

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDICIONES DE SALUD Y ACCESO A LOS SERVICIOS
DE SALUD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN EN EL AÑO 2014**

**MANUELA CUARTAS PATIÑO
LAURA CECILIA GÓMEZ GIL
SARA MENESES RIVERA
ANA ISABEL VASCO GÓMEZ
PAULA ANDREA VÉLEZ OSSA**

JESSICA AYALA HERNÁNDEZ

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
MOVIMIENTO Y SALUD
INTERVENCION EN EL MOVIMIENTO CORPORAL HUMANO
MEDELLIN
2018**

CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Pregunta de investigación	5
1.3 Justificación de la propuesta.....	5
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Calidad de vida.....	7
2.1.1 Definición y estado del arte de calidad de vida.....	7
Medición de calidad de vida.....	7
Determinantes de calidad de vida.....	8
2.1.3.1 Descripción y estado del arte de las características sociodemográficas	8
2.1.3.1.1 Características sociodemográficas relacionadas con calidad de vida	9
Descripción y estado del arte de las condiciones de salud	9
Condiciones de salud relacionado con calidad de vida.....	10
2.1.3.3 Descripción y estado del arte del acceso a los servicios de salud.....	10
2.1.3.3.1 Acceso a los servicios de salud relacionado con calidad de vida.....	11
Marco legal	11
4. OBJETIVOS	13
4.2 Objetivos específicos.....	13
5. METODOLOGÍA	14
5.1 Enfoque metodológico de la investigación.....	14
5.2 Tipo de estudio	14
5.3 Población.....	14
5.4 Criterios de inclusión y exclusión	14
5.5 Operacionalización de las variables.....	15
5.6 Técnicas de recolección de datos	17
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
7. RESULTADOS	21

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El concepto de calidad de vida (CV) aparece desde el siglo XX, a partir de los años 30 y comienza a evolucionar gracias a la post guerra (1945-1960) (1), ha sido definida a lo largo de la historia por diferentes autores dependiendo de la época y las necesidades del ser humano que aparecen y desaparecen de acuerdo a las normas sociales de satisfacción, actualmente es definida como una noción subjetiva del estado en el que una persona aprecia su vida (2) y contempla la percepción individual, del entorno, al igual que el cómo una persona se desarrolla y desenvuelve en este (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros” (2).

En Colombia no se usa un único concepto de la calidad de vida; se han dado varias interpretaciones dependiendo del origen de la definición que se quiera explicar, pero siempre ha sido predominante el concepto establecido por el gobierno nacional por medio de varios planes de desarrollo que buscan analizar las condiciones de vida de los hogares colombianos, permitiéndole al gobierno realizar seguimiento de cómo se encuentra la población y su percepción de la CV, como lo hacen por medio de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, para luego realizar el diseño e implementación de políticas públicas.

En la mayoría de las veces el concepto de calidad de vida ha estado reducido a la medición cuantitativa de factores como el ingreso y las condiciones físicas del entorno y la vivienda, mediante indicadores numéricos (4). Referente a Medellín, la Alcaldía mide desde el 2010 un índice multidimensional de Calidad de Vida que permite identificar las diferencias entre las comunas y corregimientos, indagando por medio de la encuesta de Calidad de Vida múltiples factores que afecten la calidad de vida en los hogares como lo son los sociodemográficos, la salud, movilidad, vivienda, servicios públicos y percepción de CV entre otros (4).

La calidad de vida se encuentra influenciada por características sociodemográficas como lo son la edad, el estrato socioeconómico y la zona de residencia entre otros, las condiciones de salud y acceso a los servicios de salud de la población, todo esto asociado al entorno personal y social que rodea a cada persona.

Según el Informe de calidad de vida de Medellín en 2010, el acceso a la salud de la población se encuentra así: un 67,4% de la población medellinense en 2010 se encontraba en el régimen contributivo, mientras un 27,5% estaba en el subsidiado. Por su parte, un total de 117.391 personas no estaban afiliadas al sistema; aproximadamente 2.000 más que en 2009, el aumento fue de 4,3% aproximadamente la afiliación al régimen

contributivo y disminuyó en 5,6% la del subsidiado, sin embargo, entre 2009 y 2010 se redujo el porcentaje de personas que consideraron que en Medellín se les garantizaba el derecho a la salud pasando del 72% al 64% (5).

Los factores sociodemográficos como la edad, el sexo y estrato socioeconómico pueden modificar la calidad de vida de cada persona. Se ha encontrado que los hombres pueden presentar un bienestar físico y emocional mejor que el de las mujeres, mientras que éstas tienen un mejor autocuidado y plenitud espiritual (6); así, respecto al estrato socioeconómico, donde según Prieto et al. las personas con clase social baja tienen valoraciones negativas sobre su propia vida en relación al estado emocional, mientras que las personas de clase media y alta manifiestan tener valores cercanos a los óptimos respecto a su bienestar (3). En Medellín, según el indicador de calidad de vida por estrato socioeconómico de la vivienda en 2013 realizado por la Alcaldía de Medellín, el estrato bajo fue de 81,27% y el estrato medio de 90,31% (7).

La calidad de vida relacionada con la salud según José Manuel Rivera Quizhpe se define como “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar”. Para la medición de la CVRS es importante tener en cuenta factores como: el cuidado personal, la movilidad, el bienestar emocional y el funcionamiento tanto físico, como cognitivo y social (8). La CVRS en Colombia generalmente está asociada a enfermedades crónicas en la edad adulta y en la ciudad de Medellín, los adolescentes ven influenciados el estado de su CV con la obesidad y la falta de actividad física, siendo estos factores negativos para la percepción que tienen sobre su CV.

Las condiciones de salud pueden afectar positiva o negativamente el estado emocional y bienestar físico y mental de una persona, lo que va relacionado directamente con cómo alguien pueden percibir su calidad de vida, un incremento en afecciones que alteren el estado de salud y la percepción de su gravedad modifica inmediatamente el bienestar emocional de la persona que lo sufre (9). Un estudio realizado en la ciudad de Cali - Colombia, basado en el cuestionario de salud SF-36, que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor, se encontró que los mejores resultados están relacionados con los dominios de salud mental, vitalidad y salud física y las peores puntuaciones aparecieron en las escalas de rol físico y mental, dando así como resultado una alteración directa en la capacidad funcional del adulto mayor, lo que altera completamente su calidad de vida (10). Factores como el estrés, las enfermedades graves y la depresión alteran las condiciones de vida de la población de Medellín, según la Encuesta de Calidad de Vida del 2008 independiente de su formación o estrato social (11), lo que demuestra, que cualquier afección emocional o de salud, modifica la calidad de vida y la percepción que la población puede tener de la misma.

Según lo anteriormente mencionado, Palanca I describe que la población está expuesta a distintos factores que empeoran la salud y a su vez la calidad de vida como lo son la

pobreza, el desempleo de larga duración, la desigualdad en salud, alterando posiblemente los factores sociodemográficos (género, edad, el estrato socioeconómico y lugar de residencia), (12); sin embargo, en un estudio realizado en Barranquilla en el año 2008, indica que los adolescentes de estrato bajo, tienen mejor percepción de salud general que quienes están en niveles socioeconómicos medio y alto (13).

Teniendo en cuenta el panorama expuesto, el presente proyecto buscó identificar la relación de la calidad de vida con las características sociodemográficas, las condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud de la población de Medellín tomando como base la Encuesta de Calidad de Vida del 2014, realizada por la Alcaldía de Medellín, la cual se realiza anualmente desde el 2001 por medio de muestras aleatorias, representativas para las 16 comunas y los 5 corregimientos (14)

1.2 Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre la calidad de vida con las características sociodemográficas, las condiciones de salud y acceso a los servicios de salud de las personas que respondieron la encuesta de calidad de vida de la ciudad de Medellín en el año 2014?

