup>4</sup>

## Resumen

*Estudio descriptivo observacional realizado en la Empresa Social del Estado Instituto Metropolitano de Salud, METROSALUD en Medellín, Colombia 1997. Se midió la frecuencia en estilos de vida saludables no fumar, ejercicio físico, dieta adecuada, peso ideal, sexo seguro, consumo de licor, exámenes de tamizaje y recreación, la actitud hacia éstos, hacia la promoción de la salud, y la percepción del componente institucional en promoción. Se aplicó encuesta autodiligenciada, tomándose muestra para cada uno de los grupos poblacionales: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.*

*La proporción en estilos de vida saludable encontrada fue del 22%, siendo mayor para los médicos, seguido por enfermeras, y luego por los auxiliares. No se observaron diferencias con lo reportado para la población general en los hábitos de fumar, consumo de licor y sobrepeso. Se encontró una actitud positiva hacia la promoción de la salud, con predominio en quienes tienen un estilo de vida más saludable. El componente institucional de promoción no es percibido claramente.*

## Palabras clave

*Calidad de vida  
Promoción de la salud*

<sup>1</sup> Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Epidemiología de la Universidad CES, 1997

<sup>2</sup> Enfermero, Especialista en Epidemiología, Metrosalud

<sup>3</sup> Enfermera, Especialista en Epidemiología, Metrosalud.

<sup>4</sup> Médica, Especialista en Epidemiología, Metrosalud.

E-mail: anec@epm.net.co

## DESCRIPTION OF ATTITUDES AND PRACTICES IN HEALTHY LIFESTYLES IN DOCTORS AND NURSES. METROSALUD, 1997

### Summary

*This is a descriptive observational study carried out in the Social Company of the State - Metropolitan Health Institute, Metrosalud - in Medellín, Colombia in 1997. The study measured the frequency in healthy lifestyles such as not smoking, physical exercising, a balanced diet, an ideal weigh, safe sex, rational alcohol intake, sieve examinations and recreation, the attitude toward these habits and toward the promotion of health as well as the perception of the institutional component in promotion. A survey filled out by the individuals was used, taking a sample from each one of the population groups (doctors, nurses and nurse auxiliaries).*

*The proportion of a healthy lifestyles applies to 22% of the population investigated, with the larger percentage for doctors, followed by nurses and then nurse auxiliaries. Differences were observed for the total population in relation to alcohol intake, smoking and overweight habits. It was found that there is a positive attitude toward the promotion of health, prevailing in those who have a healthy lifestyle. The institutional component of health promotion is not perceived clearly.*

### Key words

*Quality of life  
Health promotion  
Health education  
Health personnel*

### Objetivos

#### Objetivo general

Describir las actitudes y prácticas en estilos de vida saludables y la actitud hacia la promoción de la salud, de médicos y personal de enfermería del área asistencial del Instituto Metropolitano de Salud, METROSALUD, de Medellín.

## Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia en estilos de vida saludable en médicos y personal de enfermería, según variables demográficas, hábito de fumar, ejercicio físico, sexo seguro, consumo de licor, recreación, realización de exámenes de tamizaje, peso ideal y dieta saludable.
- Identificar las actitudes que tienen médicos y personal de enfermería frente a la práctica de estilos de vida saludables.
- Describir las actitudes que tienen médicos y personal de enfermería frente a las acciones de promoción de la salud.
- Describir algunos conceptos que sobre la promoción de la salud a nivel institucional, tienen los médicos y el personal de enfermería.
- Describir si quienes tienen un estilo de vida saludable asumen una actitud más positiva frente a las acciones de promoción de la salud.

### **Marco conceptual**

El componente *promoción de la salud* derivado del compromiso de los países miembros de la OMS en 1977: *salud para todos en el año 2000* -específicamente de la estrategia de atención primaria- quedó planteado en la Carta de Ottawa, elaborada por los países miembros de la OPS, así: "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma"; "para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social un individuo, o un grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, y de cambiar o adaptarse al medio ambiente" Y fue definida como "la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individuales y colectivas"<sup>1</sup>.

En la Carta de Ottawa se proponen cinco mecanismos de acción: la promoción de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, la reorientación de los servicios de salud, la potenciación de la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales.

