

ARTÍCULO ORIGINAL

Situación de salud en Colombia y su influencia en la salud familiar de las familias colombianas

Health in Colombia and its influence on colombian family health

¹RUBIANO Y. L.; ²LAZA C.

¹Enfermera MSc., ²Enfermera Esp. Epidemiología Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá.

Recibido en agosto 20 de 2005 • Aprobado en marzo 28 de 2006

RESUMEN

El presente artículo es producto de una revisión documental que presenta las condiciones sociales y económicas actuales de Colombia, así como las dos primeras causas de muerte de la población en el país y el contexto demográfico; para finalmente, describir su influencia en la salud familiar de las familias colombianas.

La situación de salud de Colombia esta dada por un perfil de heterogeneidad estructural, en el cual se combina las enfermedades de la pobreza con las del desarrollo. Así, en el país las dos primeras causas de mortalidad están dadas por las muertes violentas y por entidades de tipo crónicas. Ambas han influido en transformaciones en la estructura (cambios en la tipología y en los roles familiares) y en la funcionalidad familiar (cambios en los patrones de comportamiento, de responsabilidades y de tareas de los miembros de

la familia) de forma negativa. Las muertes por causas violentas afecta a los jóvenes de las familias los cuales son los económicamente activos y en plena edad reproductiva. En el caso de las muertes por entidades crónicas, es importante el impacto negativo en las familias por el proceso previo a la muerte por esta causa.

Las transformaciones en la estructura y funcionalidad de las familias colombianas que han generado estas causas de mortalidad, se ven agravados por las difíciles condiciones económicas, sociales y políticas por las que atraviesa el país.

PALABRAS CLAVES: Salud, Salud familiar, indicadores de mortalidad, indicadores socioeconómicos, indicadores demográficos, violencia, Enfermería.

ABSTRACT

This article is the result of a literary revision presenting the current social and economic conditions in Colombia, as well as the two primary causes of mortality in the country's population and the demographic context to finally conclude describing their influence on Colombian family health.

The health situation in Colombia is given by a structurally heterogenic profile in which diseases caused by poverty and development are combined. Thus, violent deaths and chronic diseases are shown to be the two primary mortality causes. Both have influenced the transformation of family structure (family role and typology changes) and functionality (changes in behavior patterns, responsibilities and intrafamily tasks)

in a negative manner. Death by violent causes affects the socially active and reproductive-age youths. Death due to chronic entities is characterized by the negative influence the process previous to the death has on the family group.

The transformations on the structure and functionality of Colombian families generated by the two causes mentioned are worsened by the difficult economic, social and political conditions present in the country.

Key words: Health, family health, mortality indicators, socioeconomic indicators, demographic indicators, violence, Nursing

INTRODUCCIÓN

La salud de la población, incluyendo la Salud Familiar se ven influenciadas por eventos biológicos, sociales, económicos y políticos, que interactúan permanentemente. Este artículo presenta el panorama general de los indicadores demográficos que dan cuenta del contexto sociodemográfico colombiano actual; continúa con la presentación de las dos primeras causas de mortalidad en la población y se finaliza con la problemática económica colombiana. Así, a la luz de

estos indicadores se describe la influencia de estos sobre la Salud familiar de las familias colombianas.

A pesar de no presentar los indicadores de morbilidad por enfermedades crónicas, es importante aclarar que se realiza un análisis del impacto que estas tienen en la Salud familiar por el difícil proceso que debe asumir la familia con uno de sus miembros con una enfermedad crónica previo a su muerte por esta causa.

CONTEXTO SOCIEDEMOGRÁFICO ACTUAL

En Colombia, las estimaciones de la población para el año 2003 fue de 44.531.434 de habitantes, con un predominio de la población urbana, 32.100.244 habitantes, en relación con la población rural que fue de 12.430.190 habitantes. (Ministerio de Protección Social-OPS, 2003). La esperanza de vida al nacer en ese mismo año fue de 72.17 años, con una diferencia de 5 años entre los hombres y las mujeres (75.32 años en las mujeres frente a 69.17 años en los hombres). La pirámide poblacional continua siendo pretransicional, típica del país subdesarrollado pero con una tendencia a un estadio intermedio por la transición demográfica.

La tasa bruta de natalidad estimada para el año 2003 fue de 21.4 por 1000 habitantes y la tasa de fecundidad por mujer en ese mismo año fue de 2.62. Ambos indicadores han presentado un descenso en los últimos años debido y esto como consecuencia de la situación socioeconómica del país en los últimos años lo cual ha hecho mas difícil el sostenimiento de una pareja y de sus hijos, por cuanto los recursos naturales (espacio y agua) disminuyen con el crecimiento poblacional, y las oportunidades económicas son cada vez más difíciles y competidas, se crea una cultura de planificación, que finaliza con un descenso significativo del número de nacimientos. Se estima que la natalidad continuará descendiendo durante el próximo quinquenio.

En cuanto a la mortalidad general para el año 2000, según (Ministerio de Protección Social-OPS, 2003), esta fue de 443 por 100.000 habitantes, sin mucha diferencia con respecto al año anterior que fue de 441.9; siendo la primera causa las muertes por enfermedades crónicas y la segunda, por muertes violentas.