1.3 Justificación de la propuesta

La calidad de vida ha sido estudiada para evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades desde la salud pública y relacionada con salud, permite estudiar indicadores como las tasas de mortalidad; sin embargo, se debe tener claro qué variables determinan directamente el estado de salud de una persona y como esto mejora o empeora su calidad de vida. En este caso, con base en los factores sociodemográficos, de salud y acceso a los servicios de salud, este proyecto buscó determinar su efecto directo sobre la calidad de vida.

Según Spiker en 1990 las técnicas para mejorar la calidad de vida pueden estar relacionadas a las de promoción de la salud, sin embargo, para mejorar ésta, deben estar basadas en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. El programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publica anualmente un índice donde se analiza la salud, la educación y la riqueza de los ciudadanos de cada región, midiendo en ellos la esperanza de vida, la educación y el nivel socioeconómico en que viven, para dar un resultado de lo que podría ser la calidad de vida a nivel mundial (1).

El desarrollo de esta investigación fue importante, debido a que, haciendo el correcto análisis de la información obtenida de cada variable a trabajar, se pudo hacer entrega de los resultados, identificando cómo esos factores influyen en la calidad de vida y más adelante, se podrán establecer estrategias para mejorar esa calidad de vida de los ciudadanos de la ciudad de Medellín, todo con base en la encuesta de Calidad de Vida de la Alcaldía de Medellín en el año 2014.

Este estudio fue viable porque al ser de fuente secundaria, el acceso a la información fue más amplio, debido a que se cuenta con el aval de la Universidad CES y el apoyo de la Alcaldía de Medellín, es factible por contar con el respaldo de las dos instituciones mencionadas anteriormente, se tuvo acceso a la información por medio del recurso económico brindado por la Universidad CES y también se contó con herramientas electrónicas como computadores, celulares y tablets para la toma, análisis y presentación de resultados.

Se encontró que los factores sociodemográficos desempeñan un papel importante en la percepción de calidad de vida y que estos pueden influir en la forma en que cada persona la califica, así como se halló que sí existe relación entre estos factores, las condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud con la calidad de vida.

Esta investigación respetó las características éticas de una investigación sin riesgo resolución 008430 “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, debido a que la fuente de información del estudio es secundaria y no se realiza ningún tipo de intervención o modificación sobre los participantes. También se contó con el aval del comité operativo de investigación de la Universidad CES y con el permiso para la utilización de la base de datos de la Alcaldía de Medellín, dada y gestionada por la facultad de fisioterapia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Calidad de vida

2.1.1 Definición y estado del arte de calidad de vida

El concepto de calidad de vida se originó en los Estados Unidos, cuando la idea de estado de bienestar evoluciona gracias a la gran depresión de los años 30 y se difunde a la época entre 1945 y 1960, gracias al reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional y también como un propósito de los investigadores luego de la segunda guerra mundial para conocer sobre el bienestar de los individuos, recolectando información sobre el tipo de vivienda, el nivel de escolaridad y el estado socioeconómico de las personas (1,15).

Inicialmente el concepto de calidad de vida se centraba en el cuidado de la salud personal, posteriormente se convirtió en la preocupación por la salud e higiene pública, los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud. Como lo expresa Meeberg (1993), muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, auto reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, estado funcional y valores vitales son usados para designar la calidad de vida (15,16).

Según Brengelmann (1986) “La calidad de vida son las cosas para disfrutar la libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir poca medicación, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar un sentido a la vida.”(16).

La calidad de vida es un concepto multidisciplinario, cuyos principales factores han sido estudiados desde diferentes disciplinas como lo son: la medicina, la filosofía, economía, la ética, la sociología y la política. Para la medicina la calidad de vida está asociada a la funcionalidad de cada persona, la sintomatología o la ausencia de enfermedades y para la economía se asocia con los ingresos, bienes y servicios (17).

Medición de calidad de vida

La OMS ha ido evolucionando el método para medir la calidad de vida ya que se ha extendido el enfoque de medir la salud, no pasando por los tradicionales indicadores de mortalidad y morbilidad, sino incluyendo mediciones para el impacto de la enfermedad, el deterioro de las actividades de la vida diaria y de las conductas (OMS 1991) (18) .

Se ha encontrado que la calidad de vida debe ser estudiada tanto desde lo individual (percepción, sentido de vida, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y muchos más aspectos subjetivos), como desde lo colectivo (determinar el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo).

El Departamento Nacional de Planeación de Colombia toma la definición de calidad vida de Amartya Sen, con base en la cual realiza el indicador de índice de calidad de vida, donde se incluye el acceso y calidad de los servicios públicos domiciliarios, educación y capital humano, tamaño y composición del hogar y calidad de la vivienda (19). El Departamento Administrativo de Planeación Municipal define la calidad vida como “el nivel o grado adquirido por la población sobre un conjunto integrado de características consideradas deseables para satisfacer necesidades fundamentales para su existencia de la vivienda y de las personas que componen el hogar”, como son los servicios de la vivienda, el capital humano y la seguridad social (1).

La medición de la calidad de la calidad vida es realizada por medio del ICV. El indicador tiene como finalidad clasificar los hogares según valor o categoría a la cual pertenecen en cada una de las variables que entran en el índice, se utiliza con el objetivo de conocer la situación actual de las personas evaluadas y la evolución de la condición de las mismas. Este indicador se basa en la teoría del filósofo y economista Amrtya Sen, el cual afirma que no es igual poseer bienes materiales y económicos en gran cantidad a “estar bien”, éstos pueden influir de forma positiva para mejorar la CV de una persona, pero no son suficientes aunque se encuentren asociados (20).

De todo esto, resultan cinco clases de variables: (i) variables que miden capital físico a través de las características de la vivienda y el equipamiento, (ii) variables de infraestructura mediante acceso a servicios básicos de la vivienda, (iii) variables de capital humano medido por las características de educación, (iv) variables de capital social básico medido por la seguridad social y la carga económica y (v) aspectos demográficos(20).

Determinantes de calidad de vida

2.1.3.1 Descripción y estado del arte de las características sociodemográficas

Los factores sociodemográficos es un conglomerado que incluye las características de edad, sexo, religión, educación, estado civil, ingresos, tasa de natalidad, tasa de mortalidad.

En el siglo XXI Colombia ha tenido grandes cambios en su población, se pasó de tener 4.144.000 de habitantes en el año 1905 a 41.468.384 habitantes en el año 2005 de donde la mayoría de esta población eran mujeres. En el censo de 2005 se demostró que los menores de 15 años eran el 30,7% del total de la población lo que indico el menor porcentaje de infancia en la historia, mientras que la población adulta mayor se quintuplico entre 1951 y 2005; y mostro que el 63% de la población esta económicamente activa lo que mejora el desarrollo del país. La distribución en el territorio nacional paso de tener en el año 1938 un 30% de la población viviendo en zonas urbanas a tener el 75% en el 2005 viviendo en esta. Las ciudades como Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla pasaron de alojar en 1938 el 8,7% de la población total a tener el 29,4% en el año 2005. La distribución en estas zonas ha cambiado, sumado a esto son las ciudades más

grandes del país, trayendo esto como consecuencia un cambio en la pirámide poblacional (21).

