

Percepción de las condiciones de vida y Salud en Girardot, Cundinamarca, según la Encuesta Multipropósito 2017

Perception of living conditions and Health in Girardot, Cundinamarca, according to the Multipurpose Survey 2017

Contreras-Rodríguez, Claudia del Rocío¹

Resumen

Introducción: La comprensión de las dinámicas sociales y el estado de salud de los grupos poblacionales ha sido un reto para la salud pública. La percepción sobre las actuales condiciones de vida de la población del municipio de Girardot, permiten conocer el plano subjetivo de la realidad de los habitantes y en qué medida estas afectan de forma positiva o negativa la calidad de vida y la salud.

Objetivo: Determinar la percepción de las condiciones de vida y Salud de la población de Girardot, Cundinamarca, con base en los resultados de la EM-2017.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, donde se analizaron los capítulos E: Composición del hogar y demografía, F: Salud, y L: Percepción sobre las condiciones de vida y de desempeño institucional de la EM-2017. La población de la base estudiada en este documento fue de 2.954 personas (981 hogares). El análisis incluyó descripciones demográficas de la muestra y asociaciones bivariadas.

Resultados: Entre el 2014 y el 2017, las enfermedades o problemas de salud referidas con más frecuencia fueron las cardiovasculares e hipertensión (11,6%), el 81,9% recibió atención médica periódica para todas las enfermedades. El 40,4% de los jefes de hogar encuestados consideró que los hospitales y los centros de salud en Girardot empeoraron. El 45,2% consideró que la vigilancia y la seguridad empeoraron.

Discusión: De acuerdo con los resultados obtenidos, el rango más alto de edad según el curso de vida es la adultez, seguido por la vejez, estas transformaciones demográficas en Girardot son muy importantes para la planificación de políticas de protección y seguridad social de los habitantes. La población encuestada no se considera pobre, pero existe una percepción de “que los ingresos solo alcanzan para gastos mínimos” sin embargo, una cuarta parte de la muestra se consideró pobre y que los ingresos del hogar solo alcanzan para gastos mínimos.

¹ Enfermera. Especialista en Pedagogía. Magíster (c.) en Salud Pública de la Universidad Santo Tomas. Universidad de Cundinamarca. Girardot, Colombia, ccontrerasrodriguez@ucundinamarca.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-7846-3169>. <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=LzCP1oQAAAAJ>

Conclusiones: El análisis de las variables permitió determinar que para la población encuestada la salud puede interpretarse como ausencia de enfermedad. Pero factores como la edad, género, afiliación al SGSSS, las condiciones de vida y aspectos socioeconómicos intervienen en la percepción de la calidad de vida en general. En el municipio de Girardot persisten inequidades en el SGSS, que se reflejan en una proporción mínima de personas no afiliadas y afiliadas al régimen subsidiado. Este aspecto influye en el estado de salud y la morbilidad sentida. A su vez la percepción sobre el equipamiento público de los hospitales y centros de salud son vistos (en una alta proporción) en un estado peor e igual que hace 5 años.

Palabras clave: Condiciones de salud, percepción social, condiciones de vida, características de la población, política pública (*Fuente: DeCS*).

ABSTRACT

Introduction: Understanding the social dynamics and health status of population groups has been a challenge for public health. The perception of the current living conditions of the population of the municipality of Girardot, allow us to know the subjective level of the reality of the inhabitants and to what extent these affect the quality of life and health in a positive or negative way.

Objective: To determine the perception of the living and health conditions of the population of Girardot, Cundinamarca, based on the results of the EM-2017.

Materials and methods: A descriptive, cross-sectional study was carried out, where chapters E: Household composition and demography, F: Health, and L: Perception of living conditions and institutional performance of the EM-2017 were analyzed. The population of the base studied in this document was 2,954 people (981 households). The analysis included demographic descriptions of the sample and bivariate associations.

Results: Between 2014 and 2017, the most frequently referred diseases or health problems were cardiovascular and hypertension (11.6%), 81.9% received periodic medical attention for all diseases. 40.4% of the heads of households surveyed considered that the hospitals and health centers in Girardot worsened. 45.2% considered that surveillance and security worsened.

Discussion: According to the results obtained, the highest age range according to the life course is adulthood, followed by old age, these demographic transformations in Girardot are very important for the planning of protection and social security policies of the inhabitants. The surveyed population is not considered poor, but there is a perception that “that income

is only sufficient for minimum expenses”, however, a quarter of the sample was considered poor and that household income is only sufficient for minimum expenses.

Conclusions: The analysis of the variables made it possible to determine that for the surveyed population health can be interpreted as the absence of disease. But factors such as age, gender, affiliation to the SGSSS, living conditions and socioeconomic aspects intervene in the perception of the quality of life in general. In the municipality of Girardot, inequities persist in the SGSS, which are reflected in a minimal proportion of unaffiliated and affiliated people to the subsidized regime. This aspect influences the state of health and the morbidity felt. In turn, the perception of public equipment in hospitals and health centers is seen (in a high proportion) in a worse state and the same as 5 years ago.

Keywords: Health Status, Social Perception, Social Conditions, Population Characteristics, Public Policy (*Source: MeSH*).