El contexto sociodemográfico colombiano actual esta marcado por un perfil de heterogeneidad dado por el envejecimiento de la población y el predominio de la

morbimortalidad por enfermedades crónicas y el cáncer, proporcionadas por la transición demográfica en un estadio intermedio en el cual se encuentra la sociedad colombiana pero que a la vez se combinan con determinantes para la enfermedad en la población de tipo socioeconómicos más que de tipo biológicas lo que explica la alta mortalidad por enfermedades evitables, perinatales y por causa de la violencia.

Varios son los factores que han caracterizado el contexto sociodemográfico del país durante los últimos años. De una parte, el perfil actual de la situación de salud en Colombia se encuentra marcada, más que por la “transición epidemiológica”, por un perfil de heterogeneidad estructural, en el cual se combinan desigualmente las “enfermedades de la pobreza”, con las “enfermedades del desarrollo”, siendo muy fuerte la expresión de la inequidades socio sanitarias que de tiempo atrás han caracterizado al sistema de salud colombiano. “En este perfil persisten simultáneamente las enfermedades de la pobreza y las del desarrollo, para todos los estratos sociales, pero en el que también las enfermedades transmisibles e infecciosas afectan más, y con mayor letalidad, a los más pobres». (Yepes, 2000 citado por Echeverri, 2002).

A pesar que las enfermedades crónicas no transmisibles se han considerado como típicas en el perfil epidemiológico de los países desarrollados, en Colombia estos indicadores más que demostrar una transición epidemiológica importante, se ha relacionado estas con las condiciones y la calidad de vida de la población. Un ejemplo de lo anterior fue un estudio realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y OPS en el año 2000 (Echeverri, 2002), el cual destaca la correlación entre la pobreza y la mortalidad por cáncer de útero, sumando más argumentos acerca de la correlación entre salud y calidad de vida.

PROBLEMÁTICA DE LA SALUD FAMILIAR DE LAS FAMILIAS COLOMBIANAS

La salud de la población y de la familia se modifica bajo el influjo de las transformaciones de sus condiciones socioeconómicas de vida. La salud representa un reflejo total y sumatorio, no sólo del bienestar físico y del desarrollo material, sino también del carácter del régimen socio-político, del nivel de su democratización y de las ideologías dominantes, así como de un complejo de interrelaciones sociales (Velandia, 1994). Según Franco (2001), "El concepto de salud se considera en el sentido de bienestar, de vida digna y buena, de adecuada calidad de vida para las personas y los diferentes colectivos de una determinada sociedad. Es decir: el concepto de salud no se reduce a la atención médica de las enfermedades y al consiguiente suministro de medicamentos y servicios clínicos-hospitalarios, como generalmente se entiende y se practica. Los incluye pero los trasciende. Además; el logro de tales condiciones de vida y bienestar es el producto combinado de decisiones y acciones de los individuos, la sociedad y el Estado. Resulta entonces que la salud tiene afinidad con la tranquilidad en la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial el derecho a la vida, y con tener satisfechas las necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos. La salud se ubica así en el territorio de los derechos y en el de las necesidades. Es decir: la salud es en sí un derecho social, en íntima relación con el derecho fundamental a la vida".

Teniendo en cuenta la definición de salud asumida en este escrito, la Salud familiar de las familias Colom-

bianas, hoy se debate en múltiples conflictos originados tanto en las relaciones que establece con el medio social, como en la forma que asume las interrelaciones que a su interior se vivencia entre los miembros que la componen.

Empecemos por acercarnos a una definición de salud familiar, como la propuesta por Campbell (1998), quien afirma que para "Poder comprender la salud y la enfermedad en un continuo durante toda la vida no solo se debe intervenir el elemento biológico (moléculas, células, órganos), sino también se debe tener en cuenta la persona, la familia, la ubicación profesional, paciente y el contexto, factores interrelacionados de tal manera, que un cambio en cualquier de este nivel produce un efecto en todos los demás. Los diversos niveles están conectados mediante un continuo sistema de retroalimentación". La salud familiar desde esta perspectiva biopsicosocial, interviene la salud y la enfermedad en el contexto familiar, explorando los factores familiares para ver hasta que punto puede influir en una crisis o ser utilizados como recursos. Así se conforma un triángulo que incluye paciente, profesional y familia en un proceso de capacitación en el mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, todos juntos decidiendo lo que se debe hacer.

Por lo tanto, frente al concepto de Salud familiar aquí planteado es necesario relacionar algunos indicadores sociodemográficos, de mortalidad y económicos de Colombia para evidenciar su influencia en la Salud Familiar de las Familias Colombianas.

MUERTES VIOLENTAS Y EL IMPACTO EN LA FAMILIA

Los cambios estructurales sociodemográficos aludidos anteriormente, pueden estar relacionados con las transformaciones de la salud de las familias. Es preciso en primer lugar reflejar de manera específica las repercusiones de la violencia, teniendo en cuenta que en Colombia la segunda causa de muerte se atribuye esta. Se observa que hay un aumento notable en las muertes violentas, que, de una tasa de 67.5 en 1999 paso a una de 108.8 por 100.000 habitantes en el año 2000.