Referente al sexo los censos entre 1938 y 2005 demuestran que nacen más hombres, en 1938 había 1008 hombres por 1000 mujeres y en 2005 eran 1052 hombres por 1000 mujeres en población menor de 5 años; pero si se refiere a la población en general hay más mujeres que hombres. En 2005 los departamentos con mayor número de nacimientos de niños hombres son Vichada, San Andrés y Atlántico, y los de menor fueron Vaupés, Putumayo y Amazonas, todos en ese orden. La estructura por edad y sexo de las regiones de Colombia se registra que las regiones Atlántica y Amazonia su base piramidal es ancha lo que significa que su población es mayor en los niños menores de 5 años y se va disminuyendo a medida que aumenta la edad. Las regiones Oriental, Central y Pacífica prevalece más la población adolescente principalmente entre los 10 y 14 años (21).

En 2005 el departamento del Choco registro el menor Índice de Desarrollo Humano, seguido de Nariño, Caquetá, Cauca y Sucre; los de mayor índice fueron la ciudad de Bogotá y los departamentos de Santander, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Antioquia (21).

2.1.3.1.1 Características sociodemográficas relacionadas con calidad de vida

Cuando se habla de la calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos se encuentra que las mujeres presentan mejores condiciones en salud general, rol emocional, vitalidad y menor dolor corporal en comparación con los hombres, por el contrario, los hombres presentan mejores resultados en función física. No se encontró ninguna diferencia entre los índices sumariales físicos y mentales (13).

En relación con el factor socioeconómico se ha encontrado que las personas con menor nivel socioeconómico obtuvieron mejores puntuaciones en salud general comparados con los de nivel medio y alto. Sin embargo otros estudios arrojan resultados contrarios, mostrando que aquellas personas que pertenecen a estratos socioeconómicos altos y medios presentan mejor condición general de salud que las personas pertenecientes a estratos bajos (13)(22).

Descripción y estado del arte de las condiciones de salud

Las condiciones de salud pueden ser entendidas como la descripción del estado de salud de una persona en un momento dado, analizando el nivel y la estructura de salud, incluyendo en el la mortalidad, la morbilidad y discapacidad y está determinado por factores biológicos, sociales, ambientales y psicológico (22).

Según Norberto J hay una considerable cantidad de indicadores para describir las condiciones de salud de una población. Algunos de los más utilizados son la tasa de mortalidad infantil, los años de vida potencialmente perdidos, tasas de mortalidad específicas por edad y sexo, la expectativa de vida y tasas de incidencia y/o prevalencia de enfermedades, accidentes, homicidios, suicidios y otros (23).

Dentro de las condiciones de salud es importante considerar que la enfermedad no solo tiene bases biológicas y hereditarias, sino que factores como el medio ambiente, psicológicos y sociales hacen parte de esta y pueden potenciarla o disminuirla. Según Hobbes (1995) la condición humana puede ser descrita por diferentes posturas filosóficas como el determinismo biológico que afirma que la raza humana está determinada por lo genes lo que según la ciencia debe ser considerado como una característica inmodificable; sin embargo, la parte biológica también está determinada por los fenómenos sociales quienes sumados darán como resultado el comportamiento de los individuos. Este fenómeno filosófico ha permitido explicar las desigualdades de riqueza y poder que rodean aún más la de salud, y ha tenido impacto en varias disciplinas de las ciencias biomédicas como la salud pública (24).

Otro ejemplo de corriente filosófica es el determinismo social quien hace parte de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005) quien indica “que las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas” (24).

Condiciones de salud relacionado con calidad de vida

Un estudio realizado a los adultos mayores en la ciudad de Medellín se encontró que los componentes que mejor explican la calidad de vida en adultos mayores son la independencia, la economía, y la seguridad social. En términos de condiciones de salud se encontró que la tasa promedio de mortalidad en los hombres es mayor que la de mujeres, ya que en los hombres es de 60 por cada mil adultos mayores en cambio en las mujeres es de 55 cada mil. La principal causa de mortalidad en los adultos mayores son los accidentes de tránsito (25). También se evidencio que un 57% de los adultos mayores encuestados en este estudio no son parte de la toma de decisiones dentro de la familia. Lo que esto conlleva a que los adultos mayores sufran de tensión, estrés, depresión o ansiedad, por lo cual afecta la calidad de vida de estos (25).

2.1.3.3 Descripción y estado del arte del acceso a los servicios de salud

Existen diferentes definiciones sobre el acceso a salud, en México la definición de acceso a la salud se toma como la acción de una persona de acercarse a una institución prestadora de salud sin que esto implique que la persona que lo realice obtenga la respuesta deseada, este concepto no abarca la calidad de los servicios prestados por la

institución, si los servicios son prestados adecuadamente o no. Mientras que en el departamento de Antioquia la definición es tomada como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente” (26,27).

El acceso a los servicios de salud viene siendo estudiado desde la segunda mitad del siglo XX.

La afiliación al sistema de salud en Colombia no asegura que las personas estén accediendo a las instituciones prestadoras de salud, por lo que la OMS, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó en el año 2000, lo cual permite estudiar la disponibilidad, accesibilidad y calidad a los servicios de salud. La dimensión de la accesibilidad se refiere a “la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean éstos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender” (28).

2.1.3.3.1 Acceso a los servicios de salud relacionado con calidad de vida

Una persona asociada al sistema de salud como contribuyente tendrá mayores garantías de acceder a los servicios de salud cuando sea necesario, por lo que estas personas tienen mejores condiciones de vida y por lo tanto mejor calidad de vida (11).

Se ha demostrado que existe una diferencia entre el acceso a los servicios de salud según el sexo, encontrado que las mujeres visitan más el médico que los hombres, al igual que existe relación entre los promedios de consultas al médico y la percepción de la calidad de vida, aquellas personas que más lo realizan son aquellas que perciben la calidad de vida como mala y regular (29).

Marco legal

Esta investigación estará basada en la ley 100 de 1993 por el cual se crea el sistema de seguridad integral y se dictan otras disposiciones. La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (30).

También contará con la ley estatutaria de 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (31).

3. HIPÓTESIS

Hipótesis de nulidad: las características sociodemográficas, las condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud, no están asociadas a la calidad de vida de la población encuestada en la ciudad de Medellín en el año 2014.

Hipótesis alterna: las características sociodemográficas, las condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud, tienen relación y están asociadas a la calidad de vida en la ciudad de Medellín en el año 2014.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general: Identificar la relación de la calidad de vida con las características sociodemográficas, las condiciones de salud y acceso a los servicios de salud de la población de la ciudad de Medellín en el año 2014.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas, las condiciones de salud, y el acceso a los servicios de salud de la población de la ciudad de Medellín.
- Estimar la prevalencia de buena calidad de vida asociada a las características sociodemográficas, condiciones de salud y acceso a los servicios de salud en la población de estudio.
- Encontrar que diferencias existen entre las características sociodemográficas, condiciones de salud y acceso a los servicios de salud asociados con la calidad de vida.

5. METODOLOGÍA

5.1 Enfoque metodológico de la investigación

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo debido a que buscó describir y reportar las características sociodemográficas, las condiciones de salud y acceso a los servicios de salud que están asociadas a la calidad de vida en la ciudad de Medellín utilizando métodos estadísticos de comprobación de hipótesis. Este estudio usó como referencia los datos de la encuesta de Calidad de Vida de 2014 realizada por la Alcaldía de Medellín la cual proporciona información estadística que podrá ayudar a dar respuesta a la pregunta y objetivos del presente proyecto de investigación. Fue de carácter observacional puesto que no se hará manipulación de las variables de los participantes.

