

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

**Informe de Gira Académica: Análisis comparativo en la forma de medir la calidad
de vida en salud, Colombia y España**

Fabián Oswaldo Rojas Pedraza

Jairo Alfonso Hernández de la Rosa

Néstor Julián Perea Infante

**Trabajo de Grado para optar por el Título de Especialista en Gerencia de Instituciones
de Seguridad Social en Salud**

Director:

Catalina Chacón

Universidad Santo Tomás

Facultad de Economía

Especialización Gerencia de Instituciones en Seguridad Social en Salud

Bucaramanga

2017

Tabla de Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción | 6 |
| 1. Marco Referencial..... | 8 |
| 1.1 Antecedentes. | 8 |
| 1.2 Situación Actual. | 10 |
| 2. Análisis Comparativo..... | 11 |
| 2.1 La salud en la medición de la calidad de vida en Colombia. | 11 |
| 2.1.1 Contexto Histórico. | 11 |
| 2.1.2 Objetivo del DANE al medir la salud en la Calidad de Vida en Colombia. | 14 |
| 2.1.3 Valores tenidos en cuenta en la medición del factor salud en la Calidad de Vida en Colombia. | 14 |
| 2.1.3.1 Alimentos nutritivos y agua limpia. | 14 |
| 2.1.3.2 Alojamiento adecuado para la protección contra los elementos. | 15 |
| 2.1.3.3 Ambiente laboral desprovisto de riesgos..... | 15 |
| 2.1.3.4 Medio físico desprovisto de riesgos. | 16 |
| 2.1.3.5 Atención sanitaria apropiada. | 16 |
| 2.2 Factor salud en la medición de la calidad de vida en España. | 17 |
| 2.2.1 Contexto Histórico. | 17 |
| 2.2.2 Objetivo del INE al medir la Salud en la Calidad de Vida en España. | 18 |
| 2.2.3 Valores tenidos en cuenta en la medición de del factor salud en la Calidad de Vida en España..... | 19 |
| 2.2.3.1 Resultados. | 19 |
| 2.2.3.2 Acceso a cuidados sanitarios. | 20 |

| | |
|---|----|
| 2.2.3.3 Determinantes de salud. | 21 |
| 2.3 Análisis Comparativo en la medición de la Calidad de Vida Colombia-España..... | 22 |
| 2.3.1 Contexto Histórico. | 22 |
| 2.3.2 Objetivo del DANE y el INE al medir la Calidad de Vida en salud de Colombia y España..... | 23 |
| 2.3.3 Los valores de medición tenidos en cuenta para la medición del factor salud en Colombia y España..... | 25 |
| 3. Conclusiones | 28 |
| Referencias bibliográficas..... | 31 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1. <i>Comparativa de valores en la medición de la Salud en la ECV de Colombia y España.....</i> | 26 |

Lista de figuras

| | Pág. |
|---|------|
| <i>Figura 1.</i> Tabla de Resultados | 20 |
| <i>Figura 2.</i> Tabla a Acceso a cuidados sanitarios | 21 |
| <i>Figura 3.</i> Tabla Determinantes de Salud | 21 |

Introducción

La Calidad de Vida (CV) es objeto de estudio en diferentes áreas del conocimiento, que van desde las Ciencias Sociales hasta las Ciencias Naturales, dando definiciones y parámetros diferentes cada una de ellas. Las ciencias naturales han centrado su estudio de la CV en valores de tipo médico, cuantificables por medio de estadísticas que, centradas en el funcionamiento óptimo biológico del individuo, han dejado de lado las subjetividades en las que se encuentra el individuo como producto de una construcción cultural.

En el campo de las ciencias sociales, el estudio estadístico se acerca más a lo expuesto por Nussbaum (1998), quien relaciona la CV con el buen vivir, con “el hecho de alcanzar el desarrollo de algunas capacidades *humanas* que les permita alcanzar una vida plena”.

Tanto en Colombia como en España, los Estados cuentan con parámetros de medición de la Calidad de Vida de sus ciudadanos. En el caso colombiano se tienen en cuenta los siguientes factores: conformación de los hogares; respecto a los hogares se miden el - acceso a servicios públicos, privados o comunales, la tenencia de bienes y servicios, la percepción sobre ingresos y seguridad; salud en la que se mide la atención integral a niños y niñas menores de 5 años; educación y tecnologías de información y comunicación; estos tres factores son objeto de los procesos de encuestas realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y en cuyos resultados basaremos este análisis comparativo.

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España mide la CV de sus nacionales basados en nueve parámetros: condiciones de vida, trabajo, salud, educación, ocio y relaciones sociales, seguridad física personal, gobernanza y derechos básicos, entorno y medioambiente y bienestar subjetivo.

Es posible encontrar algunas similitudes dentro de los parámetros nombrados anteriormente para Colombia y España y que permiten comparar de forma específica cada

uno o algunos de ellos. Para realizar este análisis comparativo, en este caso, se tomará el factor Salud, respecto a las mediciones que se realizan en Colombia y España. A partir de ello, se pretende exponer algunas de las diferencias entre la salud y la CV en Colombia con respecto a la CV en España.