Los homicidios de menores constituyen la tasa más alta de maltrato infantil. Durante el año de 1995 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 2.320 necropsias por presuntos ho-

micidios en menores de 18 años; 1.164 por accidentes de tránsito, 1.046 por otros accidentes y 2.3 por suicidios. Proyecciones realizadas por el Departamento Nacional de Planeación estiman que en Colombia dos millones de niños están siendo maltratados, de los cuales 850.000 lo son severamente (Suárez, 2004).

Ante estos indicadores, es importante en primer lugar, tener en cuenta el trasfondo de la situación de violencia generada por el Conflicto social y armado que se sucede en el país por más de cuarenta años. Este conflicto ha permeado todas las esferas de la sociedad colombiana y, por ende, ha afectado notablemente la salud de los colombianos. Y, en segundo lugar, asumir como presupuesto que "La violencia entraña un proce-

so histórico, es resultado de la historia, y para cambiar el curso de la misma es necesario una restauración de la funcionalidad social, de sus instituciones básicas formales y no formales, desde la familia. El proceso de la violencia no acaba con una víctima, es solo su expresión de un momento. Las instituciones deben atender los diversos aspectos que explican la violencia y la ruptura de los lazos de convivencia que hacen a una sociedad más vulnerable a la violencia que otras". (OPS, 2002).

En el escenario social de Colombia descrito, los datos de mortalidad por causas violentas en Colombia relacionadas con el conflicto social y armado, tienen un impacto negativo por diferentes aspectos. En primer lugar, el país está perdiendo una enorme cantidad de vidas humanas, que dada la juventud de la mayoría de las víctimas se encuentran en etapa productiva y económicamente activa. Todo esto se considera de altísimo costo social ya que resultan pérdidas afectivas, económicas y políticas imposibles de recuperar. (Franco, 2002).

Es así como Franco (2002), al establecer la relación de la salud con la violencia, refiere que producto de esta última se ha venido deteriorando la calidad de vida de los colombianos, tanto por las consecuencias directas como las muertes y las lesiones personales como por su capacidad para generar miedo, incertidumbre, inseguridad e impotencia. La guerra y las violencias destruyen el tejido social, desconfiguran los valores socialmente pautados, desestructuran psicológicamente y afectivamente a las personas y a los grupos además de crear un clima de desesperanza. También la situación de violencia del país ha llevado a un cambio importante en los estilos de vida de las familias colombianas, que afecta espacios como la recreación y el esparcimiento por la reducción de la movilización dentro del país.

Si a la luz de lo anterior miramos el impacto en la Salud familiar, la pérdida de algún miembro de la familia y/o la pérdida de sus bienes genera en las relaciones familiares un cambio en los roles cuyas implicaciones emocionales están relacionadas con la aceptación o la obligatoriedad; y el desagrado con que se asuma esta situación. Así, por ejemplo, hay mujeres que solo habían desempeñado las labores propias del hogar y que al verse responsables de sus hijos deben desempeñar oficios que no les gusta, que les implica cambios en su forma de ser, pensar o ver el mundo y para los cuales no estaban preparadas. En estos casos, el cambio de rol resulta ser una "carga" más,

un elemento que agregado a la pérdida de su compañero la lleva a una situación emocional expresada en conductas de agresividad, tristeza, intolerancia y/o maltrato a los hijos. (Universidad Nacional de Colombia, 2002).

Los jóvenes a igual que los niños (hombres y mujeres) deben participar en la nueva dinámica familiar cambiando muchas veces su rol familiar. Tempranamente se convierten en jóvenes productivos, proveedores económicos y responsables de la dinámica familiar; dejando la escuela en etapas primarias y desde lo emocional, expresando su confusión por el cambio pero sobre todo su malestar "por no poder vivir su propia vida". (Universidad Nacional de Colombia, 2002).

Otra consecuencia en la familia, como afirma Bello (2002) hace alusión al rompimiento de los lazos y las estructuras familiares por diferentes razones (desplazamiento forzado por la violencia, muerte y/o desaparición de uno o más de un familiar). Así, la familia sufre serios traumatismos provocados por la imposición y adopción de nuevas formas de crianza que llevan a alterar los procesos de socialización; la renegociación en momentos de crisis, de roles y estatus y obviamente, por las limitaciones y trabas en el orden económico y social con que tropiezan para cumplir sus funciones tradicionales.

En cuanto a la violencia familiar definida como "El acto cometido dentro de la familia que perjudica la vida, la integridad psicológica e impide el desarrollo integral de sus miembros, entendiéndolo integral, como el logro de metas biológicas, psicológicas y sociales de la familia". (Suárez, 2004), y que se manifiesta de varias maneras: En actos que afectan directamente el cuerpo y la salud como golpes, patadas atropellos con armas u otros objetos; la violencia emocional que se ejerce a través de hechos que afectan la salud mental y la estabilidad emocional, se manifiesta con palabras soeces, amenazas, engaños, rechazos, etc, generan repercusiones de gran trascendencia para las familias Colombianas como: establecimientos de patrones de interacción humana violentos y fomentando ciclos transgeneracionales de violencia, la que tiende a duplicarse y expandirse cada vez más entre el tejido social.