5.2 Tipo de estudio

Este estudio presentó un descriptivo ya que se buscó identificar las características sociodemográficas, las condiciones de salud y acceso a los servicios de salud, asociadas a la calidad de vida de la ciudad de Medellín.

Fue de diseño transversal porque se identificó, describió y estimó como fue la calidad de vida de los habitantes de la ciudad de Medellín en un solo momento de la investigación y no se hicieron estudios en largos periodos de tiempo.

Según la pretensión del investigador fue de tipo correlacional porque se buscó la relación entre las 3 variables para identificar que tan buena o mala fue la calidad de vida basada en ellas. Según la direccionalidad es adireccional.

Por disponibilidad de datos se consideró como retrospectivo porque los datos ya estaban expuestos en una base de datos de la cual se analizaron y se realizó el trabajo. Y finalmente según el número de mediciones fue transversal ya que se evaluó de manera simultánea la exposición y el efecto a un solo grupo de personas.

5.3 Población

- Población universo: todos los habitantes de las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín.
- Población de referencia: personas que respondieron la encuesta en su totalidad.
- Población de estudio: personas que respondieron la encuesta principalmente las variables de interés del estudio.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

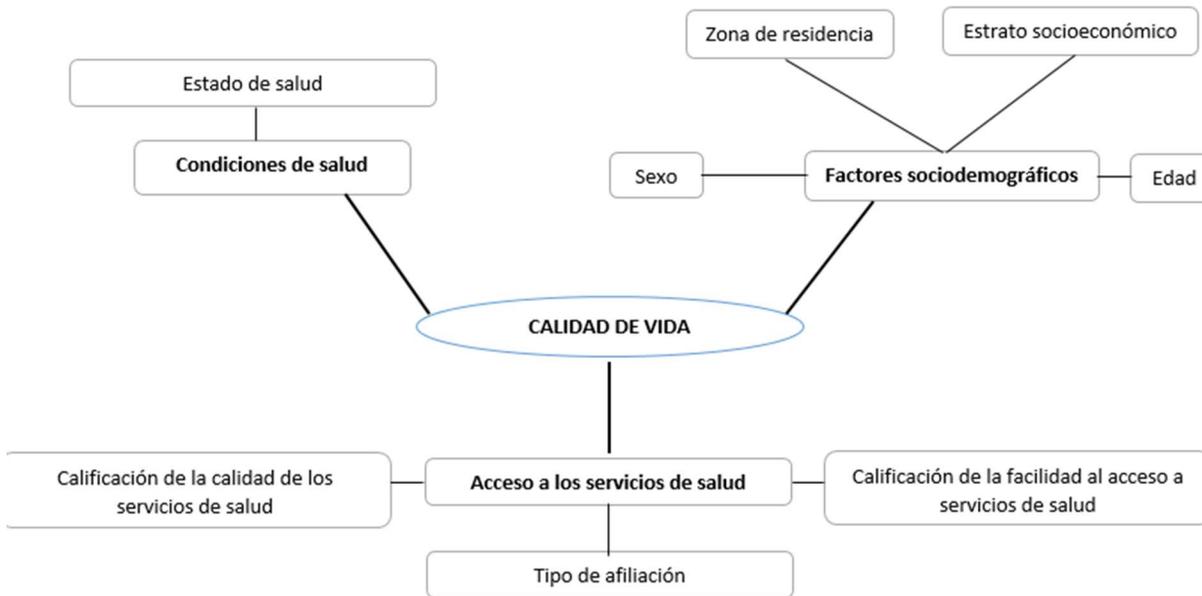
- Se incluyeron los registros de las personas participantes de la encuesta de la calidad de vida 2014 (específicamente de las variables que hacen parte del

grupo de factores sociodemográficos, condiciones de salud y acceso a los servicios de salud).

Criterios exclusión:

- Datos Inconsistentes referentes a las variables de interés de la investigación.
- Datos incompletos de las variables de interés de la investigación.

5.5 Operacionalización de las variables



Variable	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida/Categorías	Medición
Calidad de vida	Concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía e independencia.	Cualitativa	Ordinal	1. Muy mala 2. Mala 3. Aceptable 4. Buena 5. Muy buena	Encuesta
Sociodemográficas: Conglomerado de características como lo son el sexo, la edad, el nivel de escolaridad, el estrato y la zona de residencia.					
Zona de residencia	Zona de residencia donde habitan las personas,	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Cabecera urbana 2. Rural	Encuesta

	sea dentro o fuera de la cabecera urbana.				
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cualitativa	Ordinal	- Estrato 1 - Estrato 2 - Estrato 3 - Estrato 4 - Estrato 5 - Estrato 6	Encuesta
Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: mujer u hombre.	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1. Hombre 2. Mujer	Encuesta
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de aplicación de la encuesta	Cualitativa	Ordinal	1. Infancia (0-11 años) 2. Adolescencia (12-18) 3. Juventud (19-24) 4. Adulthood (25-59 años) 5. Adulto mayor (>60 años)	Encuesta
Condiciones de salud					
Estado de salud	Calificación que asigna la paciente a su estado de salud al consultarle ¿Cómo considera su estado de salud?	Cualitativa	Ordinal	1. Malo 2. Regular 3. Bueno 4. Excelente 5. No sabe / no responde	Encuesta
Acceso a los servicios de salud					
Tipo de afiliación	Afiliación al sistema de seguridad	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado	Encuesta

	general de salud.			3. Régimen especial 4. No está afiliado 5. No sabe / no responde	
Calificación de la facilidad al acceso a servicios de salud	Viabilidad del usuario al acceso de salud	Cualitativa	Ordinal	1. Muy mala 2. Mala 3. Aceptable 4. Buena 5. Muy buena 6. No sabe / no responde	Encuesta
Calificación de la calidad de los servicios de salud	Satisfacción de los servicios de salud	Cualitativa	Ordinal	1. Muy mala 2. Mala 3. Aceptable 4. Buena 5. Muy buena 6. No sabe / no responde	Encuesta

5.6 Técnicas de recolección de datos

- Fuentes de información:

La fuente de información de la investigación fue secundaria ya que se usaron los resultados de la encuesta de calidad de vida realizada por la alcaldía de Medellín en 2014 (ECV 2014). Los antecedentes de la encuesta fueron la Encuesta de Calidad de Vida para Medellín realizada a partir de 1997 a nivel de comunas, continuando con ella en el 2001 y anualmente desde el 2004 al 2014, con muestras aleatorias, representativas para las 16 comunas y los 5 corregimientos.

La encuesta fue una investigación que incluyó modelos de análisis multivariados. El objetivo general fue obtener información confiable y oportuna, expresada estadísticamente sobre variables físico-espaciales, sociales y demográficas, referida a cada una de las comuna, corregimientos y estratos de Medellín al año 2014.

La población objetivo de esta investigación fueron las viviendas según el estrato socioeconómico, comuna y corregimiento, hogares y personas del Municipio de Medellín. El diseño muestral fue un muestreo aleatorio simple (MAS) para proporciones, teniendo en cuenta la participación de cada una de las viviendas por estrato socioeconómico, según barrio, comuna y corregimiento (14).

- Instrumentos de recolección de información:

Instrumento ya diseñado y valorado por la alcaldía de Medellín en el año 2014, el cual se basó en la teoría de medición del estándar de vida de Amartya Sen.

La ECV 2014 contó con unos conceptos básicos para el fácil desarrollo de la encuesta que fueron 1: jefe de hogar, 2: miembro del hogar, 3: informante calificado, 4: residente habitual, 5: hogar, 6: unidad de vivienda, 7: tipo de unidad de vivienda.