El trabajo se encuentra dividido en cinco partes: (1) Introducción; (2) Marco Referencial, en donde se exponen los antecedentes y la situación actual de la salud en la CV en Colombia y en España ; (3) Análisis comparativo, en el que se realiza primero una contextualización histórica del tema para cada país por separado, seguido de la exposición del objetivo trazado por cada una de las naciones para la medición de la salud en la CV , y como última sección de ese aparte encontramos los subvalores que contemplan España y Colombia (respectivamente) dentro del factor salud en la medición de la CV de sus ciudadanos; En el aparte tres , encontramos un análisis comparativo basado en la información expuesta; (4) Conclusiones, por medio del análisis de los apartados anteriores daremos nuestras anotaciones, recomendaciones y observaciones al abordaje de la salud no solamente desde el punto de vista de calidad de vida del DANE y el INE en sus países, sino también como contribuyen los sectores científicos , académicos y políticos en el desarrollo de una salud que lleve al ideal de Calidad de Vida.

1. Marco Referencial.

1.1 Antecedentes.

“El fracaso del desarrollo de los llamados "países retrasados" evidencia no sólo un exterminador neocolonialismo cultural y económico, sino la pobreza de la cultura occidental que identifica el "buen vivir" y "la calidad de vida" con la producción y posesión de objetos.” Agustí Chalaux.

Empezaremos por decir que la Calidad de Vida corresponde a un área del conocimiento social y científico de carácter interdimensional, que invita a un abordaje de dicho concepto desde el paradigma epistemológico de la complejidad, pues tal como lo plantea Nussbaum (1998) al considerarla es necesario no solo identificar la cantidad de dinero que tienen las personas, sino también saber de su expectativa de vida, su salud, los servicios médicos a que pueden acceder, la disponibilidad y calidad de su educación, su trabajo, los derechos que tienen y los que efectivamente les son respetados, los privilegios legales y políticos que disfrutan, cómo están estructuradas las relaciones familiares y de género, y cómo la sociedad les permite imaginar, maravillarse y sentir emociones como el amor y la gratitud.

La CV se encuentra siempre coartada por el contexto cultural dentro del cual se define u ocurre, y la relación que el individuo tiene con su entorno social, económico, religioso, demográfico, político y educativo; y a su vez con los conceptos que estas esferas del ser humano le imponen por medio de la cultura a dicho individuo. En el libro *Ética y Vida 1: Fundamentación y enseñanza de la bioética* (como se cita en Guevara; Domínguez; Ortunio; Padrón y Rosa Cardozo, 2010) la calidad de vida se estructura en dos niveles, *uno público* y *uno privado*. Cada individuo define individual y socialmente su sistema de valores, su concepto de vida, de calidad y de felicidad. Desde ahí establece el propio proyecto de vida. Esta es la *ética de máximos*, expresada en los principios de autonomía y beneficencia, la cual es deseable pero no exigible. Al mismo tiempo, los miembros de una sociedad deben

contratar un conjunto de valores que sean respetados por todos, aun coactivamente. De allí que la *ética de mínimos*, (ética pública), asume la definición general de calidad de vida que realiza la sociedad expresada en forma de leyes, sustentada en los principios de no maleficencia y de justicia (p.p. 4-5).

Complementando la idea de la ética de máximos y la ética de mínimos (expresada anteriormente) en el libro *Investigación en salud: Dimensión ética* (como se cita en Guevara et al, 2010, p. 356). La Calidad de Vida se construye socialmente como una representación que un colectivo puede tener sobre su propia vida. De ahí la necesidad de profundizar en los análisis de las experiencias subjetivas y en los procesos que implican el desarrollo de la identidad social, destacando en la calidad de vida la espiritualidad, ya que el bienestar pleno es posible en los marcos de una vida dotada del sentido que ofrece el sistema de valores que el ser humano porta en su contexto social y cultural.

Señala Arostegui en su libro, *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco* (como se cita en: Torres Tovar, 2010) en un primer momento, “la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana”. Y es durante la década de los años cincuenta y comienzos de los sesenta, cuando, con el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, surge la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, así las ciencias sociales inician el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Las limitaciones en el acceso a la salud, por razones como la ubicación geográfica, cultural o económica, disminuyen de forma considerable la calidad de vida de los ciudadanos, y con ello sus niveles de felicidad y sus posibilidades de progreso personal y familiar. Del texto de Núñez (et. Al, 2010), es importante anotar la cita que hace del artículo de

Schwartzmann titulado *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*, del que toma lo siguiente:

La implicación de la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Así, la misma autora propone algunos criterios fundamentales relacionados con su medición y contraste, así: 1. Subjetivos: relacionados con la percepción de la persona involucrada, 2. Multidimensionales: relevancia de diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc., 3. Incluir sentimientos positivos y negativos, 4. Registrar la variabilidad en el tiempo: observados en la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa. Todos ellos marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran. (p. 13)

Con base en las teorías expuestas anteriormente desarrollaremos nuestro objetivo principal comparándolas entre sí, y realizando un análisis del tema que permita plasmar en las conclusiones aportes que nos acerque un poco más al ideal aquí planteado.

1.2 Situación Actual.

Tal como lo plantea Tonon Graciel (s.f.), hoy podemos decir, que la calidad de vida es la percepción que tiene cada persona de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el cual vive, en relación con sus expectativas, intereses y logros. Resulta así un concepto complejo, que se relaciona con la salud física, la situación psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con el medio ambiente. Dado que las personas evalúan de manera diferente las circunstancias de su vida, dependiendo de sus expectativas, valores y experiencias previas, los estudios sobre calidad de vida reconocen la importancia de esas diferencias (p. 76).