Luego, en 1993, en Puerto España, se realizó una reunión de la OPS, con 19 países participantes, los cuales se comprometieron a poner en marcha programas y actividades encaminadas a producir cambios en los estilos de vida ligados a las principales enfermedades que afectan la población.<sup>2</sup>

La reforma de la seguridad social en salud realizada en Colombia, en 1993, y plasmada en la ley 100, representa la transformación más importante del sector salud, porque

cambia la manera de hacer salud pública en este país, donde la esencia es la salud del público, se engloba el concepto más estrecho de la atención médica que opera a nivel individual, no en sus aspectos técnicos e interpersonales, sino con respecto a su dimensión organizacional en relación a grupos poblacionales definidos.<sup>3</sup>

Dicha ley, en su decreto 1891, define, entre otros, como uno de los programas de salud pública "el control de riesgos del comportamiento que representan riesgos para la salud, como los hábitos de higiene y alimentación, la educación sexual, la salud pública mental y el control del consumo de cigarrillo, licor y otras sustancias psicoactivas".<sup>3</sup>

El perfil de morbilidad y mortalidad en Colombia, al igual que en el resto de países en vía de desarrollo, se presenta dentro de una polarización epidemiológica, porque presenta aún en forma considerable enfermedades de índole infeccioso y carencial, que corresponden a la primera revolución epidemiológica, y controladas ya en los países desarrollados; pero también presenta enfermedades crónicas y relacionadas con accidentes y traumatismos, las cuales corresponden a la segunda revolución epidemiológica, determinadas, en su mayoría, por los estilos de vida.<sup>4</sup> En Colombia se encuentran, de este grupo de enfermedades, las cardiocerebrovasculares, el cáncer, las hepáticas crónicas, las pulmonares obstructivas crónicas, los accidentes de tránsito y la violencia, en primer plano. <sup>4</sup> En los países desarrollados a partir de 1950 se logran notables conquistas sobre este grupo de enfermedades, lo cual se alcanza con cambios substanciales en la salud pública y al aplicar diversas teorías sobre la promoción de la salud.<sup>5</sup>

Para ampliar el concepto de estilos de vida, aunque no se cuenta con una definición que satisfaga todas las interpretaciones, se puede expresar la siguiente como punto de entendimiento: *los estilos de vida comprenden la manera como la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá del conocimiento individual que se tenga sobre lo dañino o lo saludable, y refleja valores y tradiciones, así como transformaciones, a través de la educación recibida. Para algunos, son el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana, que permanecen en el tiempo y que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo, en los diferentes grupos socioculturales; otra característica, a la vez que se transmiten históricamente, es que son susceptibles de ser cambiados por intervenciones, bien sean positivas o negativas, por medio de la educación y la comunicación social.* <sup>6</sup>

El enfoque sobre los estilos de vida se ha movido en diferentes perspectivas, desde el plano individualista, desde lo psicosocial, desde lo sociocultural llamado ecología médica, y por último desde una dimensión colectiva y social que comprende tres aspectos interrelacionados: material, social e ideológico.<sup>7</sup>

En la adopción de estilos de vida saludables entra en juego un concepto muy importante, el de la educación en salud. La OMS la define como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de estilos de vida saludables; que propugna por los cambios ambientales necesarios para lograr sus objetivos; y que dirige la formación profesional y la investigación hacia éstos.<sup>8</sup>

Las actitudes se pueden definir como disposiciones permanentes de ánimo, formadas por un conjunto de convicciones y sentimientos que llevan al sujeto a actuar y expresarse. Comprenden tres factores: el ideológico, formado por ideas y convicciones determinadas; el sentimental que genera simpatía o antipatía hacia cosas o personas; y un tercero reactivo que impulsa a pensar y obrar en las distintas situaciones sociales en consonancia con las convicciones y sentimientos profesados.<sup>9</sup>

Los agentes de educación en salud han sido tradicionalmente los funcionarios de los servicios de salud, constituyéndose en agentes importantes de contribución de conocimientos, actitudes y comportamientos en la población; estos funcionarios han tenido un papel social y han ejercido influencia tanto formal, con el cuidado directo de los pacientes, como informal, que aunque no es intencionada sí ha sido importante para la sociedad, pues sus palabras, hábitos y gestos se convierten en roles ejemplares para ésta.<sup>10</sup>