También presentó unas variables del indicador de calidad de vida 1: Calidad de la vivienda y equipamiento, 2: Acceso a servicios públicos, 3: Capital humano y escolarización, 4: Demográficas, 5: Seguridad social en salud y empleo. Junto a estas se encontraron unas dimensiones del indicador multidimensional de condiciones de vida y variables que las componen: 1: Entorno y calidad vivienda, 2: Acceso a servicios públicos, 3: Medio ambiente, 4: Escolaridad, 5: Desescolarización, 6: Movilidad, 7: Capital físico del hogar, 8: Participación, 9: Libertad y seguridad, 10: Vulnerabilidad, 11: Salud, 12: Trabajo, 13: Recreación, 14: Percepción de la calidad de vida, 15: Ingresos.

El tamaño total de la muestra de la investigación primaria fueron 13.333 viviendas calificadas por estrato socioeconómico por comunas y corregimientos (14).

- Proceso de obtención de la información: la información utilizada durante el proceso de investigación fueron los resultados obtenidos de la encuesta de CV, de la cual se seleccionó un grupo de variables de interés. Se realizó una única medición que fue una investigación de enfoque transversal y por medio del análisis de datos que dieron respuesta a la pregunta de investigación. La presente investigación se realizó con permiso de los investigadores principales respetando su autoría y con el aval del comité de ética de la Universidad CES.

5.7 Control de errores y sesgos

TIPO DE SESGOS	DESCRIPCIÓN	CONTROL
Sesgo de información	Posibles datos que no correspondan a la encuesta	Se revisará el instrumento empleado y la base de datos existente para realizar una depuración de los datos inconsistentes e incompletos.
	Transcripción errada de algunos datos.	Revisar los datos recolectados, buscando garantizar la calidad de los mismos. Verificar que todas las variables estén completamente diligenciadas y no falten datos en ninguna de ellas.

Investigador	Numero incorrecto de los registros de la base de datos.	Delegar a dos o más investigadores que realicen el conteo de los registros de la base de datos para tener información más precisa.
--------------	---	--

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de este estudio, el equipo investigador obtuvo la autorización de la facultad de Fisioterapia de la Universidad CES para hacer uso de la encuesta de Calidad de Vida 2014 de la Alcaldía de Medellín con fines académicos e investigativos, también se contó con el aval del comité de ética de la Universidad CES.

Es importante mencionar que el presente estudio hace parte de una investigación sin riesgo según la resolución 008430 “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, porque se usa información de tipo retrospectiva, se analizarán datos ya obtenidos anteriormente en encuestas y artículos, no se llevará a cabo ninguna intervención con los habitantes del municipio de Medellín y no se modificarán sus variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales.

Esta investigación también estuvo guiada por la declaración de Helsinki respetando los principios bioéticos, debido a que la población encuestada en la fuente primaria participó de manera autónoma, sin recibir remuneración económica y se respetó el anonimato. Al ser una investigación sin riesgo no se modificaron las variables biológicas de la población encuestada ni se realizó intervención sobre ellos, por lo que no habrá daño en éstos.

Con los resultados obtenidos en esta investigación se pudo esclarecer la relación existente entre la calidad de vida y las variables independientes, generando nuevas perspectivas del estado de calidad de vida en la ciudad de Medellín y gracias a que la población de la fuente primaria fue elegida con una muestra aleatorizada, su selección fue equitativa y también se respetó la propiedad intelectual de quienes brindaron la información de la fuente primaria, así como de los autores de referencia bibliográficas utilizadas en el trabajo.

7. RESULTADOS

La población de este estudio estuvo constituida por 47.331 registros de habitantes de la ciudad de Medellín, quienes participaron en la encuesta de calidad de vida de la alcaldía de Medellín en el año 2014. De las características sociodemográfica la mayoría de las personas encuestadas vivía en la cabecera urbana (91,1%) ver Fig.1. El 29,2% de la población perteneció al estrato 3 y el 3,7% al estrato 6 ver Fig 2; por cada mujer encuestada hubo 0,8 hombres ver Fig.3 y respecto a la edad la mayoría de los encuestados (46,7%) pertenecían a la población adulta, es decir quienes tenían entre 25 a 59 años de edad ver Fig.4.

Al consultar a las personas sobre cómo consideraba su estado de salud; el 62,7% de la población consideró que su estado de salud era bueno, mientras que solo el 2,3% personas lo consideraron malo. Frente al acceso a los servicios de salud las tres variables evaluadas mostraron resultados positivos; el 91,2% se encontraban afiliados al sistema de salud, solo el 8,8% no estaba afiliado a ningún sistema de salud el 40,8% de las personas consideró que la calidad de los servicios de salud era buena y el 32,2% calificó la facilidad del acceso a los servicios de salud como aceptable. Ver tabla 1.

El 62,5% de la población encuestada consideró que su calidad de vida era buena, el 2,1% la consideró mala y el 7% la calificó como muy mala, es decir que por cada persona con calidad de vida muy buena hubo 0,05 personas con calidad de vida muy mala. Ver tabla 1.

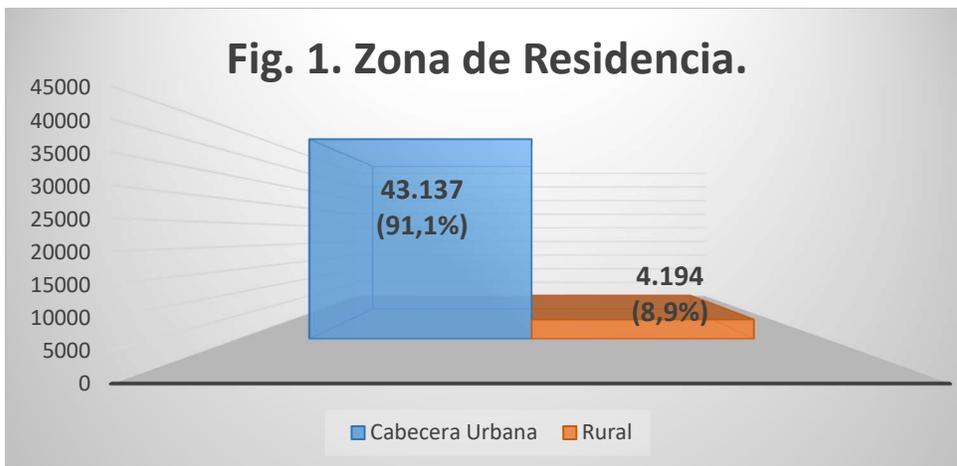


Fig 2. Estrato Socioeconomico.

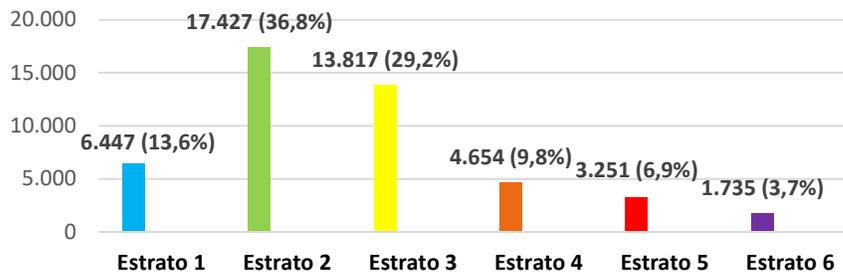


Fig. 3. Sexo.