1. Introducción

Históricamente, la salud se ha concebido como la ausencia de enfermedades y de invalidez. No obstante, se han planteado otras definiciones que se centran en aspectos diferentes a la enfermedad y al papel pasivo del enfermo frente a su padecimiento [1]. De esta manera, se debe perfilar cómo la interacción de la población con múltiples factores –como la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud- potencia la salud, la mantiene o la deteriora [2]. Lo anterior apunta a que los determinantes sociales afectan la salud y aumentan las desigualdades en las poblaciones, lo que contribuye a generar grandes brechas en las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen [3]. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas por los gobiernos [2,4] y que configuran las condiciones de salud. En la actualidad, la salud y sus determinantes siguen siendo un problema central en el campo de la salud pública [5].

Las condiciones de vida, que se derivan de lo anterior, pueden ser interpretadas desde una perspectiva económica y una crítica [6]. La perspectiva económica revela la importancia de cubrir las necesidades básicas, definidas como “el conjunto de bienes que conforman la parte social de la existencia humana: salud, educación, alimentación, vivienda, medio ambiente” [6]. En contraste, la perspectiva crítica incluye diferentes factores como los subjetivos que inciden en el bienestar y el desarrollo de las capacidades de las personas, lo que posibilita “un estado de bienestar de individuos, hombres y mujeres, con capacidad de hacer, de ser, de operar individual y colectivamente en un espacio social” [6].

Así, las condiciones de vida, o de bienestar, dependen de una gran cantidad de factores. Las personas en general buscan satisfacer un conjunto de necesidades básicas para garantizar la subsistencia “alimentación, vestido, salud, etc”; sin embargo va surgiendo en la dinámica social de las poblaciones un conjunto de otras necesidades “educación, cultura, recreación”.

Por otra parte, la percepción sobre dichos factores es subjetiva, pues se ve afectada por las necesidades corporales del individuo, por las recompensas o castigos que pueden obtener de su respuesta, así como por la influencia del sistema de valores de la cultura, los rasgos personales y el entorno; selectiva, ya que organiza la información y los estímulos a partir de ciertos criterios definidos en función de aspectos individuales; y temporal, en la medida en que son mutables [7]. Su medición se realiza en forma cualitativa a través de escalas que

valoran distintas situaciones como buenas, regulares o malas en un momento determinado. El conocimiento de esta información es un insumo invaluable para la construcción de políticas públicas en salud y programas sociales, ya que brindan una perspectiva holística de situaciones particulares.

Pór todo lo dicho, se sostiene que, las condiciones de vida son el eje central para el desarrollo del bienestar de las poblaciones. No todos los individuos tienen las mismas oportunidades que posibilitan una adecuada calidad de vida. De igual manera, el estado de salud de una población esta estrechamente vinculado a condiciones de vida , necesidades sociales e individuales, dimensiones que determinan en el desarrollo de las potencialidades humanas.

Colombia presenta cambios en la población, producto de la transición demográfica, “estimaciones del DNP con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE, indican que durante el periodo 2008-2016, la incidencia de la pobreza monetaria a nivel nacional se redujo en 14 puntos porcentuales, pasó de 42% a 28%, (promedio de 1.5 p.p. anual)” [8]. La evidencia existente indica que la disparidad en la distribución de la riqueza va en aumento y las iniciativas gubernamentales no han contribuido a reducir las inequidades en salud y mejorar el nivel de la calidad de vida.

Girardot es un municipio ribereño ubicado en la provincia del Alto Magdalena la población es de 162.283 habitantes [9], posee una trayectoria histórica comercial tradicionalista. Su economía gira en torno a la alta afluencia de turistas, establecimientos de diversión nocturna, restaurantes, servicios académicos y cinematográficos, con una alta población flotante proveniente de todo el país y una tasa significativa de desempleo y trabajadores informales. Cabe anotar que el municipio no tiene antecedentes de investigaciones sobre el tema, ni cuenta con información precisa, ni actualizada sobre las condiciones de salud de los miembros del hogar y la percepción sobre el estado y la dinámica de las condiciones de vida y capacidades de los habitantes [10].

En lo que respecta a la morbilidad en Girardot, los reportes nacionales y departamentales muestran cifras en aumento para enfermedades no transmisibles ENT, “la Diabetes Mellitus con el 5% (3.699 casos), la Hipertensión arterial HTA como factor de riesgo para presentar eventos cardiovasculares de forma prematura (8.607 casos), SIVIGILA ha notificado para la morbilidad por VIH/SIDA un 14.22% (59 casos) colocando a Girardot en segundo lugar en el departamento de Cundinamarca” [9]. Esta relación estrecha entre las condiciones de vida y salud hace necesario medir la población de Girardot, y obtener información verídica, a través de tres capítulos de la EM-2017.

En América Latina y el Caribe “la tendencia se acentúa, con un 75% del total de la población ubicada en centros urbanos, siendo Colombia un país con una tendencia similar” [11]. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) “ha propuesto que, para evaluar las condiciones de vida, se requiere de dos factores: los recursos económicos disponibles y el grado de acceso al desarrollo social” [12], esta postura refleja el grado de accesibilidad de la población a componentes básicos de mínimo nivel, para "asegurar" las condiciones de vida mínimas de subsistencia relacionados con la situación de salud [12].