La violencia familiar se considerara como una consecuencia, y se ha agudizado en los últimos años, por la problemática social colombiana que está estrechamente relacionada con la sucesión del conflicto social y armado. Así, el conflicto social y armado es un productor evidente de violencia en el país, que como afir-

ma Meertens, (1998) el carácter de la violencia política de más de cuarenta años en Colombia ha dejado un impacto en la sociedad colombiana: su más cruel penetración en las esferas más íntimas de las familias lo que ha generado una reproducción de la violencia en las historias personales.

Además, los efectos de la violencia intrafamiliar sobre la salud pueden prolongarse más allá de un maltrato

inicial y ocasionar discapacidades permanentes como lesiones medulares o cerebrales, o mutilaciones. Ocasionalmente problemas psíquicos y comportamentales de muy diversa índole, como depresión, abuso del alcohol, ansiedad y comportamiento suicida, problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales, (Universidad Nacional de Colombia, 2002) que se convierten en causas de alteración de la salud familiar.

LA ENFERMEDAD CRÓNICA Y SUS REPERCUSIONES SOBRE LA FAMILIA

El perfil epidemiológico en Colombia da cuenta del peso por la mortalidad por enfermedades crónicas. La mortalidad por estas enfermedades se ha configurado en los últimos años como un indicador relevante que ha modelado el perfil heterogéneo de la estructura poblacional (transición demográfica) y la heterogeneidad en el perfil epidemiológico. Según el Ministerio de Protección social y la OPS (2003) en Colombia durante el 2000, estas causas ocuparon el primer lugar en los indicadores de la mortalidad. La tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (267.1 por 100.000 habitantes) y enfermedades cerebro vasculares (162.4 por 100.000 habitantes), ambas tasas en personas de 45 y más años; seguida por las enfermedades cardiovasculares (122.1 por 100.000 habitantes). La mortalidad por neoplasia también ha presentado un aumento que ha contribuido a la constitución del "mosaico" epidemiológico de nuestro país. Para el 2000, la tasa de mortalidad por este evento fue de 65.7 por 100.000 habitantes, destacándose en el primer lugar las relacionadas con las neoplasias malignas de pulmón, traquea y bronquios en la población de 45 y más años que fue de 34.5 por 100.000 habitantes. En segundo y tercer lugar se ubicaron las muertes por neoplasias malignas del útero (27.8 por 100.000 habitantes) y de mama (20.5 por 100.000 habitantes) en mujeres de 35 y más años respectivamente.

Frente a estos indicadores, es importante considerar el impacto que tiene en la familia la muerte o pérdida de un miembro de esta por una enfermedad crónica. Sin embargo, hay que tener en cuenta el proceso largo y difícil que debe asumir la familia cuando uno de sus miembros enferma por uno de estos eventos. En este sentido, al mirar la influencia en la Salud familiar por la mortalidad causada por patologías crónicas, en este artículo se relaciona, no sólo con la pérdida de un integrante de la familia sino con el proceso que subyace al evento de la enfermedad crónica y que debe asumir la familia como cuidador principal.

Como enfermeras (os) sabemos que las situaciones de enfermedad, afectan de manera importante la vida de las personas y las interrelaciones con su entorno y del entorno del cual de ellas forman parte. También, es claro que la enfermedad es una experiencia de vida única para cada ser humano, para cada familia y para cada grupo (Sánchez, 1999). Es por ello que, cada día se considera que todo problema de salud no es solo un problema individual sino también un problema de su grupo familiar, así se puede aseverar que se afecta la salud familiar de las familias, es decir, se afecta el estado de salud de los integrantes de la familia, y la efectividad o funcionalidad de la familia como unidad social.

Si bien es cierto que la familia como unidad social, ha ido transformando muchas de sus funciones, continúa asumiendo un peso importante en el cuidado de la salud, sigue constituyéndose en el ambiente fundamental en el cual ocurre el proceso salud-enfermedad. Es así como en el marco de la familia se define una alteración como enfermedad, se valida preliminarmente el rol del enfermo y se busca ayuda profesional; modificando las funciones a las que esta acostumbrada, tomando decisiones, asumiendo responsabilidades y realizando tareas y acciones de cuidado físico, social y psicológico para atender las necesidades cambiantes de la persona con enfermedad crónica que cuida, es decir se afecta su salud familiar. Con respecto a lo anterior, veamos algunas evidencias investigativas.

Papalíe Y cols (1998), asegura que los problemas de salud, como las enfermedades crónicas de uno de los miembros de una familia, genera, desorganización en la familia, en la medida que los miembros abandonan sus actividades habituales y centran sus esfuerzos en restablecer el estado de salud, los roles y responsabilidades previamente asumidos por la persona enferma.

Mc Daniel (1998) cita a Colmes y Rahe (1967) quienes encontraron que el estrés crónico en unas familias

tenía relación directa con una mayor incidencia de faringitis crónica. Así mismo cita a Kraus y Lilhienfeld (1967), quienes descubrieron que el suceso de enfermedad de uno de los cónyuges en unas familias, incrementa diez veces la situación de estrés familiar.