Con respecto a la CV y la salud Tonon (2008), plantea que actualmente la definición de la Calidad de Vida debe tener en cuenta dos condiciones: “la *condición objetiva*, en la que el contexto al que pertenece el individuo; y la *condición subjetiva* en la que se tienen en cuenta su sistema de valores, creencias y sentimientos”

2. Análisis Comparativo.

2.1 La salud en la medición de la calidad de vida en Colombia.

2.1.1 Contexto Histórico.

La preocupación del Estado colombiano por la medición de la calidad de vida de sus ciudadanos radica básicamente en la corriente latinoamericana de los años setenta que centró sus esfuerzos en el sondeo de la pobreza de sus naciones. Este sondeo se basó en diagnosticar la calidad de vida y el desarrollo tanto de los países como de sus ciudadanos.

Según lo consignado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) respecto a las encuestas de calidad de vida, los primeros acercamientos del Estado colombiano a estas medidas se realizaron con el Censo Nacional de Población de 1985, por medio de la aplicación de la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y con el análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos que logró aplicar la metodología de Línea de Pobreza (LP), estas mediciones permitieron cuantificar la pobreza y generar estadísticas básicas en el país. Sin embargo, fue hasta 1991 cuando el DANE realizó la primera Encuesta sobre Pobreza y Calidad de Vida en Santafé de Bogotá a nivel de alcaldías locales con la colaboración de UNICEF y la Alcaldía Mayor de Bogotá (DANE, 2007, p.10).

El DANE respecto a la evolución en la aplicación de las encuestas de calidad de vida muestra diferentes etapas, en el inicio el objetivo principal fue obtener la información necesaria y suficiente para determinar y caracterizar las condiciones de vida de la población de Santafé de Bogotá, a través de 14 capítulos en los que se evalúan factores como: estructura

y ubicación de la vivienda, datos generales de la vivienda y el hogar, gastos, patrimonio y condiciones de vida del hogar, acceso del hogar a servicios básicos y percepción social del jefe del hogar, entre otras. (DANE, 2007, p. 10)

Luego la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), realizada en Colombia en el año de 1993 amplía la cobertura de las encuestas antes realizadas de forma representativa, para total nacional, total urbano - rural y 4 principales ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla). Esta ECV, cumplió con su objetivo de obtener la información necesaria para determinar los niveles de pobreza, caracterizar condiciones de vida de la población urbana-rural y diseñar, controlar y evaluar planes y programas de desarrollo socioeconómico. Para la realización de la misma se emplearon dos formularios diferentes, uno para el área urbana y otro para la rural, el primero contenía 7 capítulos con temáticas como datos de la vivienda y el hogar, gastos, características generales de las personas, condiciones de vida del hogar e historia de vida del jefe; por su parte, el formulario rural contenía las mismas temáticas, pero tenía un capítulo adicional de actividad productiva del hogar. (DANE, 2007, p.10)

En el año de 1997 se realiza en Colombia una nueva Encuesta Nacional de Calidad de Vida, también representativa a nivel nacional, por grandes regiones urbano - rural, en esta oportunidad se utilizó la metodología implementada por el Banco Mundial para las encuestas de Medición de Condiciones de Vida (LSMS); Dicha ECV estaba conformada por 15 capítulos que contenían además de información sociodemográfica otra importante como: Salud, educación, fuerza de trabajo, gastos, cuidado de los niños, capacitación para el trabajo, negocios familiares, información acerca del entorno de los hogares e información sobre precios de artículos (principalmente alimentos) en la zona rural. La introducción de estos nuevos factores dentro de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida permitió la obtención de información de la calidad de vida en sectores poblacionales como el agropecuario, el de familias cuya economía está basada en el mantenimiento de negocios familiares y de los

denominados *asalariados*. En 2003, se realizó la Encuesta de Calidad de Vida, representativa para el total nacional, cabecera–resto, y por grandes regiones (Antioquia, Valle, Atlántico, Pacífica, Central, Oriental), sólo cabecera para Orinoquia-Amazonia; para Bogotá D.C. total y para cada una de las 19 localidades urbanas y para el total de San Andrés y Providencia, ésta se conformó por 15 capítulos similares a los utilizados en 1997, que permitieron el monitoreo y resultados de algunos programas sociales implementados a partir de las ECV de los años anteriores. Adicionalmente, se incluyeron temáticas que facilitaron determinar el impacto de la crisis económica a la que se enfrentaron los hogares colombianos a finales de la década pasada y mediciones con el fin de actualizar los indicadores de pobreza (DANE, 2007, p.p. 10-11).

En Colombia las Encuestas de Calidad de Vida, realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2015) surgen como respuesta a la necesidad de caracterizar la población en los diferentes aspectos involucrados en el bienestar de los hogares. Desde 1997, el DANE implementa la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) incorporando en su diseño y ejecución lo postulado por la metodología para la edición de las condiciones de vida (p. 2).

El objetivo principal de las ECV en Colombia es medir las condiciones de vida de sus habitantes, con el fin de analizar los cambios ocurridos en los niveles de bienestar de la población y actualizar la información socioeconómica y geográfica del país como apoyo a los procesos de planeación, programación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas nacionales. La consecución de este objetivo contribuye a la realización de políticas sociales dirigidas a la reducción de la pobreza y el aumento de la equidad; el seguimiento a la evolución de los niveles de bienestar de los distintos grupos sociales, especialmente aquellos en situaciones de pobreza y exclusión social; y el análisis del impacto de las políticas y

programas sociales nacionales sobre el bienestar de los hogares y contribuir en su monitoreo y evaluación.

2.1.2 Objetivo del DANE al medir la salud en la Calidad de Vida en Colombia.

El objetivo principal de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) realizada por el DANE es:

Obtener información que permita analizar y realizar comparaciones de las condiciones socioeconómicas de los hogares colombianos, las cuales posibiliten hacer seguimiento a las variables necesarias para el diseño e implementación de políticas públicas y para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (DANE, 2009, p. 17)

Este objetivo se aplica también al factor salud en las ECV, tal como lo veremos en el siguiente numeral.