En este orden de ideas, “la problemática de salud puede ser mirada como un problema individual o colectivo, dos dimensiones que aunque distintas están profundamente interrelacionadas” [13], en definitiva, dependiendo de la calidad de vida de los individuos así será el riesgo de enfermar e incluso morir, por otra parte, las condiciones de vida van a estar relacionadas con las capacidades que los individuos desarrollan dentro del contexto social y productivo, determinando el perfil específico de salud/enfermedad [14].

Para Amartya Sen, “la posibilidad de vivir mucho tiempo y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia son cosas que los seres humanos valoran y desean intensamente” [15]. La calidad de vida puede ser examinada a la luz de las capacidades, siendo una oportunidad para la realización del ser humano [15,16] y no solo en términos de acceso a recursos y bienes, porque al tener en cuenta las diferencias individuales se posibilita el desarrollo de “capacidades que representan logros valiosos y permiten ser más y conducir sus vidas dentro de un ámbito de libertad” [16].

En el año 2017, mediante la EM-2014 aplicada en Bogotá y a 31 municipios de cundinamarca, el 93% calificó favorable la percepción del servicio de EPS “posiblemente se deba a una entrega oportuna de medicamentos, oportunidad en citas de medicina general o especialistas y realización de exámenes de laboratorio. El 71% de mujeres refirió que su estado de salud es bueno, en igual condición el 73% de los hombres”, se observó que “las necesidades en salud relacionadas con el acceso a medicamentos y la calidad de la atención se cumplen según la normatividad vigente” [17].

De manera similar la investigación “Caracterización de las barreras de acceso a los servicios de salud mediante la EM-2014” realizado en Bogotá, los resultados evidenciaron que un 5,1% de la población y municipios aledaños, no se encontró afiliada al SGSSS, se observó que las “personas tuvieron un acceso a los servicios de salud limitado, sin oportunidad de cualquier intervención en salud”, esto visibilizó que sigue existiendo inequidades sociales

derivadas del incumplimiento de la normatividad en salud vigente en el PDSP 2012-2021[18].

La Universidad del Valle en el estudio “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de Calidad de Vida 2003” describió que “En las regiones Atlántica, Central, Valle del Cauca y las 19 localidades de Bogotá, no tienen ningún tipo de afiliación a salud o que estar afiliados al régimen subsidiado genera un efecto negativo sobre la salud de los individuos, en comparación con estar afiliado al régimen contributivo. Algunas regiones con mayor desarrollo económico, mejores condiciones de vida (ICV=78.5 puntos), el 42% de los individuos no tuvo ningún tipo de seguridad social en salud y viviendo en la zona urbana donde el ICV alcanza uno de los niveles más altos (85.3 puntos) tienen mejor calidad de vida, más acceso y calidad en los servicios públicos domiciliarios y más oportunidades de educación que la población de otras regiones. Estos resultados destacaron las diferencias en las condiciones de calidad y en el modo en que operan los distintos regímenes del SGSSS [19].

En el año 2006 la investigación “Calidad de vida y condiciones de salud” [20] con base en la información proveniente de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV-DANE) entre 1964 y 2001, en cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de los adultos mayores, en 1997 el 61,4% (2.876) estaba vinculado al régimen contributivo como contribuyente directo o como beneficiario; en el régimen subsidiado el 15,6% (731) y como vinculado al sistema se encontraba el 23,1% (1.081); para el año 2001 se conservaron las condiciones de afiliación al régimen contributivo en 64,7% (4.786), pero la afiliación al régimen subsidiado descendió a 6,6% (485) y aumentó la no afiliación a 28,7% (2.125).

Los informes del Departamento Nacional de Estadística (DANE), como es la Encuesta Multipropósito -2017, tiene como objetivo “obtener información estadística sobre aspectos sociales, económicos y del entorno urbano de los hogares y habitantes de Bogotá y algunos municipios de Cundinamarca”, para la toma de decisiones informadas por parte de los gobiernos nacionales y locales. A la fecha, se han realizado tres encuestas en el 2011, 2014 y 2017 [11], respectivamente. En este sentido, el objetivo en este artículo es determinar la percepción de las condiciones de vida y salud de la población de Girardot, Cundinamarca, con base en los resultados de la EM-2017.

2. Materiales y métodos

Se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, transversal, a partir de la Encuesta Multipropósito 2017 realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La encuesta de base poblacional realizó un muestreo en 37 municipios de Cundinamarca. La muestra fue probabilística, multietapica, estratificada y de conglomerados, y para el cálculo se consideró un error estándar relativo igual a 7%, un nivel de confiabilidad del 95%. La base para el diseño muestral de la EM-2017 fue la información que se obtuvo del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2005 actualizado al 2016. En Girardot, la EM-2017 fue aplicada en 981 hogares y seleccionaron 2.954 personas civiles no institucionalizadas, residentes. En este artículo se analizaron tres capítulos de la encuesta: Capítulo E “Composición del hogar y demografía”, Capítulo F “Salud” y el Capítulo L “Percepción sobre las condiciones de vida y el desempeño institucional”, las preguntas se aplicaron a personas mayores de 18 años [11]. Con lo anterior se busca caracterizar sociodemográficamente a los habitantes del municipio de Girardot participantes de la EM-2017 (DANE), Identificar las condiciones de vida (CV) y establecer las condiciones de vida asociadas a la salud del grupo de estudio.