Fig. 4. Edad

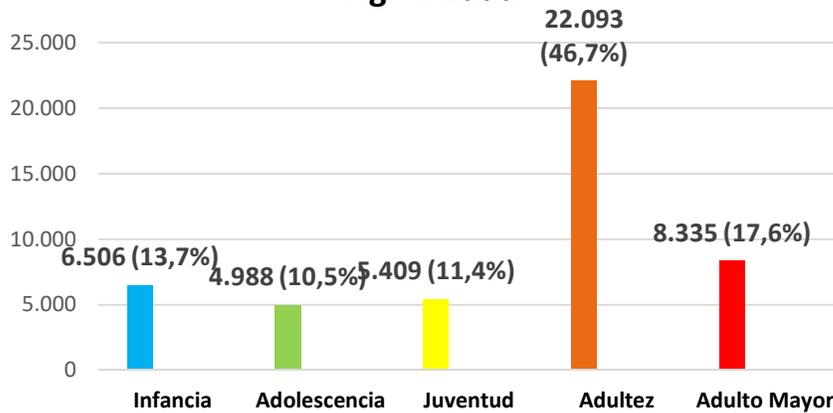


Tabla 1. Caracterización de la población encuestada en la ciudad de Medellín en el 2014

Calidad de vida	n	%
Muy mala	311	7
Mala	1003	2,1
Aceptable	11104	23,5
Buena	29588	62,5
Muy buena	5325	11,3
Condiciones de salud		
Estado de salud		
Malo	1107	2,3
Regular	12355	26,1
Bueno	29687	62,7
Excelente	4182	8,8
Acceso a los servicios de salud		
Tipo de afiliación		
Contributivo	29986	63,4
Subsidiado	11979	25,3
Régimen especial	1109	2,3
No está afiliado	4144	8,8
No sabe / No responde	113	0,2
Calificación de facilidad de A.S.S		
Muy mala	5282	11,2
Mala	10513	22,2
Aceptable	15222	32,2
Buena	14392	30,4
Muy buena	1351	2,9
No sabe / No responde	571	1,2
Calificación de la calidad de los S.S		
Muy mala	2870	6,1
Mala	7890	16,7
Aceptable	15095	31,9
Buena	19291	40,8
Muy buena	1731	3,7
No sabe / No responde	454	1,0

*A.S.S: Acceso a los servicios de salud
*S.S: Servicios de salud

Al evaluar la distribución de la CV respecto a los factores sociodemográficos, se encontró que la mayoría de la población que calificó su CV como buena eran en mayor proporción los habitantes de la zona urbana (62,4%), así como la población perteneciente al estrato 4 (70,8%) y 5 (71,0%). Tanto jóvenes (62,3%), como adultos y adultos mayores (63%) calificaron, en su mayoría la CV como buena y el total de las personas que calificaron la CV como mala, pertenecía al grupo de la población adulta. Ver tabla 2.

Del total de personas que calificó la CV como buena, el 69,1% consideró que su estado de salud era bueno, mientras que la mayoría de las personas que tenía un estado de salud malo (49,5%) percibió su CV como aceptable.

Solo el 25% de las personas encuestadas pertenece al régimen subsidiado y de ellas, el 4,8% consideraron que su CV era muy buena frente al 1,7% de esta población que la consideró como muy mala. De quienes no estaban afiliados, solo el 0,4% personas calificaron su CV como muy mala y el 56,2% de ellos la calificó como buena.

La mayoría de las personas calificó la calidad de los servicios como buena (40,8%) y de estos el 65 % consideró también que su CV era buena. Por último, frente a la calificación de la facilidad del acceso a los servicios de salud se encontró que 4 de las personas que calificaron como muy buena la facilidad al acceso tienen muy buena CV.

Para evaluar la relación estadística de los grupos de variables con la CV se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson, encontrando que tres de las variables que hacen parte de los factores sociodemográficos (zona de residencia, edad, estrato socioeconómico), la de condiciones de salud (estado de salud), el acceso a salud (tipo de afiliación, facilidad de acceso a los servicios de salud y calidad de los servicios de salud) tienen significancia estadística con la CV ($P < 0,005$). Ver tabla 2.

Tabla 2. Prevalencia de CV en la población de Medellín en el año 2014

	Muy mala		Mala		Aceptable		Buena		Muy buena		Valor P
	n		n		n		n		n		
Características sociodemográficas											
Zona de residencia											
Cabecera urbana	293	0,7	871	2,0	10143	23,5	26907	62,4	4923	11,4	0,00
Rural	18	0,4	132	3,1	961	22,9	2681	63,9	402	9,6	
Estrato socioeconómico											
1	130	2,0	246	3,8	2194	34,0	3498	54,2	379	5,9	
2	145	0,8	524	3,0	5037	28,9	10342	59,3	1379	7,9	
3	28	0,2	179	1,3	2967	21,5	9177	66,4	1466	10,6	0,00
4	8	0,2	38	0,8	578	12,4	3296	70,8	734	15,8	
5	0	0,0	6	0,2	238	7,3	2308	71,0	699	21,5	
6	0	0,0	10	0,6	90	5,2	967	55,7	668	38,5	
Sexo											
Mujer	166	0,6	545	2,1	6030	23,3	16252	62,8	2903	11,2	0,79
Hombre	145	0,7	458	2,1	5074	23,7	13336	62,2	2422	11,3	
Edad											
Infancia (0-11 años)	70	1,1	169	2,6	1746	26,8	3903	60,0	618	9,5	
Adolescencia (12-18 años)	41	0,8	140	2,8	1375	27,6	2963	59,4	469	9,4	0,00
Juventud (19-24 años)	43	0,8	105	1,9	1279	23,6	3371	62,3	611	11,3	
Adultez (25-59 años)	116	0,5	416	1,9	4867	22,0	14100	63,8	2594	11,7	
Adulto mayor (>60 años)	41	0,5	173	2,1	1837	22,0	5251	63,0	1033	12,4	
Condiciones de salud											
Estado de salud											
Malo	44	4,0	124	11,2	548	49,5	354	32,0	37	3,3	
Regular	162	1,3	473	3,8	4580	37,1	6283	50,9	857	6,9	0,00
Bueno	102	0,3	376	1,3	5550	18,7	20516	69,1	3143	10,6	
Excelente	3	0,1	30	0,7	426	10,2	2435	58,2	1288	30,8	
Acceso a los servicios de salud											
Tipo de afiliación											
Contributivo	79	0,2	296	1,0	5116	17,0	20282	67,6	4213	14,0	
Subsidiado	205	1,7	514	4,2	4452	37,1	6224	52,0	584	4,8	0,00
Régimen especial	7	0,6	17	1,5	280	25,2	673	60,6	132	12,0	
No está afiliado	20	0,4	175	4,2	1236	29,8	2330	56,2	383	9,2	
No sabe / no responde	0	0	1	0,8	20	1,7	79	70,0	13	11,5	
Calificación de la calidad de los S.S*											
Muy mala	66	2,2	95	3,3	761	26,5	1536	53,5	412	14,3	
Mala	24	0,3	228	2,8	2128	27,0	4795	60,7	715	9,0	
Aceptable	103	0,6	290	2,0	3658	24,2	9508	63,0	1536	10,1	0,00
Buena	111	0,5	345	1,7	4183	21,6	12520	65,0	2132	11,0	
Muy buena	6	0,3	32	1,8	276	16	938	54,1	479	27,6	
No sabe / no responde	1	0,2	13	2,8	98	21,5	291	64,0	51	11,2	
Calificación de facilidad de A.S.S**											
Muy mala	84	1,5	167	3,1	1488	28,1	2916	55,2	627	11,8	
Mala	22	0,2	292	2,7	2808	26,7	6429	61,1	962	9,1	0,00
Aceptable	92	0,6	234	1,5	3567	23,4	9680	63,5	1649	10,8	
Buena	103	0,7	259	1,8	2962	20,5	9475	65,8	1593	11,0	

Muy buena	4	0,2	31	2,3	172	12,7	725	53,6	419	31,0
No sabe / no responde	6	1,0	20	3,5	107	18,7	363	63,5	75	13,1

*S.S: *Servicios de salud*

**A.S.S: *Acceso a los servicios de salud*

*** CV: *Calidad de vida*

Como se expone en la tabla 3, cuando se evaluó la relación entre la calidad de vida y el estrato socioeconómico, se encontró que existe una relación positiva media (0,22) a causa de que ninguna persona perteneciente a los estratos 5 y 6 consideran que su calidad de vida es muy mala y se evidenció que las personas pertenecientes al estrato 2 son las que perciben en mayor porcentaje su CV como buena (36,8%), además se observó que hay correlaciones positivas débiles entre la calidad de vida, la edad (0,04), el estado de salud (0,28), el acceso a los servicios de salud (0,08) y la calidad de los servicios de salud (0,07).