2.1.3 Valores tenidos en cuenta en la medición del factor salud en la Calidad de Vida en Colombia.

Basados en la *Teoría de las necesidades humanas* de Doyal & Gough (como cita DANE, 2009), una necesidad, es un requisito para evitar daños y perjuicios a las personas; en su teoría definen dos tipos de necesidades universales (válidas para todas las culturas): (a) la salud física y (b) autonomía. (p. 18). Además de tomar este concepto el DANE (2009), basado en la teoría ya mencionada de Doyal y Gough, asocia las siguientes necesidades al factor salud:

2.1.3.1 Alimentos nutritivos y agua limpia.

Los problemas que entraña una inadecuada alimentación, y recuerdan la forma de estimar las necesidades mínimas calóricas utilizando como base el metabolismo basal. Por otra parte, mencionan que el problema de escasez de agua que se presenta incluso en países donde este

recurso es abundante, el gran inconveniente que constituyen las aguas contaminadas y sus efectos sobre la salud humana. Para complementar el argumento de los autores, se podría añadir que los alimentos nutritivos son necesarios para evitar que se padezca hambre, es decir, para evitar la insuficiencia de alimentos en calidad y en cantidad, y, así, garantizar una buena salud. (DANE, 2009, pp. 18-19)

2.1.3.2 Alojamiento adecuado para la protección contra los elementos.

La vivienda debe dar alojamiento adecuado, de tal manera que proteja de las inclemencias del tiempo, incluya servicios domésticos adecuados y la privacidad que cada grupo familiar requiera. El concepto de vivienda adecuada está más encaminado a relatividades culturales en comparación con la alimentación. Con base en estos supuestos se propone tres características que debe cumplir cualquier vivienda, para que esta necesidad sea satisfecha: (a) Albergue suficiente en climas extremos y protección razonable contra la exposición a la intemperie y contra riesgos de epidemias; además, disponer de agua corriente y sistemas sanitarios adecuados y climatizadores, si fuese necesario; (b) El saneamiento adecuado de basuras y heces fecales; y (c) La no existencia de hacinamiento. (DANE, 2009, p. 19)

2.1.3.3 Ambiente laboral desprovisto de riesgos.

Tiene que ver con condiciones laborales adecuadas. Dada la importancia que para el ser humano tiene la actividad productiva, es necesario que haya buenas condiciones en esta actividad. Se señalan tres riesgos graves que pueden tener las condiciones laborales: I) Excesivas jornadas pueden causar desequilibrios físicos y mentales. II) Un ambiente inseguro –bien sea a causa de los procesos o materiales de producción, o por la presencia de elementos de riesgo como exposición a la intemperie o contaminación– constituye una amenaza para la salud física por riesgos de accidente o enfermedad laboral. III) Puede limitar la autonomía del

trabajador. El trabajo excesivamente repetitivo y de mecánico automatismo no estimula las facultades de las personas ni le proporcionan una sensación de autoestima positiva. (DANE, 2009, p. 19).

2.1.3.4 Medio físico desprovisto de riesgos.

“Estar expuesto a la violencia física de otros, por actividades criminales de otras personas o por la violencia organizada del Estado.” (DANE, 2009, p. 20)

2.1.3.5 Atención sanitaria apropiada.

Es esencial, y debe ser accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (DANE, 2009, p. 56).

A pesar de la contemplación teórica de estos temas dentro de su texto de *Metodología de la ECV*, el DANE (2009), no aplica ni la mitad de estos indicadores dentro de su ECV, al contrario, se limita a calcular y analizar (p. 23):

1. La cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por regímenes.
2. Enfermedades crónicas.
3. Morbilidad
4. Acciones tomadas para enfrentar enfermedades padecidas durante los últimos 30 días
5. Gastos en salud último mes y últimos doce meses
6. Calidad de los servicios.

La metodología aplicada por parte del DANE, es la de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades

básicas de la población se encuentran cubiertas, de lo cual es un reflejo los ítems mencionados arriba; los cuales representan la base de sus estudios.

2.2 Factor salud en la medición de la calidad de vida en España.

2.2.1 Contexto Histórico.

La encuesta de Calidad de Vida en España surge como repuesta a las iniciativas científicas y académicas, por medir el progreso y bienestar social de los individuos, estas iniciativas han sido promovidas por diversas organizaciones internacionales y europeas como la Organización de las Naciones Unidas (ONU); la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); la Comisión Europea y la Oficina Estadística Europea; entre otras. La ampliación en el criterio de medición de desarrollo de las naciones, más allá del crecimiento del PIB y de la Contabilidad Nacional; es el objetivo de la Encuesta de Calidad de Vida en España; la toma de conciencia sobre la importancia para el desarrollo nacional de los factores subjetivos que influyen en el desarrollo del individuo, es el principal propulsor de estos estudios estadísticos.

Desde hace dos o tres décadas ha habido varias iniciativas para la medición del progreso social y económico, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Naciones Unidas. Pero el trabajo que ha suscitado mayor atención y ha tenido mayor impacto no sólo en el mundo académico, sino también en la estadística oficial ha sido el Informe *Stiglitz-Sen-Fitoussi* (SSF) publicado en septiembre de 2009 por encargo del gobierno francés; en este mismo año, el Sistema Estadístico Europeo se hace eco de las distintas iniciativas y hace suyas las recomendaciones del Informe SSF creando un *Sponsorship Group* (SG), con la finalidad de desarrollar y detallar las recomendaciones del Informe SSF en forma de propuestas efectivas para el Sistema Estadístico Europeo (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2016 p.2).