En la operacionalización de variables se establecieron las categóricas, las dimensiones, indicadores y los niveles de medición [21]. **Análisis de los Datos.** Las Bases de datos fueron seleccionadas según los 3 capítulos del estudio, el código Divipola del Municipio de Girardot permitió analizar el contexto y volumen de datos, se depuraron los datos, eliminando variables que no guardaron importancia con el estudio final o simplemente no había registros, con el objetivo de que no interfieran en el procesamiento de la información.

Los datos se sistematizaron en una hoja de datos de Excel ® 2013 y se analizó con el programa estadístico SPSS ® versión 24. Se realizó un análisis univariado y bivariado para cada una de las variables seleccionadas. Se presentaron variables cualitativas a través de la observación de las distribuciones de frecuencia conforme fuera necesario: el promedio, la moda, o la distribución porcentual, lo que permitió elaborar tablas cruzadas relevantes que aportaban al cumplimiento del objetivo de la investigación. Para algunas de las variables cruzadas la presentación de resultados se hizo en gráficos y tablas combinadas.

3. Consideraciones éticas

Este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo para los sujetos de estudio de acuerdo con el artículo 10 y 11, según la Resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [22], puesto que la información se tomó de fuentes secundarias de los microdatos de la

encuesta que reposa en la página web del DANE. Por la tanto las variables correspondieron a los objetivos establecidos en el estudio.

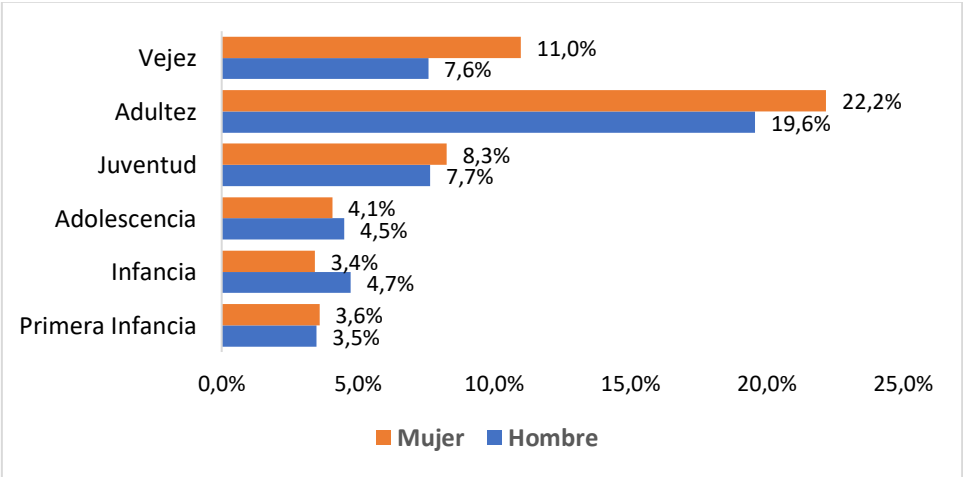
4. Resultados

Los resultados presentados responden al plan de análisis establecido, al alcance del estudio y los objetivos específicos con base en los tres capítulos de la EM-2017 Municipio de Girardot.

Los datos sociodemográficos indican que el 52,4% (1.550) era de sexo femenino y el 47,6% masculino (1.404), no se reportaron otras preferencias. La media de edad de hombres y mujeres fue de 37 años (desviación estándar aproximada de 22 años). La distribución de los grupos de edad se realizó con base en el enfoque de curso de vida: Primera infancia 7,1%; infancia 8,1%; adolescencia 8,6%; juventud 16%; adultez 41,8% y vejez 18,6%. La principal consecuencia de este fenómeno es la transformación de la estructura por edad, que implica el envejecimiento de la población. (Figura 1)

El estado civil mas recurrente es soltero 26,9% y en unión libre con un 22,9%. siendo unos porcentajes significativos en cuanto a los demás estados civiles. Los estratos socioeconómicos con mayor porcentaje; estrato 3 (43,83%), Estrato 2 (35,58%). El promedio de personas por hogar fue 3,0. En lo relacionado con la orientación sexual, casi la totalidad de la muestra aseguraron identificarse como heterosexual (99,6%), dijeron ser homosexual (0,4%). Mas de la mitad de los encuestados (75,02%) dijeron siempre haber vivido en Girardot. El 99,4% no se reconoce en ninguna etnia. (Tabla 1)

Figura 1. Distribución etaria por curso de vida de la muestra de población en Girardot



En la tabla 1, se presenta la información correspondiente a la categoría correspondiente a composición del hogar y demografía.

Tabla 1. Características de los Hogares

Característica	Categoría	Hombre %	Mujer %
Curso de vida (Edad)	Primera Infancia	3,5	3,6
	Infancia	4,7	3,4
	Adolescencia	4,5	4,1
	Juventud	7,7	8,3
	Adultez	19,6	22,2
	Vejez	7,6	11,0
Estado Civil	Soltero(a)	14,5	12,5
	No casado, pareja =>2 años	10,6	10,5
	Casado(a)	9,1	9,2
	Separado(a)	4,5	8,8
	N/R	6,8	5,8
	Viudo(a)	1,2	4,8
	No casado, pareja <2 años	0,9	0,9
Residencia en Girardot	Siempre ha vivido	35,7	39,3
	Últimos 5 años	7,0	8,5
Razón para venir a este municipio	Laboral o negocio	31,4	32,2
	Más educación	3,4	4,9
Tipo de vivienda (Casa)	Estrato 1	14,98%	
	Estrato 2	35,58%	
	Estrato 3	43,83%	
	Estrato 4	5,10%	
	Estrato 5	0,31%	

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta Multiproposito EM – 2017. (DANE).