Sobre, cuál es el perfil del personal de salud para desempeñarse en labores de promoción de la salud, se puede decir que aún está por desarrollarse un plan de estudios que realmente logre una formación integral, que además de la formación en el modelo biológico, el abordaje de la enfermedad se amplíe hacia el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

En Colombia, la formación del personal de salud ha sido orientada hacia la asistencia, subestimando el beneficio de acciones educativas, preventivas, sociales, políticas y comunitarias. No existe suficiente personal formado en el área de promoción y prevención; durante muchos años se ha desempeñado en este campo el personal de enfermería, pero existe un déficit significativo de este personal en el país. Del personal médico se puede decir que no está preparado para estas labores ni las ha desempeñado por razones de toda índole, que no son objeto del estudio.

Teniendo en cuenta la responsabilidad del sector salud, y específicamente el personal médico y de enfermería, en el logro de las nuevas políticas planteadas en la reforma de la seguridad social en salud y concretamente en materia de promoción de la salud, interesa conocer si el personal de este sector tiene estilos de vida saludables, si el hecho de poseer conocimientos sobre sus beneficios ha logrado impactar en sus propias actitudes y comportamientos; interesa aún más conocer cuál es la actitud del personal de salud frente a la promoción de la salud, ya que ésta se refleja en su quehacer y subyace, invariablemente, determinando sus acciones cotidianas con las comunidades usuarias de los servicios de salud.

Para el presente estudio se eligieron los estilos de vida que tienen un mayor impacto en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares (que comprenden, entre otras, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad hipertensiva y las enfermedades de la circulación pulmonar), las pulmonares obstructivas crónicas, algunos tipos de tumores malignos (mama, cérvix, pulmón e hígado) y las de transmisión sexual, principalmente sida y hepatitis B.<sup>2</sup>

Los estilos de vida seleccionados fueron: el hábito de no fumar, el hábito de ejercicio físico, el hábito de peso adecuado, el hábito de dieta adecuada, el hábito de exámenes de tamizaje, el hábito de recreación, el hábito de consumo adecuado de licor y el hábito de sexo seguro. Con la sumatoria de los ocho hábitos se definió el estilo de vida saludable.

Se calculó la frecuencia de estos hábitos y se midió la actitud hacia los estilos de vida y hacia la promoción de la salud, mediante cuestionario basado en la escala de Likert.<sup>11</sup>

## **Metodología**

Estudio descriptivo, observacional, aplicado en las diez unidades hospitalarias de la empresa social del estado METROSALUD, ubicada en el municipio de Medellín, Colombia. Del total de médicos profesionales de enfermería auxiliares de enfermería que laboran en el área asistencial, se tomó una muestra de 272 personas, la cual fue calculada mediante muestreo estratificado proporcional aleatorio.

El instrumento de la investigación fue un cuestionario elaborado por los tres investigadores, mediante consulta de expertos y aplicando la escala de Liker. Incluía una breve introducción que aseguraba el anonimato e instrucciones precisas sobre su autodiligenciamiento. La primera parte aborda los aspectos generales de ubicación: edad, sexo, tipo de formación; y la segunda un grupo de preguntas para medir la frecuencia en hábitos saludables y otro para medir la actitud hacia éstos y hacia la promoción de la salud.

Los hábitos se midieron de la siguiente forma:

- Hábito de no fumar: tendrá este hábito, quien responda en forma negativa la pregunta sobre hábito de fumar.
- Ejercicio físico: tendrá el hábito quien realiza al menos tres secciones de ejercicio vigoroso a la semana, mínimo por treinta minutos cada vez. Este parámetro se adoptó según lo encontrado en la bibliografía.
- Peso ideal: se adoptó un método para su valoración, en el cual sólo se toman los datos peso, talla y sexo para dar una aproximación confiable, ya que para hacer una valoración más exacta se requieren mediciones antropométricas y la participación de expertos, innecesarias en este estudio.