El informe *Medición del progreso, el bienestar y el desarrollo sostenible*, aprobado en el 2011, por el Comité del Sistema Estadístico Europeo (CSEE), incluye 50 acciones concretas que deberían ser acometidas por el Sistema Estadístico Europeo (SEE) para poner en práctica las recomendaciones del Informe SSF. En mayo de 2013, EUROSTAT publica en su web un primer conjunto de Indicadores de calidad de vida, basándose en el informe sobre la *Medición del progreso, el bienestar y el desarrollo sostenible* del CSEE publicado en noviembre de 2011, mencionado anteriormente (Instituto Nacional de Estadística de España (INE), 2016 p.3).

El Instituto Nacional de Estadística de España (INE), en su descripción metodológica del proceso de Encuesta nacional de Calidad de Vida (ECV), expone los antecedentes históricos que llevaron al país a la realización de dichas encuestas y la definición de las dimensiones tenidas en cuenta al momento de medir la CV.

En España la Comisión Permanente del Consejo Superior de Estadística inició en julio de 2011 un Grupo de Trabajo con el objetivo de analizar e informar sobre las iniciativas existentes en la *Medición del progreso, el bienestar y el desarrollo sostenible* desde la perspectiva estadística y elaborar un informe en el que se recoja cómo se pueden trasladar estas iniciativas al sistema estadístico español, este informe se finalizó en abril de 2012 y en él se incluyen un conjunto de 60 recomendaciones agrupadas en cuatro subgrupos (indicadores de bienestar, cuentas económicas, encuestas a hogares, medioambientales y sostenibilidad) (INE, 2016 p.3).

2.2.2 Objetivo del INE al medir la Salud en la Calidad de Vida en España.

Los indicadores incluidos en cada dimensión que contempla la medición de la Calidad de Vida en España, se obtienen fundamentalmente de encuestas dirigidas a la población como la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) o la Encuesta de Población Activa

(EPA). También se utilizan otras fuentes estadísticas para la medición de un número reducido de indicadores como la Encuesta Social Europea que desde el año 2014 es una estadística oficial incluida en el Plan Estadístico Nacional. Se incluyen medidas objetivas y subjetivas de calidad de vida.

Las medidas subjetivas están basadas en preguntas contestadas por los individuos sobre satisfacción en relación a diferentes aspectos de su vida (Módulo sobre bienestar 2013 – ECV) o sobre su estado de salud autopercebido (ECV). Las medidas objetivas hacen referencia a condiciones materiales, trabajo, educación, tiempo de ocio, etc. (INE, 2016, p.5).

En el caso específico del factor salud, siendo éste uno de los aspectos más valorados en la vida de las personas; pues entre otras cosas, potencia las oportunidades para participar en el mercado de trabajo, en actividades de educación y formación y en el conjunto de actividades sociales y de ocio, incrementando así la calidad de vida integral de los humanos; esta característica dada por el INE a la salud en la calidad de vida es su objetivo principal al momento de medirla.

2.2.3 Valores tenidos en cuenta en la medición de del factor salud en la Calidad de Vida en España.

El INE (s.f.) divide la medición del factor salud en España, en tres grandes grupos descritos a continuación:

2.2.3.1 Resultados.

El INE (s.f.) incluye aquí indicadores que miden objetivamente la salud de las personas como la esperanza de vida a diferentes edades y la esperanza de vida en buena salud. Se incluyen también percepciones subjetivas proporcionadas individualmente en base a

encuestas como el estado de salud declarado, sufrir enfermedades o problemas de salud de larga duración (como mínimo 6 meses) y tener limitaciones de larga duración en la actividad diaria debido a problemas de salud. Estos tres últimos indicadores se basan en la Encuesta de Condiciones de Vida.

| INE | |
|--|--------|
| 3. Salud | Fuente |
| 3.1. Resultados | |
| 3.1.1. Esperanza de vida a diferentes edades | IDB |
| 3.1.2. Esperanza de vida en buena salud | ECV |
| 3.1.3. Salud autopercebida | ECV |
| 3.1.4. Morbilidad crónica. Personas con enfermedades o problemas de salud de larga | ECV |
| 3.1.5. Personas con limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses | ECV |

Figura 1. Tabla de Resultados
Fuente: Dimensión Salud INE, (s.f), p.10.

2.2.3.2 Acceso a cuidados sanitarios.

INE (s.f.) dice que tener dificultades para acceder a cuidados sanitarios es un factor clave en la salud de los individuos. Se incluye un indicador que recoge, la valoración que proporciona la persona encuestada en la Encuesta de Condiciones de Vida, en relación a haber necesitado un tratamiento o examen médico y no haberlo recibido, así como la principal razón o motivo para no ser atendido.

3.2. Acceso a cuidados sanitarios

3.2.1. Personas que no han podido acceder a cuidados médicos ECV

Figura 2. Tabla a Acceso a cuidados sanitarios

Fuente: Dimensión salud IN E, (s.f), p.10.

2.2.3.3 Determinantes de salud.

Hay hábitos de vida que influyen en el estado de salud: el peso, el tabaco, la actividad física. Se incluye información de estos tres indicadores con base en la información que proporcionan la Encuesta Nacional de Salud del año 2011-2012 y la Encuesta Europea de Salud del año 2009.

3.3. Determinantes de salud

| | |
|---|--------------------------------|
| 3.3.1. Índice de masa corporal | ENS, Encuesta Europea de Salud |
| 3.3.2. Fumadores diarios | ENS, Encuesta Europea de Salud |
| 3.3.3. Personas que practican actividad física intensa o moderada | ENS, Encuesta Europea de Salud |

Figura 3. Tabla Determinantes de Salud

Fuente: Dimensión salud IN E, (s.f.), p.10.