Los resultados de las Condiciones de salud indican, el 95,8% de la muestra estaba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 57,3% al régimen contributivo, el 3,6% al régimen especial, y 34,4% al régimen subsidiado. El 92% de los afiliados no participaron en acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades realizadas por las EPS. No obstante, como acciones preventivas en el último año, sin estar enfermos, el 65,3% consultaron con medicina general, el 44,1% con odontología, el 32% con medicina especializada y el 5,4% con medicina alternativa. El 32,3% no realizó ninguna consulta. Sin embargo, el 4,3% calificó el servicio de las EPS como excelente, el 65,4% como bueno, el 16,1% como regular, el 4,7% como malo, y el 2,9% como muy malo. (Tabla 2)

Las enfermedades o problemas de salud más frecuentes que refirió la población encuestada fueron las cardiovasculares e hipertensión (11,6%), las enfermedades de los huesos (5,8%), las enfermedades digestivas (5,7%), la diabetes (4,5%), las enfermedades respiratorias (3,2%), la insuficiencia renal (1,7%), y otras enfermedades como alergias, asma o tumores (4,9%). (Tabla 3)

Para el tratamiento, el 81,9% sí recibió atención médica periódica para todas las enfermedades, el 5,1% para algunas, y el 13% no recibió atención médica. Entre las limitaciones permanentes más frecuentes se encontraron las motoras (4,1%), las auditivas y visuales (3%), y las cognitivas (2%). Respecto a la percepción del estado de salud de los encuestados, el 73,9% consideró que era bueno, el 14,3% regular, y el 10,4% muy bueno. El 1,4% refirió que es malo y muy malo.

Tabla 2. Enfermedades o problemas de salud más frecuentes

Morbilidad sentida	Hombre %	Mujer %	Prevalencia %
Enfermedades cardiovasculares, hipertensión	38,60	61,40	11,6
Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis	29,07	70,93	5,8
Enfermedades digestivas, úlcera gástrica	32,93	67,07	5,7
Diabetes	40,91	59,09	4,5
Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema	41,49	58,51	3,2
Insuficiencia renal	28,57	71,43	1,7
Alergia crónica	33,33	66,67	1,5
Asma	33,33	66,67	1,3
Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia (depresión, ansiedad)	48,15	51,85	0,9
Tumores malignos, cáncer	29,41	70,59	0,6

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta Multiproposito EM – 2017. (DANE).

Con relación a la Percepción de las condiciones de vida y desempeño institucional. El 8% de los encuestados en el último año (2017) declaró haber sido víctima de atracos y robos, el 0,5% de extorsión o chantaje. Entre los jefes de hogar, el 6,8% percibió que la calidad de vida en su hogar fue muy buena, el 79,3% buena. Sobre los problemas del hogar se destacaron las enfermedades graves (6,6%), la muerte de algún integrante de la familia (3,6%), la separación de la pareja (2,8%) y las adicciones (0,4%).

Tabla 3. Percepcion de las condiciones de vida del hogar.

Categoría evaluada	Actitud Mayoritaria	%	Σ%
Condiciones de vida en su hogar actualmente	Muy bueno-Bueno	6,8 - 79,3	86%
Con relación al hogar donde se crio, este hogar vive económicamente	Mejor-Igual	53,5 - 43,3	97%
El nivel de vida actual de su hogar, respecto al que tenía 5 años	Mejor-Igual	46,2 -49,7	96%
Los ingresos de su hogar	No alcanzan- Solo alcanza	75,6 - 10,2	86%
Se considera pobre	No lo soy	74,4	74%

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta Multiproposito EM – 2017. (DANE).