Artinan (1998), quien cita a Rollanol (1998), afirma que el subsistema conyugal se desequilibra al enfermar uno de los miembros de la pareja. Las enfermedades que implican recaídas requieren de una actividad familiar diferente de aquella que se requiere cuando la enfermedad sigue un curso constante o progresivo, así mismo el resultado de una enfermedad influye en el grado en el que la familia experimenta el dolor, así pues la expectativa de una pérdida futura puede alterar las percepciones de la familia y sus habilidades para resolver problemas.

Dugas (1987) refiere que la enfermedad de un miembro de la familia tiene un impacto en todos los familiares. Si el enfermo es quién lo mantiene, hay una preocupación natural sobre la pérdida de la capacidad para conservar la responsabilidad financiera de la familia; es posible que tanto el paciente como la familia se preocupen por saber el tiempo en que podrá trabajar y sobre la vigencia de la incapacidad, es posible que el jefe de la familia no este en capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos familiares, alguien más, tendrá que responsabilizarse de ello.

Cuando enferma la madre; se altera la vida del hogar y otros miembros deben asumir las funciones cumplidas

por ella mientras se encuentra incapacitada (Tobo, 1998).

Barrera (2003), encontraron en el entorno colombiano que las familias que asumen el cuidado de familiares con enfermedades agudas y crónicas y mucho más si éste es un niño, implica una obligación con cambios en varias áreas de su vida, por ejemplo: en el desempeño de las tareas de la casa, en las relaciones sociales, en el desarrollo personal, el tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y física. La mayor parte de los familiares manifiestan sentimientos de angustia, cansancio, preocupación, miedo, negación y desconcierto ante la situación que tienen que afrontar al cuidar a sus hijos.

Pinto (2002), comenta que en el cuidado de personas con enfermedad crónica, las familias se ven abocadas a situaciones desconocidas y presentan problemas como:

- La familia ha de asumir, además del trabajo, la función que hasta ahora ha desempeñado el enfermo en la propia familia y el cuidador como empleado para contar con ingresos, el de cuidador del enfermo y el de miembro de familia.
- Las familias con un paciente en situación de enfermedad crónica tiene menos tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben con exactitud como actuar, las relaciones pueden resultar incómodas, por lo que disminuyen los contactos, precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional.

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO COLOMBIANO

De igual forma, la relación entre la salud familiar y los indicadores socioeconómicos en el país confluyen en la situación alarmante de desequilibrio macroeconómico en el que las causales de la violencia se agudizan con los desajustes sociales originados por el incremento de la pobreza y diferentes formas de exclusión como el desempleo, la informalidad y la marginalidad. La recesión de 1999 y la lenta recuperación posterior no han permitido generar nuevas oportunidades de desarrollo económico, por el contrario, hay un proceso de destrucción de capitales y esfuerzos productivos con cierre de empresas, desmotivación y pérdida de empleos, mientras en el campo los cultivos tradicionales se abandonan para ser reemplazados por otros ilícitos pero que dan mejores ingresos en el corto plazo. A la incertidumbre económica se le sumó la incertidumbre política, el resultado es la agudización del conflicto social y armado y la arremetida contra los grupos más vulnerables de la población en un fuego cruzado que

deja víctimas de todos los orígenes sociales: los que tienen algún poder económico terminan desplazados fuera del país, los demás de peregrinación por Colombia.

Según el análisis realizado en El Informe Coyuntural de 2003 (Universidad Nacional de Colombia/ Contraloría General de la República, 2003) por los investigadores de la Universidad Nacional de Colombia, la dinámica del producto interno bruto per cápita (PIB) desde 1980 ha tenido una tendencia creciente desde los años 80, sin embargo, la calidad de vida de la población colombiana no ha tenido esta misma tendencia. Entre los años 1997 y 2003 la pobreza, medida por línea de pobreza (LP), aumentó 11 puntos, pasando del 55% al 66%. Este dato es escandaloso por lo menos en dos sentidos. Primero, muestra que la pobreza no cede ni siquiera cuando el PIB per cápita llega a su punto máximo. En 1997 más de la mitad de la población era pobre. Nuestro modelo de crecimiento

to es claramente excluyente. Y segundo, los resultados de la Encuesta de calidad de vida son preocupantes porque la pobreza, que es muy sensible a la caída del producto, no reacciona con la misma celeridad cuando el producto aumenta. Lo sucedido en 1997 (año en que el PIB per capita llegó a su nivel más alto) muestra que el crecimiento es una condición necesaria pero no suficiente para disminuir la pobreza. Un modelo de crecimiento que genera empleo precario, que mantiene las características excluyentes, y que no modifica la estructura de distribución de la riqueza, no puede mejorar la calidad de vida de la población.

Así mismo, los resultados del informe citado anteriormente y que cita al DANE, las medidas de política económica en contra de la pobreza han sido relativamente exitosas cuando se juzgan a la luz del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Poco a poco se han ido mejorando las condiciones de acceso a la educación y a los servicios públicos. Aumentó la cobertura escolar y se ampliaron los años de educación obligatoria. Al mismo tiempo, se fortalecieron los programas de acueducto y alcantarillado y se redujo el hacinamiento. La pobreza por LP aumentó (del 55% al 66%) porque el indicador es muy sensible al ciclo económico y a la dinámica del empleo e ingresos.