2.3 Análisis Comparativo en la medición de la Calidad de Vida Colombia-España

La elaboración del análisis comparativo del factor salud dentro de la medición de la Calidad de Vida aplicado a Colombia y a España, se realiza una vez expuestos y definidos dichos parámetros en los capítulos anteriores. La comparación se hará por medio del análisis punto a punto de los grandes objetos expuestos allí; (a) contexto histórico hace referencia al periodo de inicio y consolidación de las encuestas de calidad de vida; (b) objetivo del DANE y el INE al medir la salud en la Calidad de Vida de Colombia y España, respectivamente; y por último (c) los valores de medición tenidos en cuenta para la medición del factor salud en Colombia y España.

2.3.1 Contexto Histórico.

En cuanto al desarrollo histórico de la definición de los parámetros de medición de Calidad de Vida en Colombia y en España, es importante anotar primero, la procedencia de la curiosidad por la definición de los mismos. En el caso colombiano corresponde a una corriente latinoamericana durante los años 60 interesada más, que en la Calidad de Vida de los habitantes de esta región del mundo, en los niveles de pobreza de los mismos, centrando así su concepto de CV en el aspecto netamente monetario; ya en el caso español, la influencia que este recibe al momento de construir estos parámetros es de origen europeo, tanto de manera individual por sus países vecinos, como de organizaciones compuestas por naciones europeas, quienes plantearon la medición de la calidad de vida como resultado de la *medición del progreso de las sociedades y el bienestar de los individuos*, relacionando el desarrollo del país con el de sus ciudadanos y sus condiciones de vida objetivas y subjetivas, teniendo en cuenta, además de los aspectos socioeconómicos, los aspectos emocionales de los españoles.

Como lo mencionamos en el marco referencial de este trabajo la definición del concepto de calidad de vida se encuentra sujeto al entorno cultural en el que se le da forma y

significado al mismo, por lo tanto y al ser Colombia un país latinoamericano con procesos de desarrollo socioeconómico y culturales propios de su región es importante que al momento de realizar un análisis sobre calidad de vida en Colombia se tengan en cuenta estos aspectos. Otro factor importante que influye en que el estudio sobre calidad de vida este más enfocado hacia el desarrollo económico es la desigualdad persistente que se evidencia en la región. Entre las condiciones y las posibilidades socioeconómicas de los colombianos, todos estos factores hacen que la calidad de vida en Colombia sea más una medida objetiva que subjetiva.

En España el desarrollo social, político y cultural han servido de base para el asentamiento del concepto de calidad de vida más allá del desarrollo económico de sus habitantes, permitiéndoles el estudio de aspectos subjetivos relacionados a este concepto.

2.3.2 Objetivo del DANE y el INE al medir la Calidad de Vida en salud de Colombia y España.

En relación al objetivo planteado por cada una de estas instituciones en torno a la medición de la salud con respecto a la calidad de vida de los españoles y los colombianos, podemos decir que el objetivo plantado por el INE de España es mucho más relevante, ya que toma factor salud como el aspecto principal o el más valorado en la vida de las personas, ya que al tener salud se pueden realizar o materializar otras variables que influyen en la medición de la calidad de vida como son: El trabajo, la educación, las relaciones sociales y actividades realizadas en el ocio. Nuestra percepción respecto al objetivo planteado por el INE de España y que consideramos puede ser adoptado por las mediciones de Colombia es que siendo la salud un derecho fundamental establecido en nuestra constitución, se hace necesario y fundamental poder gozar de salud y así poder desarrollar los demás aspectos que otorgan calidad de vida al ciudadano como son el trabajo, la educación, las relaciones

interpersonales, practicar deporte, etc.) en nuestras vidas, ya que el goce de salud permite acceder o hacer efectivos otros aspectos subjetivos que influyen en la medida de calidad de vida de los individuos. Podemos deducir, entonces, que es un enfoque bastante acertado y confiable. En Colombia el objetivo principal del DANE es obtener información que permite analizar y realizar comparaciones socioeconómicas de los hogares colombianos, no dando relevancia a ningún factor en específico; lo anterior muestra que lo que se pretende medir no es tan claro o no se tiene objetivo definido respecto a los determinantes del factor salud en Colombia que influyen para una mejor calidad de vida. Se demuestra, entonces, que no se tienen conceptos claros o un horizonte específico a la hora de realizar medición respecto a cómo influye la salud en la calidad de vida de nuestros habitantes, lo que conlleva a que se muestren resultados poco confiables.

Otro aspecto importante es el hecho de que el INE aplica dos encuestas para medir el factor salud en la ECV y la EPA, mientras que en Colombia el DANE solo aplica la ECV; Además de esto, en las encuestas aplicadas por el INE se miden dos aspectos diferentes de la salud, las medidas subjetivas y las medidas objetivas, explicadas cada una anteriormente. Estas diferencias planteadas en los enfoques de los institutos de España y Colombia, encargados de realizar encuestas o realizar mediciones, deja como propuesta o aporte para el DANE al realizar nuevas mediciones, que se deban incluir variables que midan la satisfacción en relación a diferentes aspectos de su vida o sobre su estado de salud auto percibido e incluir variables para construir indicadores de percepción o subjetividad, es decir se debe tener en cuenta los sentimientos del individuo o de las personas y no solo las cuestiones materiales como el hábitat, la alimentación, etc. Como se sienta la persona en un determinado momento en un sitio específico influye en la calidad de vida de las personas. Para el INE de España le puede aportar el DANE la medición de las necesidades básicas insatisfechas, (teniendo

presente que España es un país desarrollado y que se supone que las necesidades ya están satisfechas) y su relación directa con las condiciones socioeconómicas.