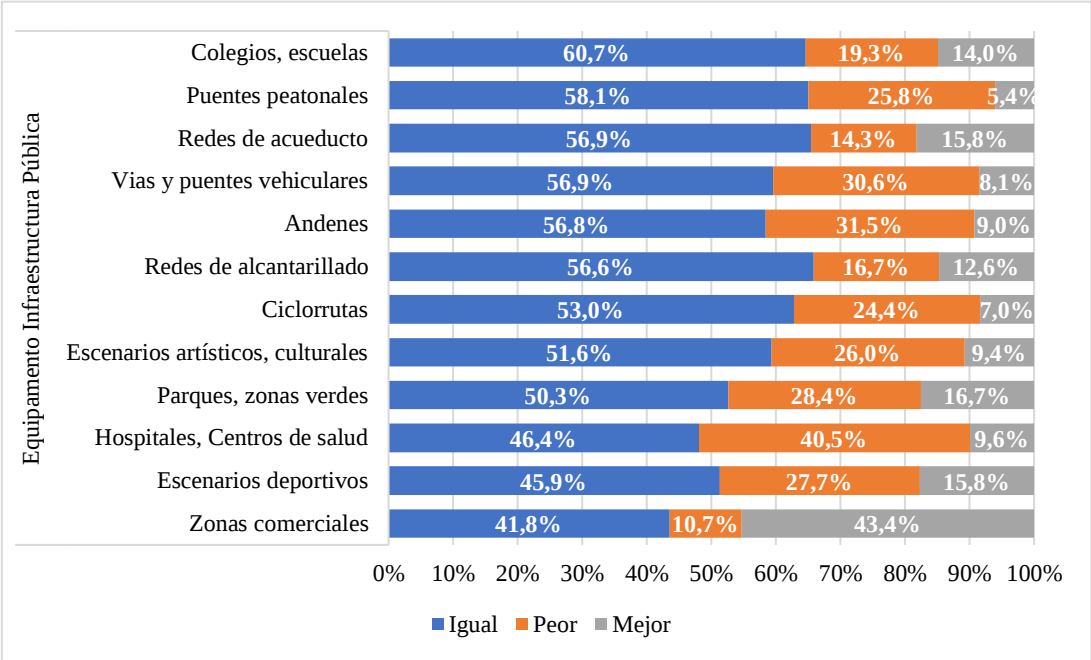
Acceso a los servicios de salud, los aspectos que más influyeron en la percepción de la calidad del servicio de la EPS fueron los trámites excesivos (31,1%), la demora en la asignación de citas (25,7%), y la mala atención del personal administrativo o asistencial (24,7%). No obstante, solo el 4% de los afiliados cambió de EPS en los últimos 24 meses (2015-2017) por sentimientos de insatisfacción. Entre las razones para no estar afiliados se encontraron la falta de interés (23,3%), la falta de vinculación laboral (21.4%), la falta de dinero (12,6%) y los trámites excesivos (12,6%). En promedio, el 54,4% de los afiliados demoraron en llegar desde su residencia a la IPS de 11 a 20 minutos, el 30,3% de 21 a 30 minutos, el 10,2% de 1 a 10 minutos. El 5,1% restante demoraron más de 30 minutos y menos de 90.

Entre el año 2014 y 2017, el 40,4% de los jefes de hogar encuestados consideró que los hospitales y los centros de salud en Girardot empeoraron, los andenes (31,6%), las vías y puentes vehiculares (30,7%), los parques y las zonas verdes (28,6%), las redes de acueducto (28,1%), los escenarios artísticos y culturales (26%), los puentes peatonales (25,9%), y las ciclorrutas (24,4%) también fueron factores con los porcentajes más altos de valoración negativa. En contraste, para las zonas comerciales, solo el 10,7% consideró que empeoraron. Los colegios y escuelas (19,3%), las redes de alcantarillado (16,8%) y los escenarios deportivos (14,3%) tuvieron porcentajes más bajos. Figura 2.

En el mismo periodo (2014-2017), el 45,2% de los jefes de hogar encuestados consideró que la vigilancia y la seguridad empeoraron, la igualdad de derechos del adulto mayor (33,3%), la igualdad de derechos para los discapacitados (24,9%), la atención de las oficinas públicas (24%), el respeto por los derechos humanos (23%) y la igualdad de derechos de las mujeres (20%) se ubicaron en orden descendente. La educación pública (19,4%), el transporte público (19,1%), los programas de alimentación y nutrición (14,5%) y la igualdad de derechos LGBTI (14,2%) tuvieron los porcentajes más favorables. Con relación a los

aspectos ambientales, la educación ambiental en 19,6% empeoró, el aire 18,9%, el 12% la disposición de las basuras.

Figura 2. Equipamiento infraestructura pública



5. Discusión

Las condiciones de vida influyen en la salud y el bienestar de los colectivos, existiendo una relación directa del nivel de vida de un determinado grupo de población y la valoración subjetiva de la satisfacción y el bienestar. El estudio realizado sobre la percepción de las condiciones de vida y salud en el municipio de Girardot es un insumo de gran relevancia para generar políticas públicas y disminuir las dificultades para acceder a los servicios de salud básicos.

De acuerdo con los resultados obtenidos de los encuestados (2954), el rango más alto de edad según el curso de vida es la adultez (29 a 59 años), seguido por la vejez (=>60 años), estas transformaciones demográficas en Girardot, son muy importantes tenerlas en cuenta para la planificación de políticas de protección y seguridad social de los habitantes. El informe de la CEPAL describe “la transición demográfica aumenta los interrogantes sobre la situación actual de la ecuación Estado-mercado-familia e incrementa la demanda de respuestas públicas contundentes para hacer frente a antiguas y nuevas necesidades que

surgen de los cambios en la distribución por edades de la población” [23]. Estos grandes grupos permiten identificar la población en edad de trabajar (20 a 64 años).

Uno de los principales cambios a nivel epidemiológico es el incremento de las enfermedades crónico degenerativas en adultez y vejez, las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial) y Enfermedades de los huesos (artrosis- artritis) se encuentran en los primeros lugares de morbilidad de este grupo poblacional. El proceso de envejecimiento genera cambios significativos que repercuten en la carga de la enfermedad y la calidad de vida. Estos resultados son similares al informe de las estadísticas vitales del DANE (2011), “las cinco primeras causas de mortalidad en las personas adultas mayores, fueron: enfermedades isquémicas del corazón (20%), enfermedades cerebro vasculares (9.2%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (8.3%), enfermedades hipertensivas (4.7%)...”[24].