El NBI presentó una mejora sustancial en dos componentes: mayor escolaridad y menor dependencia económica. El índice de calidad de vida (ICV) también se construye a partir del acceso a bienes públicos, e incluye cuatro grupos de variables: las relacionadas con la educación o formación del capital humano, la infraestructura de las viviendas, el capital social y los bienes materiales. Los dos primeros factores tienen la mayor ponderación (39,4% y 27,4% respectivamente) y están en función de la oferta pública educativa y

de servicios de acueducto y alcantarillado. La mitad del mejoramiento del ICV se explica, principalmente, por los avances de la escolaridad de los niños entre 5 y 11 años. La mayor cobertura de acueductos, alcantarillados y la recolección de basuras explican un 30%, y la menor tasa de natalidad explica el resto.

Las diferencias entre la ciudad y el campo son notorias. En el 2003 el ICV urbano (84,6) es mucho más alto que el rural (55,3). Los avances han sido mayores en el campo, donde el ICV aumentó 4,7 puntos frente a 1,5 urbanos. De todas maneras, la brecha entre las zonas urbana y rural sigue siendo preocupante. En el 2003 la pobreza rural (43%) por las necesidades básicas insatisfechas (NBI) es casi cuatro veces superior a la urbana (13%). Y la miseria rural es cinco veces mayor.

El panorama desde la LP es desolador. El deterioro de los ingresos es palpable, y evidencia la necesidad de nuevas directrices en la política social. Una visión integral de las dos mediciones de pobreza se obtiene con la matriz integrada de pobreza (MIP) que integra NBI y LP. La diferencia entre los años 1997 y 2003. Durante este período la población aumentó en 3,87 millones (3,38 millones en las ciudades y 491 mil en el resto, o áreas rurales). Gracias a la inversión pública y al gasto social 1,47 millones de personas salieron de la pobreza por NBI, quedando todavía 9,12 millones de pobres. El deterioro de los ingresos fue de tal magnitud que volvió nuevos pobres a 5,35 millones de personas, un volumen superior al incremento natural de la población, para completar un total de 29 millones de personas con ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica de bienes (Universidad Nacional de Colombia/Contraloría General de la República, 2003).

INFLUENCIA DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL EN LA SALUD FAMILIAR

Las condiciones socioeconómicas descritas han generado el hecho de que las familias busquen nuevas formas de supervivencia, de agrupación y de compartir espacios; por las cuales intenta obtener una respuesta racionalmente eficiente frente a fenómenos como la reducción de los ingresos. De esto se desprende que en la realidad colombiana convivan tipologías familiares que oscilan entre las tradicionales y las novedosas formas de organización familiar. Tal diversidad introduce al nivel de las interacciones familiares situaciones diversas frente a las cuales los individuos no están preparados para su adecuado manejo.

En este sentido la literatura refiere varios cambios en la organización familiar, como:

- El cambio externo más sobresaliente que ha experimentado la familia es la disminución de su tamaño. El número promedio de miembros que la componen (1979-1999), pasa de 5.1 a 4 respectivamente. Este hecho es un resultado de la disminución de la tasa de fecundidad, gracias a la generalización de los mecanismos de planificación familiar, a los cambios culturales y a los nuevos papeles que ha asumido la mujer dentro de la fa-

milia y dentro de la sociedad, su mayor escolarización y participación en el mercado de trabajo (Universidad Nacional de Colombia-UNICEF, 2003).

- La modificación de la estructura demográfica ha llevado a un predominio progresivo de jefes de familia en edades avanzadas. La proporción de jefes de 40 y más años pasó de 50% a 56%, afectando el tamaño de los hogares, pues en edades mayores la llegada de hijos se disminuye (Universidad Nacional de Colombia-UNICEF, 2003).
- La diversidad de tipologías familiares surge del tipo de unión y del tipo de relaciones funcionales entre los miembros. Es así, como en el país se observan familias legales conformadas a través de matrimonio católico o civil, que concurren con familias de hecho conformadas por madres solteras, uniones libres y concubinatos en diferentes modalidades. Pero también coexisten familias nucleares completas e incompletas, con familias extensas y con familias reconstituidas, nucleares o extensas, producto de las rupturas y posteriores uniones. Todas ellas, pueden ser de tipo patriarcal o presentar tendencias democráticas (Echeverri, 2004).
- Se refleja un continuo crecimiento en las separaciones conyugales, afectando en gran medida a la mujer quien asume el papel de jefe de familia, sin volver a tener pareja, en un porcentaje de 27% en 1979 a un 31% en 1999) Estas mujeres según la Encuesta de Demografía y Salud realizada por Profamilia en el año 2000, son las que han experimentado en mayor proporción maltrato por parte de sus esposos y compañeros. La tendencia ascendente de hogares con jefatura femenina también se asocia con la mayor esperanza de vida de las mujeres, por lo cual sobreviven a sus cónyuges durante un buen periodo con las consecuencias de la violencia que se ensaña especialmente con los hombres menores de 40 años (Universidad Nacional de Colombia-UNICEF, 2003).
- La familia nuclear, compuesta por ambos padres con su o sus hijos (biparental) o uno de los padres solteros, separados o viudos con sus hijos (monoparental); y la pareja sola sin hijos, se mantiene como forma predominante de familia. Sin embargo probablemente asociado a estrategias familiares frente al ciclo económico, a partir de 1994, las formas extensas de familia (núcleo familiar más abuelos, tíos, sobrinos, primos, etc.)

y las formas unipersonales (personas solas) empiezan a ampliar su participación.