2.3.3 Los valores de medición tenidos en cuenta para la medición del factor salud en Colombia y España.

En cuanto a los valores de medición de la salud en Colombia y España, es posible encontrar algunas coincidencias, como por ejemplo la medición de la morbilidad y el acceso a los servicios de salud en sus países; Sin embargo, en el caso colombiano además de medir el acceso a la salud, se mide también la calidad de los servicios prestados por parte de las entidades de salud, lo que no se evalúa en España; Aquí, se tienen en cuenta sí el ciudadano no tuvo acceso a los servicios de salud, y cuál es el motivo de la falta del mismo.

Podemos apreciar que en el momento de iniciar o poner en marcha las mediciones de valores en España, estos son enfocados a evaluar resultados o impactos en las políticas de salud; Lo que les permite controlar, modificar, evaluar constantemente la efectividad de las acciones realizadas; Mientras que en Colombia los valores de medición están enfocados a que se arrojen resultados para luego ser procesados y determinar la conducta a seguir, lo anterior refleja que mientras en España desde que se inician las mediciones se tiene claro donde se quiere llegar o que se quiere comprobar, en Colombia no se tiene certeza de donde se quiere llegar con los resultados obtenidos en las encuestas, y siempre estamos al ensayo y error.

A continuación podemos apreciar las similitudes nombradas anteriormente y las grandes diferencias existentes dentro de los sistemas de medición de la salud en la Encuesta de Calidad de Vida, en cada uno de estos países, como podemos ver de forma más específica en la siguiente tabla:

Tabla 1. Comparativa de valores en la medición de la Salud en la ECV de Colombia y España.

| PAIS | VALORES | SE APLICA EN LA ECV EN COLOMBIA | SE APLICA EN LA ECV EN ESPAÑA | TIPO DE VALOR | |
|--------|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------|-----------|
| | | | | OBJETIVO | SUBJETIVO |
| ESPAÑA | La Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por regímenes. | Si | No | X | |
| | Enfermedades Crónicas | Si | Si | X | |
| | Morbilidad | Si | Si | X | |
| | Acciones tomadas para enfrentar enfermedades padecidas durante los últimos 30 días | Si | No | X | |
| | Gastos en salud último mes y últimos doce meses | Si | No | X | |
| | Calidad de los Servicios | Si | No | X | |
| | Esperanza de vida a diferentes edades | Si | No | | |
| | Esperanza de vida en buena salud | Si | No | | X |
| | Salud Autopercebida | Si | No | | X |
| | Morbilidad Crónica. Personas con enfermedades o problemas de salud de larga | Si | Si | | X |
| | Personas con limitaciones en la actividad diaria durante los últimos seis meses | Si | No | X | |
| | Personas que no han podido acceder a cuidados médicos (razón o motivo) | Si | Si | X | |
| | Índice de Masa Corporal | Si | No | X | |
| | Fumadores Diarios | Si | No | | X |
| | Personas que practican actividad física intensa o moderada | Si | No | X | |

Fuente: Elaboración propia a partir de estudio de calidad de vida en salud según el DANE (Colombia) y el INE (España).

La aplicación de medidas subjetivas y objetivas por parte de la nación española a sus ciudadanos queda evidenciado en preguntas como, por ejemplo, la percepción personal sobre su propio estado de vida, como ellos los denominan *estado autoperpersonal*, lo que denota una nación más preocupada por el bienestar integral de sus ciudadanos. Estas variables también demuestran la importancia que tienen las políticas sociales y de salud pública en España como eje fundamental para mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos lo que conlleva a que hagan parte de forma directa o indirecta en la formulación e implementación de nuevas políticas que favorezcan la salud. En el caso del Estado colombiano, además, de medir el acceso a la salud, se mide la calidad de dichos servicios prestados, por eso es de suma importancia además de gestionar políticas en todos los niveles del Sistema General de Seguridad y Salud (SGSSS) encaminadas a resolver los problemas de fondo que posee el sistema, como por ejemplo el flujo de recursos en las instituciones prestadoras de servicios en salud para los segundos y terceros niveles de complejidad, lo que impacta en la atención de pacientes por parte de los profesionales de la salud al ser mal remunerados o no pagar sus mesadas a tiempo. Otro problema de fondo es la implementación de las políticas diseñadas en los escritorios del nivel central sin tener en cuenta las condiciones de accesibilidad geográfica en las regiones más apartadas del país, lo que influye en los resultados de las mediciones, ya que los escenarios son diferentes.

Como futuros gerentes de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) principalmente las de primer nivel de atención debemos tener el compromiso de implementar políticas transformadoras en los procesos de gestión y planificación de las acciones de salud, como por ejemplo *el médico en su casa* que consiste en llegar a donde esté el paciente y no esperar a

que llegue por sus propios medios a las instituciones prestadoras de servicios en salud, ya que muchas veces por tabús o miedos psicológicos no asisten, y en otras ocasiones por las barreras geográficas, en especial en las zonas rurales de nuestros municipios. Lo anterior va de la mano mediante la incorporación de modelos de atención encaminadas a fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS), que permitan satisfacer con calidad y eficiencia las expectativas que poseen los ciudadanos al ingresar a una IPS.