La fórmula utilizada fue la siguiente: hombres =  $(\text{talla} - 100) - 5\%$   
mujeres =  $(\text{talla} - 100) - 10\%$

El peso considerado como ideal fue el encontrado entre el 90% y 110% de esta fórmula. Quienes queden por fuera de este rango se considera que no tienen el hábito.

- **Dieta saludable:** se definió el hábito según el consumo, entre normal y bajo de grasa, sal y azúcar; el consumo entre normal y alto de fibra, frutas y vegetales; y el consumo bajo de enlatados y procesados.

Para definir estos parámetros se consideraron enfermedades cardiocerebrovasculares y tumorales donde la dieta es un factor de riesgo o de protección en su etiología.

Quienes cumplieron con los seis parámetros de la dieta tienen una dieta saludable; quienes cumplieron con cuatro o cinco parámetros tienen una dieta medianamente saludable; y quienes cumplieron con tres o menos parámetros tienen una dieta no saludable.

- **Hábito de sexo seguro:** este hábito se definió teniendo en cuenta la pregunta si las prácticas de sexo seguro son para el encuestado una herramienta para evitar las enfermedades de transmisión sexual; y la pregunta sobre la importancia que el encuestado le da a las prácticas de sexo seguro dentro de sus hábitos.

Se consideró que tiene el hábito quien contestó que las prácticas de sexo seguro son una herramienta muy eficaz o medianamente eficaz, y que las prácticas de sexo seguro son muy importantes dentro de sus hábitos. Quienes contestaron algo diferente se consideró que no tienen el hábito.

- **Hábito de exámenes de tamizaje:** se preguntó acerca de los principales exámenes de tamizaje existentes para diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes en nuestro medio y relacionadas con los estilos de vida.
  - ◆ Perfil lipídico para mayores de 35 años, hombres y mujeres
  - ◆ Citología vaginal oncológica
  - ◆ Toma de presión arterial semestral para los mayores de 35 años
  - ◆ Visita odontológica anual
  - ◆ Autoexamen de mama
  - ◆ Autoexamen de piel

Para la cuantificación de los parámetros se tomó en cuenta el sexo como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Cuantificación de parámetros

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Saludable	4-5 parámetros	5-6 parámetros
Medianamente saludable	3 parámetros	4 parámetros
No saludable	2 ó menos	3 ó menos

- Hábito de consumo adecuado de licor: para definir este hábito se tuvo en cuenta la pregunta sobre frecuencia en el consumo y la pregunta sobre el número de copas.

Se considera que tienen el hábito quienes tienen una frecuencia diaria, semanal o mensual de una o dos copas o quienes consumen ocasionalmente hasta cinco copas. No tienen el hábito quienes se salen de estos parámetros.

- Hábito de recreación: para definirlo se tuvo en cuenta la jornada laboral y el tiempo dedicado a los diferentes tipo de recreación como un componente básico de la salud mental.

Se toman con el hábito saludable quienes trabajan 48 horas semanales o menos y se recreen todos los días o cada dos días. Quienes trabajen una jornada laboral menor de 48 horas y se recreen semanalmente o con una jornada mayor de 48 horas y se recreen todos los días, cada segundo día o cada semana, se consideran con el hábito medianamente saludable. Y quienes independientemente de su jornada laboral se recreen ocasionalmente o nunca, no tienen el hábito.

- Estilo de vida saludable: se definió teniendo en cuenta los hábitos de vida enunciados anteriormente y se clasificó de la siguiente manera:
  - ◆ Estilo de vida altamente saludable, quien tiene los ocho hábitos
  - ◆ Estilo de vida saludable, quien tiene seis o siete hábitos
  - ◆ Estilo de vida medianamente saludable, quien tiene cuatro o cinco hábitos
  - ◆ Estilo de vida poco saludable, quien tiene tres o menos hábitos
  - ◆ Estilo de vida no saludable, quien no tenga ninguno de los hábitos

La información se presentó por medio de tablas y gráficos. Se calcularon, según variables demográficas, las proporciones de cada uno de los hábitos, opiniones y actitudes, y se cruzaron los valores más representativos tendientes al logro de los objetivos.