La percepción sobre la seguridad ciudadana y vigilancia no fue buena, así como tampoco la calidad de los equipamientos de salud y educación. Esa insatisfacción de diversos aspectos de la calidad de vida urbana (CVU) y bienestar ciudadano, pone en manifiesto la necesidad de adoptar políticas que promuevan una mejor calidad de vida para los habitantes del municipio de Girardot. Para ello se relaciona el concepto de CVU, ya que abarca el “aspecto espacial, individual y social...la calidad de vida puede verse afectada por el nivel de dotaciones urbanas existentes y la distribución” [16]. Para Leiva “no todos los problemas detectados tienen la misma prioridad para los decisores públicos, sólo algunos de ellos tienen entidad suficiente para convertirse en problemas públicos y formar parte de la agenda...”

Más de la mitad de los encuestados consideró que sus condiciones de vida actual son buenas. Amartya Sen, promulga que “la manera más adecuada de asegurar una calidad de vida más o menos equitativa es que el Estado asegure a la mayor cantidad de gente –si no a todos– una igualdad de oportunidades que tengan en cuenta las capacidades personales”. En términos de políticas públicas, para Sen existe una relación entre los ingresos y capacidades que dependen de las características demográficas como la edad, el sexo, rol en la sociedad, la situación epidemiológica y otros factores que la persona puede ir controlando.

Los resultados respecto a si se considera pobre, la población encuestada (730) aduce que no, pero ellos perciben “que solo alcanza para gastos mínimos” sin embargo, una cuarta parte de la muestra se considera pobre (251) y que los ingresos del hogar solo alcanzan para gastos mínimos. Sen afirma que “la pobreza puede ser una noción absoluta en términos de capacidades, aunque relativa en los bienes... por lo que propone el “enfoque de

capacidades”, es decir la pobreza vista como una limitación de las libertades de los individuos[25].

Sobre las condiciones de salud los encuestados están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y más de la mitad al régimen contributivo. En el análisis del aseguramiento es importante describir que las continuas reformas a la salud han generado una mayor cobertura, pero no acceso a estos servicios y menos de calidad. Los resultados ponen de manifiesto que la población vinculada al régimen contributivo tiene capacidad de pago y acceso. Pero la otra cara deja ver la inequidad en salud del grupo poblacional no afiliado.

A pesar de una alta tasa de cobertura de afiliados al SGSSS en Girardot, la mayoría no participó en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ofertados por las EPS y/o secretaria de salud municipal. En aspectos como la calidad del servicio de la EPS los encuestados (1933) consideran que es buena, sin embargo, algunos evalúan el servicio como regular, malo y muy malo (893) siendo un grupo que presenta inconformidad de la calidad en el servicio. La normatividad nacional promulga en la “Resolución 256 de 2016...las disposiciones del Sistema de Información para la calidad estableciendo sus indicadores principales para el monitoreo” [26], Girardot en los últimos años ha pasado de prestar servicios de salud de E.S.E, a una atención solo de carácter privado, aspecto relevante para los usuarios del SGSSS; que pone de manifiesto fallas frente a la calidad de los servicios.

En relación a los aspectos que influyeron en la percepción sobre la calidad del servicio de la EPS predominaron ponderaciones negativas a causa de los trámites excesivos necesarios para acceder a ellos. La defensoría del pueblo en el informe “La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018” presenta los reportes de Municipios con más de 50 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes (periodo 2017-2018) siendo Girardot citado en los datos[27]. Los habitantes de Girardot han tenido que acudir a la acción de tutela con el fin de garantizar que no sean violados los derechos fundamentales de la salud.

6. Conclusiones

El artículo permite reflexionar sobre las condiciones de vida y como estas intervienen en el bienestar y el impacto en la salud de los habitantes de Girardot. Desde el enfoque de las capacidades de Sen y los determinantes sociales de la salud, se ha contribuido al abordaje de esta problemática, los datos obtenidos revelan aspectos muy significativos de otros fenómenos sociales que precisan ser abordados en otras investigaciones.

El estudio realizado en el municipio de Girardot, permite asociar la información obtenida de la EM-2017 (DANE) con la perspectiva teórica de Amartya Sen, que a su vez permite medir “las capacidades y los funcionamientos de los individuos para evaluar el desarrollo del bienestar humano”, desligándose meramente de un concepto utilitarista de bienestar en un contexto específico de un municipio de Cundinamarca. Las condiciones de salud de los habitantes de Girardot que fueron encuestados según la EM-2017(DANE), están determinadas por factores como la edad, género, afiliación al SGSSS, las condiciones de vida y aspectos socioeconómicos. El contexto regional y local impacta la percepción de los individuos en la calidad de vida en general.

En el municipio de Girardot persisten inequidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que se reflejan en que existe una proporción de personas no afiliadas y afiliadas al régimen subsidiado. Este aspecto influye en el estado de salud y la morbilidad sentida. A su vez la percepción sobre el equipamiento público de los hospitales y centros de salud son vistos (en una alta proporción) en un estado peor e igual que hace 5 años.

La composición familiar ha presentado cambios. Pasó a tener 3,0 personas con relación a los resultados de la EM-2014. Las dinámicas sociales del municipio desafían a los entes locales debido a la inconformidad percibida de la calidad de los servicios de salud y la alta tramitología de ellos.

Las condiciones de vida de los hogares encuestados se ven afectadas por la percepción de ingresos que solo alcanzan para gastos mínimos. Lo que termina configurando una población pobre según los datos obtenidos de la EM-2017. El desarrollo de las capacidades constituye oportunidades para la realización del ser humano (A. Sen).