3. Conclusiones

De acuerdo a los lineamientos expuestos sobre la medición de la Calidad de Vida en España y Colombia; Es posible concluir que aunque ciertamente España se encuentra mucho más cerca de este concepto en materia de medición de calidad de vida, y por ende en políticas que conlleven a lo mismo que Colombia, no es algo inalcanzable para nuestro país, pero hay aun problemas importantes que superar para acercarnos a este ideal. Las abismales diferencias entre el contexto colombiano y el español, es un factor de vital importancia al momento de compararlos de forma objetiva, el nivel de desarrollo social, político, económico y las circunstancias culturales de España hacen de este país un lugar mucho más adecuado para hablar de niveles óptimos de Calidad de Vida, esto, dicho desde el análisis de los factores tenidos en cuenta en la medición de la salud en España, y la influencia de los mismos dentro de la calidad de vida de sus ciudadanos que hemos realizado a largo de este análisis.

Ya en el caso específico del factor salud dentro de la medición de la Calidad de Vida en Colombia con respecto a España, ambas presentan variables que pueden ser complementarias unas con otras en las dos escalas de medición de Calidad de Vida. Es de vital importancia para el Estado colombiano ampliar el estudio de medidas subjetivas, que nos acerque a una veeduría estatal del bienestar integral de los colombianos, implementando políticas sociales y publicas integrales, intersectoriales, integradoras, equitativas, continuas y permanentes donde

la participación ciudadana sea pilar fundamental y así retroalimentar el sistema. Para lo anterior como gerentes de instituciones de seguridad social en salud debemos tomar parte activa en realizar sugerencias respetuosas de políticas o métodos basados en la experiencia del diario vivir en el interactuar con los usuarios del sistema, humanizando la atención por parte de los profesionales de las áreas de la salud, y así poder mejorar la percepción y los niveles de confianza a la hora de requerir los servicios de salud.

En España, también es importante la aplicación en la medición de la salud, de factores como la calidad de los servicios de salud brindados a sus ciudadanos por parte de las entidades prestadoras de salud, ya que esto motivara a la Dirección de las Instituciones prestadoras de salud en esforzarse en la prestación del servicio e involucrara a todo el personal de salud en cumplir este objetivo, todo esto con el fin de fiscalizar la calidad de la misma.

Finalmente podemos concluir que tanto en España como en Colombia existen las siguientes falencias a mejorar en la medición del factor salud por parte por parte del DANE y el INE, para acercarse más al ideal de calidad de vida integral.

- *Falencia en España:* No se mide la calidad del servicio en salud prestado
- *Falencia en Colombia:* No se toma el factor salud como el aspecto más valorado en la vida de las personas, ya que a partir de ésta se desprende el poder desarrollar otras oportunidades como tener trabajo, educación, relaciones sociales y actividades ocio-culturales, etc.

Referencias bibliográficas

- Cardona A, Doris, Agudelo G, Hector B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida., *Revista de la Facultad. Nacional de. Salud Pública*, vol.23, no.1. Medellín Jan./June 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2005000100008&script=sci_arttext
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2007). Encuesta Calidad de vida: Bogotá. Resultados preliminares. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/ecvb/ECVB_07.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2009). Metodología Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ECV.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2015). Boletín Técnico, Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ECV. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2015.pdf
- Guevara, H., Domínguez, A., Ortunio, M., Padrón, D., Cardozo, R., (2010). Percepción de la calidad de vida desde los principios de la complejidad. *Rev. Cubana Salud Pública*, v.36 n.4 Recuperado el día 19 de marzo de 2016, de la fuente http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662010000400011&script=sci_arttext
- Ibáñez, A.A., Muñoz, J. C (2011). La persistencia de la concentración de la tierra en Colombia: ¿Qué pasó entre 2000 y 2010? *Notas de políticas*, N°9. Disponible en el sitio web de la fuente, URL: <https://egob.uniandes.edu.co/images/np9.pdf>
- INE (s.f). Indicadores de Calidad de vida/ metodología. [Documento en línea]. http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m2=1259944522424¶m4=Mostrar#top

INE (s.f.). Indicadores de Calidad de Vida. Disponible en:

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas

Instituto Nacional de Estadística de España. INE. (2016). Indicadores de Calidad de Vida / Introducción. Disponible en:

<http://www.ine.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1259936854013&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&L=0>

Lora E, (2008). *Calidad de vida: más allá de los hechos*. Washington DC: Fondo de Cultura Económica.

Marcelo Justo (2016). ¿Cuáles son los 6 países más desiguales de América Latina?, BBC Mundo. Disponible en: <http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160308>

Núñez Rojas, A.C., Tobón, S., Arias Henao, D, Hidalgo Rasmussen, C., A., Santoyo Téllez, F., Hidalgo San Martín, A., & Rasmussen Cruz, B. (2010). *Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. Perspectivas en Psicología, XIII*.

Nussbaum M, A.A. (1998). *La Calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Tonon, G. (s.f). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva, revista *Psicodebate 10. Psicología, Cultura y Sociedad*. Recuperado el día 22 de marzo de 2016, de la fuente <http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/revista-psicodebate/revista-psicodebate-10.html>

Torres Tovar, C.A. (2010). *Calidad de vida: realidad y percepción*. *Bitácora*, núm. 17 (2).

Recuperado el día 21 de marzo de 2016, de la fuente
<http://www.bdigital.unal.edu.co/22302/1/18890-61532-1-PB.pdf>

Tonón, G. (2008). Los estudios sobre calidad de vida en la aldea global, América Latina y Argentina. *Revisión conceptual, avances y desafíos*. En Lucero, P. (editora). *Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local*. Mar del Plata: Grupo de estudio sobre población y territorio, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. EUDEM.