## ***Discusión y resultados***

### **Descripción general de la población**

La población estudiada se encuentra entre los 20 y los 54 años, con una edad promedio de 37 años, y según el sexo el 72% es femenino y el 28% masculino. Según la profesión o cargo el 38,2% son médicos (33% femenino y 67% masculino), el 18% son enfermeras (94% femenino y 6% masculino), y 44% son auxiliares de enfermería (98% femenino y 2% masculino). Según la ubicación por área de trabajo, el 34% de la población estudiada se encuentra en el servicio de urgencias, seguido por hospitalización y consulta externa con 28 y 24% para cada uno, y por las áreas de cirugía y programas de consulta externa con un 7 y 9% respectivamente.



## **Proporción en estilos de vida saludables y actitud hacia su práctica**

**El hábito de no fumar** está presente en el 80% de la población, de este porcentaje el 13% son exfumadores. La mayor proporción en el hábito de no fumar se presenta en las auxiliares de enfermería (véase tabla 2). La población fumadora ha intentado dejar de fumar al menos una vez en un 76%, de éstos el 30% dice sentirse incapaz de dejar el hábito, un 40% refiere otros motivos para no hacerlo y un 26% dice no haber pensado en dejarlo.

**Tabla 2.** Distribución de la proporción de los hábitos de vida saludable en la población general y en la población estudiada. Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables en médicos y personal de enfermería. Metrosalud, 1997.

<b>Hábito saludable</b>	<b>General %</b>	<b>Médicos %</b>	<b>Enfermeras %</b>	<b>Auxiliares %</b>
No fumar	80,1	77,9	73,5	84,9
Ejercicio físico	29,4	36,5	18,4	27,7
Peso ideal	48,9	61,5	51,0	37,0
Dieta adecuada	41,2	51,0	32,7	36,1
Sexo seguro	71,7	73,1	67,3	72,3
Exámenes de tamizaje	40,8	41,3	34,7	42,9
Consumo adecuado de licor	65,4	55,8	69,4	72,3
Recreación	28,3	31,7	24,5	26,9

La prevalencia encontrada de fumadores por sexo fue del 24% para los hombres y del 18% para las mujeres, lo cual es similar a la reportada en 1996 en la población general 23 y 21%, respectivamente.<sup>12</sup> Los valores encontrados para el hábito de fumar difieren del estudio realizado en el *National Institute Interview Surveys* que para médicos fue de 5,5 +/- 2,5% y para los técnicos en salud (equivalente a auxiliares de enfermería) fue del 25,75 +/- 7,1%; en las enfermeras fue similar con 22 +/- 4,5% (véase tabla 2).

**El hábito ejercicio físico** se encontró sólo en el 29% de la población, sin diferencias por grupos de edad. Según el sexo la proporción del hábito es del 38% para los hombres y de 26% para las mujeres. Los médicos son los que tienen el hábito en mayor proporción (véase tabla 2). El 73% de quienes no hacen ejercicio aducen como causa la falta de tiempo.

**El hábito de peso ideal** lo tiene el 49% de la población estudiada; del 50% restante un 93% tienen sobrepeso y sólo el 7% bajo peso. Por sexo tienen mayor proporción de peso ideal los hombres con el 60% y sobrepeso el 35%; el 44% de las mujeres tienen peso ideal y sobrepeso el 54%. Lo anterior está por encima de lo encontrado en un estudio realizado en quince países de la región del norte, centro y sur América, que reporta para Colombia una frecuencia de obesidad del 39,8% para las mujeres y del 28,8% para los hombres.<sup>2</sup> La mayor proporción de peso ideal está en los médicos (véase tabla 2).

**El hábito de dieta adecuada** está presente en un 41%, en un 44% es medianamente saludable y no tienen el hábito el 12%; según el sexo las mujeres tienen una proporción de dieta saludable el 37%, medianamente saludable el 46% y no saludable el 14%, y en los hombres la proporción es del 50% con dieta saludable, el 41% medianamente saludable y el 9% no tienen este hábito. El hábito está en mayor proporción en el grupo de los médicos (véase tabla 2). La causa que aducen para no tener una dieta saludable es la falta de tiempo o espacio en el 54%; el 13% se siente incapaz de mejorarla y un 18% otras causas no definidas en el estudio.