Por otro lado, los cambios estructurales de las familias actuales se caracterizan por inestabilidad afectiva y cohabitacional en las relaciones de pareja y de familia; las separaciones y divorcios y los procesos previos y posteriores a este, tienen consecuencias económicas y afectivas para todos y cada uno de los miembros de la familia afectando la salud por los traumas que sufren especialmente los niños y los jóvenes. Las familias reconstruidas presentan problemas afectivos difíciles para los individuos involucrados; padrastro y madrastra, padres biológicos, hijos de distintos progenitores o exconyuges de la nueva pareja. También se afecta la parentela extensa, o sea, abuelos, hermanos de los cónyuges (Echeverri, 2004).

De este modo, los cambios estructurales de las familias expuestos hasta aquí y como producto de las condiciones socioeconómicas del país, han dado lugar a la modificación de las funciones familiares. Es de resaltar que los roles de la mujer son variados obligando de alguna manera, que el rol del hombre también cambie y pase de ser un proveedor económico a ser participe activo de las funciones familiares. Por el mismo papel que ocupa el hombre y la mujer en la familia, por las dificultades económicas que los obliga a buscar nuevas fuentes y formas de trabajo, la socialización de los hijos se aboca a otras instituciones como las educativas.

Otro factor importante del cambio funcional de la familia se relaciona con la revolución de las comunicaciones; el consumo de la televisión se masifica y el computador, la Internet y el celular en los colegios, en los sitios de trabajo y al interior de los hogares se hacen indispensables, llevando nuevas imágenes familiares, valores diversos, estilos de vida y hábitos, nunca antes vividos por las diferentes generaciones de una misma familia.

Todos estos factores, sumados a las condiciones de vida de las familias colombianas abren paso al derrumbamiento de la figura paterna y materna, a cambios en el comportamiento de los diferentes miembros de la familia y hacen que muchas familias se sumen en la perplejidad y se sientan totalmente desorientadas, en un mundo para el cual no están adecuadamente preparadas y cuya problemática escapa a sus posibilidades de comprensión y por tanto de solución.

Se puede señalar en este momento que los indicadores

sociodemográficos y económicos relacionados en este escrito, permiten establecer las condiciones de salud y más de enfermedad de la población colombiana de una manera directa y de manera indirecta permiten percibir como es afectada la Salud familiar de las familias afectadas por estos eventos.

Desde luego, el conocimiento de los diferentes eventos de la dinámica familiar por los cuales puede atravesar

la familia como consecuencia de los efectos sociodemográficos y económicos del contexto; son de gran importancia para la prestación de servicios y en especial para la enfermería que brinda cuidado a la familia, fijando su atención no sólo en los factores fisiológicos sino también en factores ambientales y sociales que afectan la salud y la enfermedad, apoyándola en el manejo de la situación con acciones individuales, interdisciplinarias e intersectoriales.

CONCLUSIONES

La historia reciente y la situación actual de Colombia se complican a la luz de la confluencia y la agudización de la situación social y económica, que impactan negativamente en los indicadores de morbimortalidad de la población colombiana. Todo esto, con nuevas repercusiones nefastas en la dinámica del proceso salud-enfermedad y por tanto de la Salud familiar de las familias colombianas. Esta situación no se puede observar sin tener en cuenta el trasfondo del conflicto social y armado de más de cuarenta años y que ha influenciado, no sólo con secuelas muy negativas en el orden social y económico, sino también ha penetrado en lo más sensible de la sociedad colombiana: el seno familiar.

Las características familiares asociadas a condiciones socioeconómicas y de violencia específica de cada región colombiana han generado el incumplimiento de las funciones que la sociedad le ha asignado a las familias. Ante estas realidades se han transferido estas funciones a algunos miembros de las mismas. De ahí los menores trabajadores, las mujeres cabezas de familia en situaciones laborales de desventajas con doble o triples jornadas laborales, y ancianos como padres sustitutos. Estas adaptaciones producen abandono y vacíos en la formación de los niños, recarga en las funciones de la mujer y olvido de los ancianos.

Otras consecuencias de la situación actual de las familias colombianas que se desprenden del proceso gene-

rado por la presencia de enfermedades crónicas en algunos de los miembros de las familias, se refieren a la recarga en la responsabilidad de los cuidadores familiares. Esto genera: relaciones de conflicto y estrés familiar; privación de tiempo para disfrutar la vida y a la familia; y dificultades económicas que, sumado a las difíciles condiciones de vida, abren paso a la reflexión del equipo de salud en generar acciones efectivas de promoción y prevención de la Salud familiar.