Debido a que de 5409 jóvenes encuestados, 3371 consideran que su calidad es buena, mientras que solo 43 de ellos consideran que su CV es muy mala; además que las personas encuestadas consideran que al tener un estado de salud bueno su calidad de vida también es considerada buena y tener un estado de salud malo lo relacionan con tener una CV aceptable; con respecto a la facilidad al acceso a los servicios de salud, los individuos que consideran este acceso aceptable califican su calidad de vida como buena y aquellos que consideran que la facilidad al acceso es mala solo 22 personas califican su CV como muy mala; del total de la población encuestada 19291 personas consideran que la calidad de los servicios de salud es buena, mientras que la minoría (2870) que consideran que la calidad de los servicios es muy mala también consideran lo mismo de su CV.

Con referencia a la zona de residencia (-0,01) existe una correlación negativa débil, en cuanto al tipo de afiliación (-0,22) existe una relación negativa media, las personas afiliadas al régimen subsidiado consideran que su CV es buena, de 4144 personas que no están afiliadas solo 20 consideran que su calidad de vida es mala. Se encontró que entre el sexo y la calidad de vida no existe correlación alguna (0,00).

Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman entre la CV y las variables independientes

	Coeficiente de correlación con CV	Valor de P
Zona de residencia	-0,01	0,025
Estrato de la vivienda	0,25	0,00
Edad	0,56	0,00
Estado de salud	0,28	0,00
Afiliación al sistema de salud	-0,22	0,00
Facilidad del acceso a los servicios de salud	0,08	0,00
Calidad de los servicios de salud	0,07	0,00

8. DISCUSIÓN

Las limitaciones de este estudio están asociadas a los criterios de exclusión, debido a que los datos que estuvieran incompletos o inconsistentes referentes a las variables de interés de la investigación no podrían ser tomados en cuenta, sin embargo, se realizó la revisión exhaustiva y la depuración de los datos recolectados, buscando garantizar la calidad de los mismos. También que, al ser una fuente secundaria y estar ligado a la fuente primaria, ésta última pudo ser investigada en un principio para fines distintos al objetivo del trabajo actual.

La calidad de vida es un concepto que se construye constantemente de la mano del ámbito social, es multidimensional y dinámica, por lo que permite ser investigada desde varios campos científicos y actualmente no solo se busca medirla y definirla relacionada a la salud, sino que se busca identificar las condiciones de la CV en su asociación con el punto de vista político y económico, en conjunto con el social, teniendo en consideración tanto los factores del ambiente internos (condición de salud, bienestar social, educación, desarrollo personal, familia, hogar, etc) como externos (sistema de salud, crecimiento económico, seguridad social, ambiente natural, etc) (32) siendo todo esto lo que buscó este estudio, que fue identificar la relación de la CV con las características sociodemográficas, las condiciones de salud y acceso a los servicios de salud de la población de la ciudad de Medellín en el año 2014.

Respecto al estrato socioeconómico, Tuesca R, Centeno H, Salgado M, Garcia N (13), refieren en su artículo que las personas que se encuentran en un estrato socioeconómico bajo (2-3) en la ciudad de Barranquilla, Colombia, obtuvieron mejores puntuaciones en salud general comparados con los de nivel medio y alto, contrario a lo que pasa en el presente estudio, donde se encontró que en mayor proporción, quienes consideraron que su estado de salud es bueno fueron las personas ubicadas en el estrato 4 y 5, coincidiendo con Suárez D, Jiménez F, Millán M (33), quienes encontraron que la percepción calidad de vida posiblemente dependerá según el estrato socioeconómico en que una persona se encuentre, debido a que estará determinado posiblemente por tener más dificultades que afectan el nivel de vida de los hogares dada la poca planificación urbana, la falta de infraestructura, el saneamiento y la construcción de las viviendas, sin embargo, como se ha dicho durante este estudio, la calidad de vida es una percepción de cada persona y lo que puede parecer malo para una, para otra puede parecer todo lo contrario.

Algo muy llamativo de este estudio es que se encontró que el sexo no tiene relación con la calidad de vida ($P=0,79$), contrario a lo que varios estudios han encontrado, donde varios determinan que normalmente uno de los dos sexos manifiesta tener mejor calidad de vida que el otro, como lo es el caso del estudio presentado por Arcila M, Gómez S y Mejía M en la ciudad de Medellín también, donde encontraron que sí existe asociación entre el sexo y la CV, debido a que fue mayor la proporción de hombres con calidad de vida mala o regular en comparación con las mujeres. También estuvieron relacionadas a tener una

buena condición de vida las condiciones de la vivienda como un alto estrato socioeconómico y contar con servicios públicos (34).

En la década de 1990, Schipper y sus colegas introdujeron el concepto de calidad de vida en relación con la salud, (CVRS), señalando que el estado de salud de una persona tiene influencia en su vida y funcionamiento, y en última instancia podría determinar cualquier percepción que tengan sobre su calidad de vida. Por lo que la CVRS se puede definir como un índice de la percepción del paciente de su propia posición en la vida durante el curso de una enfermedad en particular y su tratamiento, teniendo relación directa sobre la CV, debido a que determinará como perciba su vida en ese instante según como se encuentre su condición de salud (35). Este estudio sigue este mismo camino, debido a que se encontró que por cada persona encuestada que consideró que su estado de salud era bueno, hubo 0,03 personas que lo consideraron malo.

Mesa A, Arboleda O y González C (11) encontraron que una persona afiliada al sistema de salud tendrá mayores garantías de acceder a los servicios de salud cuando sea necesario, por lo que estas personas tienen mejores condiciones de vida y por lo tanto mejor calidad de vida, coincidiendo a los hallazgos expuestos en este estudio, que encontró que la mayoría de las personas afiliadas al sistema de salud perciben su CV como buena, al igual que las personas que tienen facilidad de acceso y buena calidad en los servicios de salud recibidos, debido a que, claro está que mientras una persona pueda acceder a todos los servicios relacionados a salud en todos los niveles de atención, podrá ser una persona tranquila, segura, estable y que en momentos de enfermedad podrá tener toda la atención requerida y muy importante, se estará velando por el cumplimiento del derecho a la salud.

El concepto de la percepción de la calidad de vida en cada persona permite a los gobiernos evaluar la influencia de sus programas de salud, las actividades de promoción y prevención de la salud y los cuidados sanitarios entre otros. Es un aspecto muy positivo que la Alcaldía de Medellín realice estas encuestas periódicamente para tener un seguimiento y un registro al indicador de calidad de vida, es importante realizar estudios en donde se busque analizar la relación existente entre el indicador de CV y los factores que la pueden modificar, tanto intrínsecos, como extrínsecos, como en el caso de este estudio, donde se buscó determinar la relación existente entre la calidad de vida con los factores sociodemográficos, las condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud.