**El hábito de sexo seguro** lo tiene el 72% de la población. Según el sexo: el 73% de las mujeres y el 67% de los hombres tienen éste hábito. La mayor proporción está en el grupo de los médicos. (véase tabla 2). De la población que opina que las prácticas de sexo seguro tienen mediana, poca o ninguna importancia dentro de sus hábitos, el 32% considera que ésta no es la manera de controlar las enfermedades de transmisión sexual, un 36% consideran que limitan la satisfacción sexual, y que no hay evidencia científica suficiente acerca de su eficacia el 18%.

**El hábito de exámenes de tamizaje** (toma de perfil lipídico, citología vaginal oncológica, toma de presión arterial, visita odontológica, autoexamen de mama y autoexamen de piel) lo tienen en forma saludable el 41% de la población, medianamente saludable el 26% y no saludable el 32%. Según el sexo tienen el hábito saludable el 48% de las mujeres y el 22% de los hombres. El hábito se encuentra en primer lugar en las auxiliares de enfermería (véase tabla 2). Al preguntárseles el por qué no se realizan los exámenes de tamizaje se encontraron diferentes causas para cada uno, las más frecuentes fueron la no pertinencia, no es de su agrado hacerlo y la falta de tiempo.

**El hábito de consumo adecuado o no consumo de licor** lo tiene el 65% de la población estudiada, frente a un 34% de consumo inadecuado, la proporción de consumo general encontrado fue del 67%, esta cifra está por debajo de la prevalencia anual de licor en la población general que para 1996 fue del 88,9%.<sup>12</sup> El consumo por sexo, es mayor en los hombres con un 59% frente a un 24% en las mujeres. Consumen licor en mayor proporción el grupo de los médicos y el hábito de consumo adecuado se encuentra en mayor proporción en el grupo de las auxiliares de enfermería (véase tabla 2). La causa para ingerir licor es como medio de recreación e integración social en un 90%.

**El hábito de recreación** lo tiene el 28% de la población en forma adecuada, en forma moderada el 35% y no tiene el hábito el 37%. Al analizar la jornada laboral como componente básico de la recreación un 22% de la población tiene una jornada laboral mayor a las 48 h semanales con mayor representación en el grupo de los médicos, sin embargo son ellos quienes tienen la mayor proporción del hábito de recreación. (véase tabla 2)

**El hábito de estilo de vida saludable** el resultante de los anteriormente descritos, sólo el 1% de la población como altamente saludable, el 21% lo tiene en forma saludable, medianamente saludable y poco saludable el 76% con porcentajes similares del 38% para cada uno y solo un 1% tienen un estilo de vida no saludable. Según el sexo se encontró mayor proporción de estilo de vida saludable y medianamente saludable en las mujeres; en los hombres la mayor proporción encontrada es el estilo de vida poco saludable. Se encuentran porcentajes similares en los médicos y las auxiliares de enfermería con los estilos de vida saludable y medianamente saludable. (véase tabla 3).

Los hábitos que llaman la atención por encontrarse una menor proporción de no práctica son: el hábito del ejercicio físico que no lo tiene el 71%, el peso ideal que no lo tiene el 50%, el hábito de la recreación que no lo tiene el 37%, tienen un consumo inadecuado de licor el 34%, no se realiza exámenes de tamizaje el 32%, y el sexo seguro no lo tiene el 28%, estos valores nos muestran porcentajes muy significativos de población que no tienen estos hábitos dadas las características de ésta como poseedora de conocimientos necesarios acerca de su importancia para el logro y mantenimiento del nivel de salud. Las principales razones aducidas para la no práctica o apropiación de estos hábitos de vida es la falta de tiempo, espacio, recursos, no importancia o el no tener la certeza de su efectividad. Lo anterior da como resultado el que sólo el 1% de la población tenga un estilo de vida altamente saludable y un 21% estilo de vida saludable. La mayor proporción en estilos de vida saludables se encontró en el grupo de los médicos, lo cual podrá explicarse por su mayor nivel de conocimientos.

**Tabla 3.** Distribución proporcional del estilo de vida saludable según profesión u oficio. Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables en médicos y personal de enfermería. Metrosalud, 1997.