El futuro de Colombia no es prometedor. Sólo desde el conocimiento y toma de conciencia sobre las rápidas transformaciones, la práctica de la enfermera en el cuidado de la salud de las familias colombianas, tendrá un impacto positivo. El reto, entonces, como cuidadores es continuar con el esfuerzo desde el trabajo interdisciplinario y en conjunto con las disciplinas de las Ciencias sociales. Avanzar en el cuidado idóneo de la Salud familiar de las familias colombianas, implica un arduo trabajo desde la práctica y la investigación

El papel de los profesionales de la salud no debe limitarse a tratar en los individuos y en las familias las consecuencias en la salud de los eventos biológicos, sociales, culturales y económicos. Deben hacer hincapié en prevenir y combatir la raíz de los problemas; el requisito básico para afrontarlos de manera integral es el trabajo conjunto con asociaciones de todo tipo y a todos los niveles, para elaborar respuestas eficaces.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARTINAN, N. 1.998. Family Nursing in Medical Surgical Setting. En: SHARMON & THALMANS (Editores). Family Health Care Nursing theory Practice and Research. F.A Davis, Philadelphia, Pp. 20.
2. BARRERA, L. 2003. Programa de cuidado de Enfermería dirigido a niños y familias con enfermedad crónica "Fibrosis quística". Actualización en Enfermería. 6: 4 - 7.

3. BELLO, M. 2002. Narrativas alternativas: rutas para reconstruir la identidad. En: BELLO, M (Editora). Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento. Unibiblos, Bogotá. Pp. 111 – 126.
4. CAMPBELL, T. 1998. Orientación familiar en atención primaria. Springer Verlab, California. 5 Pp.
5. DUGAS, W. 1987. Tratado de Enfermería práctica. Interamericana, México D.C. 31 Pp.
6. ECHEVERRI, L. 2004. La familia en Colombia. Transformaciones y prospectivas. En: Conferencia dictadas en Bogotá como parte del ciclo: Maestros y Maestras piensan a Colombia. Centro de Estudios sociales, Bogotá. Pp 9 - 15.
7. ECHEVERRI, L. 2002. La salud en Colombia: Abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. en: Conferencia presentada en la Cátedra Manuel Ancízar. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-3/salud-espacio-4.pdf>
8. FRANCO, S. 2001. Salud y paz para un país en guerra. Documento mimeografiado en: V Congreso de Enfermeras Javerianas, Bogotá. Pp. 1 – 15.
9. FRANCO, S. 2002. Salud y paz en un país en guerra. En: FRANCO, S. (Editor). La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Pp. 555 - 568.
10. MC DANIEL, S. 1998. Orientación familiar en atención familiar. Sprenger Verlog Ibérica, Madrid. 23 Pp.
11. MEERTENS, D. 1998. Víctimas y sobrevivientes de la guerra: tres miradas de género. En Arocha, Cubides, Jimeno, (compiladores). Las violencias: inclusión creciente. CES-UN, Bogotá, Pp. 236 – 265.
12. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2003. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2003. Boletín epidemiológico. Semana epidemiológica Nº 38 septiembre 14 al 20 de 2003. Disponible en: http://www.colopsoms.org/sivigila/2003/BOLE38_03.htm
13. PAPALIE, D y cols. 1998. Desarrollo humano. Mc Graw Hill, México. 537 Pp.
14. PINTO, N. 2002. El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. En: FACULTA DE ENFERMERIA-GRUPO DE CUIDADO. (Editor). El arte y la ciencia del cuidado. Unibiblos, Bogotá, Pp. 250 - 257.
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2002. Informe mundial sobre violencia y la salud: resúmenes. OPS, Washington D.C. 5 Pp.
16. TOBO, N. 1998. Hospitalización y los procesos familiares. Avances en Enfermería. 16: 31 - 35.
17. SÁNCHEZ, B. 1999. El cuidado de quienes viven situaciones de enfermedad. En: Mini texto, área de énfasis II. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogotá. Pp. 2- 4.
18. SUAREZ, J. 2004. Prevención de la violencia familiar. En: SUAREZ, J (editor), Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoques en salud familiar. Panamericana, Bogotá, Pp. 170 - 175.
19. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Y CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA. 2003. Bien-Estar: Macroeconomía y pobreza. Informe de coyuntura económica 2003. Disponible en: http://semana2.terra.com.co/imagesSemana/documentos/Bien-estar_%20macroeconomia_y_pobreza.pdf
20. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. 2002. Los jóvenes y la familia en los grandes centros urbanos. Observatorio de coyuntura socioeconómica, Boletín No. 2. Disponible en: www.cid.unal.edu.co/observatorio/index.html
21. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA-UNICEF. 2003. La familia colombiana: iCrisis o renovación. Observatorio de Coyuntura socioeconómico. Disponible en: www.cid.unal.edu.co/observatorio/index.html
22. VELANDIA, M. 1994. Conceptualización sobre la familia dentro del enfoque de la medicina social. Avances en Enfermería. 12: 9 - 15.