La percepción de las condiciones de vida y las condiciones de salud en Girardot, Cundinamarca, según la Encuesta Multipropósito 2017, en general son buenas, a pesar de las dificultades que se encuentran en el contexto. Sin embargo, este aspecto debe ser estudiado en mayor detalle.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se puede evaluar que la percepción de los jefes de hogar se pudo haber visto influenciada por la temporalidad y la forma de recolección de la información. Los datos de la EM-2017 DANE indican que las experiencias de la población encuestada sobre la calidad de la atención en los servicios de la EPS, y condiciones de vida percibidas son buenas pero con una carga subjetiva de problemas sociales que afectan a la población de Girardot. En la Encuesta Multiproposito EM-2017, se encontraron varias preguntas sin información (de los tres capítulos abordados en el estudio) que fueron desechadas para realizar el procesamiento de la información y las respectivas asociaciones bivariadas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Referencias

1. Guerrero, L; León A. Aproximación al concepto de salud Revisión Histórica. *Fermentum Rev Venez Sociol y Antropol* [Internet]. 2008;18(53):610–33. Available from: <http://www.redalyc.org/html/705/70517572010/>
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. *AARN News Lett.* 1976;32(6):1–5.
3. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. 2008;9(1):93–107.
4. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010;79. Available from: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
5. Benítez Ampudia J. Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad: Una propuesta para la antropología médica. *Gaz Antropol.* 2010;26(2):1–9.
6. Picchio A. Condiciones de vida: perspectivas, análisis económico y políticas públicas. *Rev Econ Crítica.* 2009;7:27–54.
7. Salazar, J, Montero, M, Sánchez, E, Villegas I. Percepción social. In: *Psicología social Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos.* España: McGraw-Hill Interamericana de España; 1998.
8. Análisis de Situación de Población ASP Colombia. Departamento Nacional de Planeación, DNP. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Ministerio de Salud y Protección Social, MINSALUD. Resumen Ejecutivo. 2018. <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c1972884.pdf>
9. Análisis de situación de salud - ASIS Actualización Año 2017. Oficina Asesora de Planeación Sectorial. Secretaría de Salud de Cundinamarca. Gobernación de Cundinamarca. Bogotá, D.C. 2017. [http://cundinet.cundinamarca.gov.co:8080/Aplicaciones/Gobernacion/CentroDocumental/doc-salud.nsf/0/AA798E34A8FAD5E005258226007F945F/\\$FILE/ACTUALIZACION](http://cundinet.cundinamarca.gov.co:8080/Aplicaciones/Gobernacion/CentroDocumental/doc-salud.nsf/0/AA798E34A8FAD5E005258226007F945F/$FILE/ACTUALIZACION)

10. Manual de recolección y conceptos básicos. Encuesta Multipropósito EM-2017. Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMPE. Colombia. http://170.238.64.38/index.php/catalog/565/related_materials
11. Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMPE - Dirección Técnica Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Colombia - Encuesta Multipropósito EM - 2017. 2017
12. Benítez Ampudia, José Carlos. Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. En: Gazeta de Antropología, N° 26 /2, 2010, Artículo 47
13. Breilh J, Tilleria Y. Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Universidad Simón Bolívar, Ediciones Abya –Yala, Quito, 2009.
14. Breihl, J. (y E. Granda) 1985 "Producción y distribución de la salud-enfermedad, como hecho colectivo", Investigación de la salud en sociedad, CEAS/Fundación Salud y Sociedad, Bolivia: 45-64.
15. Sen A. La salud en el desarrollo. In: Organ BWH, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 44.
16. Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMPE - Dirección Técnica Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Colombia - Encuesta Multipropósito EM - 2017. 2017;
17. Rojas Ramírez, Y, Castro Vélez, A Caracterización de las condiciones de calidad al sistema de salud a partir de la Encuesta Multipropósito 2014. [Internet]. 2017 [citado: 2021, junio]
18. Barrero Ortiz, O Caracterización de las barreras de acceso a los servicios de salud a partir de la Encuesta Multipropósito 2014. [Internet]. 2017 [citado: 2021, junio]
19. Tovar cuevas, Luís Miguel, García, Gustavo, El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, 2003. Lecturas de Economía [Internet]. 2006; (65):177-207. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155213357006>
20. Cardona, Doris, Estrada, Alejandro, Byron Agudelo, Héctor, Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica [Internet]. 2006;26(2):206-215. Recuperado

de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84326204>

21. Hernández Sampieri, R., and C. Fernández Collado. "& Baptista Lucio, P. (2014)." Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México (2014).
22. Colombia. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C.
23. Los efectos y desafíos de la transformación demográfica en América latina y el Caribe. CEPAL. 2018. <https://www.cepal.org/es/enfoques/efectos-desafios-la-transformacion-demografica-america-latina-caribe>.
24. Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. Ministerio de salud y protección social. 2015. [Internet]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
25. Aguado Quintero, Luis Fernando, Osorio Mejía, Ana Maria, Percepción subjetiva de los pobres: Una alternativa a la medición de la pobreza. Reflexión Política [Internet]. 2006;8(15):26-40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11001503>.
26. Ministerio de salud y protección social resolución° 000256 DE 2016 (5 FEB 2016) (MINSALUD, Resolución 256, 2016) https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf
27. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Defensoria del pueblo. Colombia 2018. <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>