Población estudiada	Estilo de vida saludable									
	Altamente Saludable		Saludable		Medianamente Saludable		Poco saludable		No Saludable	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Médicos	0	0,0	32	30,8	33	31,7	38	36,5	1	1,0
Enfermeras	0	0,0	9	18,4	17	34,7	21	43,0	2	4,0
Auxiliar de enfermería	2	1,7	17	14,3	54	45,4	46	38,7	0	0,0
Total	2	1,7	58	21,3	104	38,2	105	38,6	3	1,1

## **Actitud frente a la promoción**

Se midió con preguntas interrelacionadas. Un 10% de los encuestados considera que se le capacitó en promoción de la salud en forma muy suficiente y un 13% que no se les capacitó; frente a la educación a los usuarios, un 41% opina que sí se logran cambios significativos casi siempre y un 29% opina que siempre; en cuanto a la forma y lugar para dar educación, un 60% opina que se puede dar en cualquier momento y espacio; el 79% opinó que la promoción es una herramienta para mejorar el estado de salud y bienestar de la población; el 79% opinó que ésta debe ser asumida por grupos interdisciplinarios e intersectoriales; y un 97% opina que mejoran el nivel de vida y bienestar. En general, podría decirse que se encontró una actitud positiva frente a la promoción, especialmente en los profesionales de enfermería.

Al preguntarse si la educación que se imparte debe ser concordante con el propio estilo de vida, un 90% afirma que sí, dato que llama la atención con las bajas proporciones encontradas en los estilos de vida saludable de esta población.

## **Componente de promoción institucional**

Para evaluar este componente se hizo un sondeo de opinión de los encuestados con una serie de preguntas sobre la percepción de la promoción institucional; un 71% opina que no está claramente definida para su aplicación; un 82% opinó que no hay recurso humano en calidad y cantidad suficientes; un 60% opinó que ésta no ocupa un lugar importante en el quehacer institucional; y un 65% opinó que no se realiza como una actividad básica dentro de las acciones de salud. Por profesión, el mayor porcentaje de negatividad a este componente se encontró en el grupo de los médicos y, a nivel general, se encontró que se percibe la promoción institucional en una proporción muy baja, lo cual llama notoriamente la atención dado que el quehacer institucional ha sido históricamente el primer nivel de atención en el cual debe estar inmersa la promoción.

## **Estilo de vida saludable y actitud hacia la promoción**

El estilo de vida encontrado se cruzó con las opiniones de actitud hacia la promoción, encontrándose que quienes poseen un estilo de vida más saludable tienen una actitud más favorable hacia la promoción de la salud. Los hábitos de vida más recomendados por este personal son: el ejercicio físico en 26%, la dieta en 26%, el no fumar en 16% y con 12% el grupo de otros no definidos en este estudio. Llama la atención que hábitos como el peso ideal, sexo seguro, y consumo adecuado o no consumo de licor, y exámenes de tamizaje no sean recomendados o lo sean en muy baja proporción. Se encontró alguna concordancia entre tener determinado hábito y ser éste el que más se recomienda a los usuarios.

## **Conclusiones y recomendaciones**

- Los hábitos saludables más practicados en la población estudiada son, en su orden, no fumar, sexo seguro y consumo adecuado de licor; los menos practicados son la recreación y el ejercicio.
- Se encontró mayor proporción de hábitos saludables en los médicos con cinco de los ocho estudiados; en segundo lugar las auxiliares de enfermería con los tres hábitos restantes. En las enfermeras no se encontró predominio proporcional en ninguno de los hábitos estudiados.
- La proporción general en estilo de vida saludable encontrado fue del 22%; y según población estudiada el 30,8% para los médicos; 18,4% para las enfermeras; y un 16% para las auxiliares de enfermería.
- En general en la población estudiada se percibe con un estilo de vida más saludable que el encontrado para cada uno de los hábitos.
- En los hábitos de fumar, consumo adecuado de licor y peso adecuado, no se encontraron diferencias importantes con relación a los de la población general colombiana (sólo se tienen datos de comparación para estos tres hábitos).
- Sólo un 36% de la población consideró que en su formación académica se les capacitó en forma suficiente en promoción de la salud, y un 38% que fue insuficiente o que no se les capacitó, a pesar de esto se encontró una actitud positiva hacia ésta.
- En general, se encontró una mejor actitud hacia la promoción de la salud en quienes tienen un estilo de vida más saludable.
- Se recomienda a las instituciones formadoras del recurso humano en salud reformas curriculares encaminadas a producir mayores cambios en los estilos de vida de los egresados, que mejoren su estado de salud y la calidad de vida y, a su vez, estén preparados para asumir el compromiso social en el ámbito de la promoción de la salud.