Todas las variables del estudio tuvieron asociación estadística con la calidad de vida, excepto el sexo, sin embargo, al realizar la correlación de Spearman llama la atención encontrar que la zona de residencia y el tipo de afiliación tienen una correlación negativa débil y media respectivamente, lo que indica que su influencia directa sobre la calidad de vida no tiene correlación, mientras que variables como el estrato socioeconómico, el estado de salud y la calidad de los servicios de salud tienen una asociación positiva, que aunque es débil, indica que su influencia sobre la calidad de vida es directamente proporcional.

Para concluir, este estudio permitió identificar que la percepción de buena calidad de vida está asociada a tener entre 25-59 años, vivir en estrato socioeconómico medio-alto (4 y 5), tener un estado de salud bueno, estar afiliado al sistema de salud del país y tener buena facilidad de acceso a los servicios de salud.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salas Z. C, Garzón D. MO. La noción de calidad de vida y su medición. concept Qual life Meas. 2013;4(1):36–46.
2. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. *Hacia la Promoción la Salud*. 2007;12(1):11–24.
3. Prieto-Flores ME, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Lardiés-Bosque R, Rodríguez-Rodríguez V, Ahmed-Mohamed K, et al. Factores Sociodemográficos Y De Salud En El Bienestar Emocional Como Dominio De Calidad De Vida De Las Personas Mayores En La Comunidad De Madrid, 2005 (*). *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2008;82(3):301–313. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/original2.pdf>
4. Medellín Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida de Medellín , 2012. 2012; Available from: <https://www.medellincomovamos.org/informe-de-calidad-de-vida-de-medellin-2012-0/>
5. Medellín Cómo Vamos. Informe de calidad de vida de Medellín, 2010. *Segur y Convivencia*. 2010;
6. Herrera EM, López AA, Pérez BC. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores . *Cartagena (Colombia) Factors associated to life quality of older adults . Cartagena (Colombia)*. 2012;28(2):251–63.
7. Alcaldía de Medellín. Variables del Indicador de Calidad de Vida 2013 Indicador de Calidad de Vida 2013. 2012;
8. Universidad DELA, Loja NDE, Periodo ENEL. Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis. 2015;2015.
9. Efklides A, Kalaitzidou M CG. Subjetive Quality of Llife in old age in Greece. The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *Eur Psychol*. 2003;8:178–91.
10. Ramírez, Róbinson; Agredo, Ricardo; Jerez, Alejandra; Chapal L. Calidad de Vida y condiciones de salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008;10(4):529–36. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>
11. Alberto S, Mesa M. Características de la salud asociadas con las condiciones de vida de las personas con formación universitaria a partir de la encuesta de calidad de vida (ecv) en la ciudad de Medellín en el 2008. 2011;148–58.
12. Inés PS. Tendencias en salud y calidad de vida . Exclusión social y salud . *Indicadores. Doc Soc*. 2002;127(2002):45–65.
13. Tuesca Rafael, Centeno Hermín, Salgado Maria de la Ossa, Garcia Nayda LJ. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemograficos en adolescentes de Barranquilla (colombia). *Rev Cient Salud Uninorte* [Internet]. 2008;24, No 1. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3819/5739>
14. Alcaldía de Medellín. Ficha Técnica Encuesta de Calidad de Vida 2014 [Internet]. 2009. p. 1–11. Available from:

https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlanDeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadisticas/SharedContent/EncuestaCalidaddeVida/ECV2014/PDFs/09Ficha_tecnica.pdf

15. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Ter PSICOLÓGICA*. 2012;30(1):718–4808.
16. Alpi SV, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol Av la Discip* [Internet]. 2012;6(1):123–36. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
17. Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev la Fac Nac Salud Pública*. 2005;23(1):79–90.
18. organización panamericana de la salud organización mundial de la salud. La integración entre salud y educación es uno de los motores fundamentales del desarrollo. 2010; Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2990%3A2010-la-integracion-entre-salud-educacion-uno-motores-fundamentales-desarrollo&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
19. Gobierno de Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Colombia, El Índice de Condiciones de Vida. Bogotá. 1998;
20. Valencia Correa M, Peláez Botero A, Vanegas Serna AC. Indicador de Calidad de Vida, Medellín 2004-2010. Dep Adm Planeación, Subdirección Metroinformación, Obs Políticas Públicas, Alcaldía Medellín [Internet]. 2011; Available from: [http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Plan de Desarrollo/Secciones/Información General/Documentos/Demografía y Calidad de Vida/Publicaciones/Indicador de Calidad de Vida Medellín 2004 - 2010.pdf](http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/SubportaldelCiudadano/PlandeDesarrollo/Secciones/InformaciónGeneral/Documentos/DemografíayCalidaddeVida/Publicaciones/IndicadordeCalidaddeVidaMedellín2004-2010.pdf)
21. Ministerio de salud y protección social. Tomo 1. Características socio-demográficas de la población Colombiana. Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. 2010. 131 p.
22. Gonz NE. Condiciones de Vida y Estado de Salud de la población del Municipio de Caldas – Antioquia. 2004. 2004;
23. Dachs N. Indicadores sobre condiciones de salud de grupos poblacionales. *Com Económica para Am Lat y el Caribe* [Internet]. 2000;163–74. Available from: <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/11.pdf>
24. Benítez Ampudia JC. Quality and living conditions as determinants of health-disease: A proposal for medical anthropology. *Gaz Antropol* [Internet]. 2010;26(26):22. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3718533&info=resumen&idioma=ENG>
25. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomedica*. 2006;6(0120-4157):206–15.
26. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex*. 2015;57(2):180–6.
27. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev salud pública*. 2007;9(91):26–

- 38.
28. Cardenas Maria, Cortés Fernando, Escobar Agustin, Nahmad Salomón, Scott Jonh TG. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular. 1st ed. Distrito Federal; 2014. 109 p.
 29. Segura Cardona A, Valencia Vargas A. Calidad de vida de los habitantes de la comuna La América. Medellin, 2009. Qual life inhabitants commune's Am Medellín, 2009 [Internet]. 2014;5(2):99–106. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=100934192&lang=es&site=ehost-live>
 30. Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993. p. 500.
 31. Congreso de la Republica. Ley 1751 de 2015. p. 13.
 32. Pukeliene V, Starkauskiene V. Quality of Life : Factors Determining its Measurement Complexity. 2011;22(2):147–56.
 33. De C, Suárez DF. Calidad de vida según la estratificación socioeconómica.
 34. Arcila M, Gómez S, Mejía M. Condiciones de vida de los habitantes de El Poblado de la ciudad de Medellín. Salud Pública, CES [Internet]. 2011;13–20. Available from: Mario Andrés Arcila1%0A, Sandra Liliana Gómez Gómez2%0A, María Adelaida Mejía Aguilar
 35. Salinero-fort MÁ, Gómez-campelo P, Bragado-alvárez C. Health-Related Quality of Life of Latin- American Immigrants and Spanish-Born Attended in Spanish Primary Health Care : Socio-Demographic and Psychosocial Factors. 2015;1–17.

3. ANEXOS

- Anexo 1: Formato ficha técnica institucional
- Anexo 2: Formato aspectos técnicos y modalidad de investigación
- Anexo 3: Formato cronograma y presupuestos