### **Recomendaciones para METROSALUD:**

- Protocolizar y operativizar el componente de promoción de la salud como un elemento fundamental que debe estar involucrado en la prestación de servicios de salud.
- Realizar programas de capacitación para el personal de la institución que mejoren el nivel de conocimientos y refuercen actitudes positivas hacia la promoción de la salud, con el fin de impactar en forma efectiva en la población usuaria.
- Adecuar espacios y crear programas o estructuras de apoyo institucionales, que faciliten el cambio y mejoramiento de actitudes hacia estilos de vida más saludables en los funcionarios de METROSALUD.
- Realizar una evaluación que permita detectar las dificultades y carencias tanto en el recurso humano como de apoyo logístico, e implementar los cambios necesarios para el desarrollo del componente de promoción de la salud.

## Referencias bibliográficas

1. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. *Memorias del Seminario y Taller Internacional, Atención Primaria y Promoción de la salud Familiar. Muestra de participación comunitaria en salud*. Caucaasia, Antioquia 1994.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Edición de 1994. Washington DC: OPS, 1994; 336-338.
3. Ministerio de Salud. División de Promoción de la salud. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema de seguridad social en salud*. Santafé de Bogotá; 1996: 26-29.
4. Jaramillo Londoño MC. *Diagnóstico de la Situación de Salud de Medellín 1.983-1994*. Medellín: Instituto Metropolitano de Salud de Medellín; 1994: 53-57.
5. Terris M. La Epidemiología en la Formulación de Políticas, Planificación y Administración de los Servicios de Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 1995; 12 (2):82-83.
6. Espinosa de RH. La Epidemiología y las Políticas Públicas Saludables. *Revista Facultad de Salud Pública* 1955; 12 (2):37.
7. Pedersen D. *Estilos de vida y salud en Centro Latinoamericano de Desarrollo Humano. Introducción a la Salud pública Materno-infantil y perinatal*. Montevideo; 1992; 6-7.
8. Salleras Sanmarti L. *Educación Sanitaria*. Barcelona: Días de Santos; 1990: 56-57.
9. Good W. *Métodos de Investigación Social*. México: editorial Trillos; 1972.
10. Gestal Otero JJ. *Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario*. 2 ed. Madrid: Interamericana; 1993, 466-471.
11. Torres de G. Y, Montoya ID. *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Santafé de Bogotá, DC: Ministerio de salud, 1997: 85.

## Bibliografía

- Bustamante C, Vélez L. Día Mundial Sin Tabaco. *Boletín información para la acción*. 1997(8): 1-7.
- Castellanos P. Sobre el Concepto Salud - Enfermedad, un punto de vista epidemiológica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 1988; 2(1): 40-55.
- Castelli W, Fernández Cruz A. Cardiovascular Risk Factors. *An International Journal* 1994; 3, Supl. (1):10.
- Colombia, Ministerio de Salud. *Asesoría en Infección por VIH / SIDA*. Santafé de Bogotá DC:Ministerio de Salud; 1992: 12.
- García J. *La Formación Médica en América Latina*. Ginebra: OPS, OMS; 1972: 398 (Publicaciones Científicas No. 255).
- Goode W. *Métodos de investigación social*. México: editorial Trillos; 1972:458.
- Pérez R, Ibarra A. Niveles en la determinación social de la salud. Consideraciones sobre el modo de vida, las condiciones de salud y la salud de los hombres. *Revista Cubana de Administración de Salud* 1986; 12 (4): 321-326.
- Restrepo H. Promoción de la salud y Equidad: Un concepto para la acción en Salud Pública. *Revista Educación Médica y Salud* 1995; 29 (1): 76-91.
- Vasquez Correa E, Quiros M. Salud Mental y Recreación. *Revista Hospital Mental de Antioquia* 1985; 12 (3): 5-12.

Fecha de recepción: mayo de 1998